

comisión del codex alimentarius

S



ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES
UNIDAS PARA LA AGRICULTURA
Y LA ALIMENTACIÓN

ORGANIZACIÓN
MUNDIAL
DE LA SALUD



OFICINA CONJUNTA: Viale delle Terme di Caracalla 00100 ROMA Tel: 39 06 57051 www.codexalimentarius.net Email: codex@fao.org Facsimile: 39 06 5705 4593

Tema 2 del programa

CX/NSDU 01/2

Agosto 2001

PROGRAMA CONJUNTO FAO/OMS SOBRE NORMAS ALIMENTARIAS

COMITÉ DEL CODEX SOBRE NUTRICIÓN Y ALIMENTOS PARA REGÍMENES ESPECIALES

23ª reunión

Berlín, 26 – 30 de noviembre de 2001

ASUNTOS TRASMITIDOS AL COMITÉ POR LA COMISIÓN DEL CODEX ALIMENTARIUS Y/U OTROS COMITÉS DEL CODEX

1. CUESTIONES PLANTEADAS EN LA 48ª REUNIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Anteproyecto de Norma Revisada para Alimentos Elaborados a Base de Cereales para Lactantes y Niños Pequeños (ALINORM 01/4, párrs. 38-39)

El Comité Ejecutivo observó que la Comisión, en su 23º período de sesiones, había devuelto al Trámite 3 el Anteproyecto de Norma Revisada para Alimentos Elaborados a Base de Cereales para Lactantes y Niños Pequeños, a fin de recabar nuevas observaciones y someterlo al examen del Comité sobre Nutrición y Alimentos para Regímenes Especiales. Éste último había reconocido que en esta fase no era posible lograr un consenso en cuanto a la cuestión fundamental del Ámbito de aplicación (concretamente, la edad o gama de edades en que debían introducirse estos alimentos en la dieta), por lo que no sería posible avanzar ulteriormente en la revisión. Sin embargo, el Comité Ejecutivo observó también que la 54ª Asamblea Mundial de la Salud (Apéndice I) había adoptado una resolución general (Apéndice II) sobre la alimentación de los lactantes y niños pequeños.

El Comité Ejecutivo recomendó que el Comité sobre Nutrición y Alimentos para Regímenes Especiales tuviera en cuenta la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud, y que procediera a finalizar la norma revisada con la mayor celeridad posible para satisfacer la necesidad de una norma adecuada que asegurara la calidad e inocuidad de estos productos en el comercio internacional.

El Comité deberá tomar en cuenta la Resolución sobre alimentación del lactante y del niño pequeño adoptada por la 54ª Asamblea Mundial de la Salud mientras revise en el Tema 6 del programa provisional de su presente reunión el Anteproyecto de Norma Revisada para Alimentos Elaborados a Base de Cereales para Lactantes y Niños Pequeños. (Véase también la sección 3.2 del presente documento)

2. ASUNTOS PLANTEADOS EN EL 24º PERÍODO DE SESIONES DE LA COMISIÓN DEL CODEX ALIMENTARIUS (ALINORM 01/41)

Los temas siguientes, examinados por la Comisión del Codex Alimentarius en su 24º período de sesiones, resulten pertinentes al trabajo del Comité.

2.1 CONFERENCIA DE LA FAO SOBRE COMERCIO INTERNACIONAL DE ALIMENTOS A PARTIR DEL AÑO 2000: DECISIONES BASADAS EN CRITERIOS CIENTÍFICOS, ARMONIZACIÓN, EQUIVALENCIA Y RECONOCIMIENTO MUTUO (párrs. 42-44)

Se tomó nota de que la Conferencia de Melbourne había formulado determinadas recomendaciones a la Comisión del Codex Alimentarius. Otras recomendaciones se habían dirigido a la FAO y a la OMS o bien a los Gobiernos Miembros¹. La Comisión **refrendó** las siguientes recomendaciones de la Conferencia de Melbourne y pidió al Comité Ejecutivo que siguiera de cerca sus aplicaciones y su incorporación en el Plan a Plazo Medio según procediera:

- Recomendación 12: intercambio de información sobre alimentos potencialmente peligrosos que circulan en el comercio internacional;
- Recomendación 13: urgencia de la orientación del Codex sobre la determinación de equivalencia;
- Recomendación 14: examen de las necesidades particulares de los países en desarrollo;
- Recomendación 16: elaboración de normas para la composición, calidad sensorial e inocuidad de los alimentos;
- Recomendación 17: que las normas no sean excesivamente prescriptivas o innecesariamente restrictivas;
- Recomendación 18: promover y extender los Principios Generales de Higiene de los Alimentos y el sistema HACCP a toda la cadena alimentaria;
- Recomendación 21: efectividad del uso de observaciones escritas.

Se pidió al Comité que emplee estas recomendaciones cuando apropiado.

2.2 EXAMEN DEL PROYECTO DE MARCO ESTRATÉGICO, ANTEPROYECTO DE PLAN A PLAZO MEDIO 2003-2007 Y PLAN DE ACCIÓN DEL PRESIDENTE² (párrs. 46-70)

La Comisión **adoptó** el Proyecto del Marco Estratégico, incluida la Declaración de Misión Estratégica (véase ALINORM 01/41, Apéndice II puesto en el sitio Web siguiente):

<http://www.codexalimentarius.net/cac24/alinorm0141/appiie.htm#E9E18>

La Comisión **convino** que el Proyecto de Plan a Plazo Medio debería ser revisado por la Secretaría a la luz del Marco Estratégico, del debate sostenido, las observaciones recibidas y la incorporación de los elementos del Plan de Acción del Presidente acordados por la Comisión.

La Comisión **convino** asimismo que las actividades previstas en el Plan a Plazo Medio deberían incluir estimaciones de costos para determinar que los objetivos pudieran alcanzarse de acuerdo con los recursos disponibles. El Proyecto de Plan a Plazo Medio Revisado se circularía luego para recabar nuevas aportaciones de los Comités Coordinadores del Codex, otros Comités del Codex, los Gobiernos Miembros y organizaciones internacionales para someterlo a nuevo examen y ultimararlo en el 25º período de sesiones de la Comisión (véase CL 2001/26-EXE).

Además, se pidió al Comité que **proporcione su colaboración** en el Proyecto de Plan a Plazo Medio.

¹ Recomendaciones 1,2,3,5,7,9,10,13,15,19,20 de la Conferencia de Melbourne.

² ALINORM 01/6, ALINORM 01/6-Add. 1 y 3, Commission/CAC/LIM 1 y ALINORM 01/4

2.3 POLÍTICAS DE ANÁLISIS DE RIESGOS DE LA COMISIÓN DEL CODEX ALIMENTARIUS³ (párrs. 71-85)

La Comisión adoptó la posición teniendo en cuenta el criterio de precaución siguiente:

“Cuando haya pruebas de que existe un riesgo para la salud humana pero los datos científicos son insuficientes o incompletos, la Comisión no deberá proceder a elaborar una norma sino que examinará la conveniencia de elaborar un texto afín como, por ejemplo, un código de prácticas, siempre que tal texto esté respaldado por los datos científicos disponibles”. (párr. 83)

2.4 DECLARACIONES DE PRINCIPIOS REFERENTES A LA FUNCIÓN QUE DESEMPEÑA LA CIENCIA EN EL PROCESO DECISORIO DEL CODEX Y LA MEDIDA EN QUE SE TIENEN EN CUENTA OTROS FACTORES: CRITERIOS (párrs. 93-98)

La Comisión **enmendó** y **adoptó** el Criterio para el examen de los “Otros Factores” mencionados en la segunda Declaración de Principios Referentes a la Función que Desempeña la Ciencia, relativa a los “Otros factores legítimos” en el Proceso Decisorio del Codex y la Medida en que se Tienen en Cuenta Otros Factores.

Para más información, véase el informe de la Comisión del Codex Alimentarius (ALINORM 01/41) en el sitio Web:

<http://www.codexalimentarius.net/cac24/alinorm0141/appiie.htm#E10E31>

2.5 TEXTOS ELABORADOS POR EL COMITÉ DEL CODEX SOBRE NUTRICIÓN Y ALIMENTOS PARA REGÍMENES ESPECIALES (párr. 165)

Directrices para el Uso de Declaraciones Nutricionales: Proyecto de Cuadro de condiciones para los contenidos de nutrientes (Parte B)⁴

La Comisión **adoptó** en el Trámite 8 el Proyecto de Cuadro tal como se había presentado.

3. ASUNTOS TRASMITIDOS POR OTROS COMITÉS

3.1 COMITÉ DEL CODEX SOBRE ETIQUETADO DE LOS ALIMENTOS PREENVASADOS

Anteproyecto de Enmienda a las Directrices sobre Etiquetado Nutricional (ALINORM 01/22A, Apéndice VII)

El Comité del Codex sobre Etiquetado de los Alimentos Preenvasados está examinando el Anteproyecto de Enmienda a las Directrices sobre Etiquetado Nutricional. Para más detalles, véanse los párrs. 87-95 del documento arriba mencionado y el sitio Web siguiente:

<ftp://ftp.fao.org/codex/alinorm01/al0122ae.pdf>.

Tras un amplio intercambio de opiniones, el Comité **acordó** mantener, entre corchetes: la Sección 3.2.2 relativa a las disposiciones de etiquetado sobre los azúcares, la fibra alimentaria, la grasa saturada y el sodio, la última frase de la Sección 3.2.3 y la última frase de la Sección 3.2.4 sobre los ácidos grasos y el colesterol. Se incluyó la declaración de los ácidos grasos trans- en las Secciones 3.2.2 y 3.2.4 y se mantuvo la referencia al colesterol, sin corchetes, en la Sección 3.2.4 (Declaración de ácidos grasos).

³ ALINORM 01/9, CAC/LIM 1 (Observaciones de Consumers International), CAC/LIM 11 (Observaciones de Argentina)

⁴ ALINORM 01/26, Apéndice II; ALINORM 01/21, Parte I y Add.2 (Observaciones de Nueva Zelanda)

El Comité **acordó** devolver al Trámite 3 el Anteproyecto de Enmienda, modificado en la reunión actual, para recabar nuevas observaciones y examinarlo en la siguiente reunión (véase ALINORM 01/22A, Apéndice VII) y el sitio Web siguiente:

<ftp://ftp.fao.org/codex/alinorm01/al0122ae.pdf>.

Anteproyecto de Recomendaciones para el Uso de Declaraciones de Propiedades Saludables (ALINORM 01/22A, Apéndice VIII)

El Comité convino en que era necesario seguir elaborando el Anteproyecto de Directrices para el Uso de Declaraciones de Propiedades Nutricionales y Saludables (Anteproyecto de Recomendaciones para el Uso de Declaraciones de Propiedades Saludables). Para más detalles relativos al examen, véanse párrs. 96-109 del ALINORM arriba mencionado y el sitio Web:

<ftp://ftp.fao.org/codex/alinorm01/al0122ae.pdf>

El Comité **estuvo de acuerdo** con la propuesta de la delegación de Suecia de incluir un cuadro de ejemplos de declaraciones de propiedades saludables al final de las Directrices y convino en añadir a ese cuadro los ejemplos de las declaraciones de propiedades que figuraban ya en otras secciones de las Directrices (véase el Apéndice VIII).

El Comité **acordó** incluir en la Sección 1, Ámbito de aplicación, una disposición en virtud de la cual no estaban autorizadas las declaraciones de propiedades saludables para alimentos destinados a lactantes y niños pequeños, a menos que se estipulara expresamente en las normas pertinentes del Codex establecidas por los comités competentes, como el Comité del Codex sobre Nutrición y Alimentos para Regímenes Especiales.

El Comité **acordó** que, en el caso de las “Declaraciones relativas a la reducción del riesgo de enfermedades”, además de la información sobre la relación aceptada entre régimen alimenticio y salud, sería necesaria información sobre la composición del producto pertinente para esa relación “a menos que la relación se base en uno o varios alimentos enteros que la investigación no asocia con determinados constituyentes del alimento”. Se enmendó el texto en consonancia.

El Comité **convino** en que era necesario seguir elaborando el Anteproyecto de Directrices y devolverlo al Trámite 3 para recabar más observaciones y examinarlo en la siguiente reunión. Se acordó que un Grupo de Trabajo presidido por Canadá, en el que podrían participar todos los países miembros y organizaciones interesadas, se reuniría entre las reuniones del Comité e inmediatamente antes de su siguiente reunión para facilitar la revisión del texto.

3.2 COMITÉ DEL CODEX SOBRE RESIDUOS DE PLAGUICIDAS (ALINORM 01/24A)

Idoneidad del establecimiento actual de IDA y LMR en relación con lactantes y niños (Tema 6b del programa)⁵

67. La delegación de los Países Bajos presentó el documento, basado en las contribuciones remitidas en respuesta a la carta circular CL 2000/27-PR por Estados Unidos, Nueva Zelandia, la Comunidad Europea y la Unión Internacional de Asociaciones de Consumidores (CI) que se centraban en las políticas internacionales relacionadas con la protección de lactantes y niños. La delegación indicó que el documento proporcionaba un conjunto de recomendaciones teniendo en cuenta la posibilidad de que los lactantes y niños tuvieran una vulnerabilidad adicional; indicaba la necesidad de confirmar con claridad la aplicabilidad de las IDA y LMR a todos los grupos de la población incluidos lactantes y niños, al tiempo se expresaban claramente las incertidumbres; proponía hacer un cribado inicial de las listas de combinaciones de plaguicidas/productos que figuraban en las contribuciones recibidas para aclarar si

⁵ CX/PR 01/8, CRD 11 (Observaciones de EE.UU. y la Unión Internacional de Asociaciones de Consumidores (CI)), Sección 2.7 de Informe de la JMPR de 1999, CRD 4 (observaciones de la Comunidad Europea), CRD 5 (observaciones de la Unión Internacional de Asociaciones de Consumidores – CI).

revestían un interés particular para los lactantes y niños; y animaba al Comité a adoptar una decisión de gestión de riesgos apropiada en los casos en los que no pudieran abordarse las preocupaciones sobre la salud y a considerar la necesidad de que una consulta de expertos abordara las posibles preocupaciones toxicológicas relacionadas con una vulnerabilidad particular y la evaluación de la ingestión de los lactantes y niños.

68. El observador de la Unión Internacional de Asociaciones de Consumidores (CI) señaló que había cuatro cuestiones principales que abordar y propuso las soluciones siguientes, tal como se expone en el documento CRD 5:

- A fin de identificar los plaguicidas que realmente suscitan preocupación, la Unión Internacional de Asociaciones de Consumidores (CI) propuso tres criterios: la toxicidad de los plaguicidas para los procesos clave de desarrollo (si se conoce), la presencia de residuos en alimentos que los niños comen en cantidades significativas, y la frecuencia de la exposición a niveles significativos desde el punto de vista toxicológico;
- Se animó al CCPR a tomar una decisión de gestión de riesgos apropiada para los casos en que pudieran existir graves preocupaciones respecto de la salud de los lactantes y niños (como en el caso de los insecticidas organofosforados que se enumeran en CRD 5);
- Debería establecerse una consulta de expertos para que examinara las cuestiones de toxicología y evaluación de la ingestión en relación con los lactantes y niños, puesto que ya no había consenso internacional sobre la idoneidad de los procedimientos actuales, y
- Los criterios utilizados por la JMPR para determinar si las bases de datos eran idóneas para evaluar los riesgos para los lactantes y niños deberían ser más transparentes.

69. La delegación de Estados Unidos aclaró que el Cuadro 1 del documento CRD 11 era una lista de plaguicidas que habían sido evaluados o se estaban evaluando, y no significaba necesariamente que representaran un riesgo mayor para los lactantes y niños.

70. El Comité mantuvo un amplio debate en torno a las recomendaciones del documento CX/PR 01/8. Muchas delegaciones estaban de acuerdo en que la posible vulnerabilidad adicional de los lactantes y niños tenía que tenerse en cuenta al realizar la evaluación de riesgos. Sin embargo, se señaló que la situación no debía exagerarse.

71. El observador de la Federación Mundial de Protección Fitosanitaria (GCPF) indicó que no creía que en general los lactantes y niños fueran más vulnerables a las sustancias químicas, y que aunque ocasionalmente esto pudiera suceder a niveles farmacológicos y toxicológicamente activos, éste no podía ser el caso en la exposición corriente a residuos de plaguicidas. El observador no apoyó la idea de utilizar límites por defecto para los residuos, ni el uso de factores de incertidumbre adicionales para garantizar una protección razonable a los lactantes y niños, y propuso que hasta que se dispusiera de nuevos datos la JMPR siguiera trabajando de acuerdo con sus procedimientos actuales para establecer IDA y estimar LMR.

72. Muchas delegaciones eran de la opinión de que los procedimientos actuales abordaban de forma adecuada la sensibilidad de los lactantes y niños, y que las IDA y los LMR cubrían todos los grupos de población incluidos los lactantes y niños, por lo que no era necesario desarrollar una nueva metodología.

73. El Cosecretario de la JMPR por parte de la OMS indicó que la JMPR de 1999 había abordado la cuestión de la vulnerabilidad de los lactantes y niños, y que había destacado que las posibles diferencias entre mamíferos y adultos en desarrollo se solían considerar en los estudios de toxicidad reproductiva y del desarrollo, realizados en diversas especies. Por tanto la reunión concluyó que no disponía de una base para modificar su criterio para abordar la vulnerabilidad de los mamíferos en desarrollo en comparación con la de los organismos adultos, en la evaluación toxicológica de los plaguicidas. Por

tanto el uso habitual de otros factores de seguridad además de los utilizados actualmente no se justificaba en función de la información actual.

74. Aunque algunas delegaciones reconocieron que los estudios de la toxicidad reproductiva y del desarrollo resultaban útiles para evaluar los riesgos para los lactantes y niños, no estaba claro si la disponibilidad de dichos estudios llevaría a una modificación de la IDA o los LMR. Algunas delegaciones indicaron que se necesitaban datos científicos adicionales en la materia, sobre todo respecto de la metodología para evaluar los riesgos acumulativos y agregados.

75. Algunas delegaciones opinaban que elaborar una lista de compuestos que pudieran suscitar preocupaciones respecto de los lactantes y niños resultaría costoso y requeriría una evaluación a fondo antes de que pudiera tomarse una decisión concluyente. El Comité acordó no elaborar dicha lista en este momento debido a que no había suficiente apoyo por parte de los Gobiernos.

76. El representante de la OMS pidió al Comité que prestara atención al hecho de que no se disponía de suficientes datos sobre el consumo real de algunos alimentos habituales de los niños (p.ej. manzanas o bananas). No estaba claro qué cantidades consumían en relación con su peso corporal, y esto planteaba problemas al realizar la evaluación de los riesgos crónicos a nivel internacional. El representante indicó que la OMS planeaba organizar un taller sobre los estudios de la dieta total en Australia y que podría ayudar a los países, sobre todo en desarrollo, a generar los datos pertinentes.

77. El Comité **concluyó** que las IDA y los LMR debían cubrir todos los grupos de población, incluidos los lactantes y niños. El Comité concluyó también que la posible mayor vulnerabilidad de los lactantes y niños era una cuestión importante que debía integrarse explícitamente en la labor del CCPR y la JMPR, y acordó pedir a través de una carta circular a los Gobiernos miembros que proporcionaran información a la Secretaría de la JMPR sobre la disponibilidad de estudios de la toxicidad del desarrollo que se les hubieran remitido, junto con los datos para ponerse en contacto con los propietarios de los mismos. Esta información debería presentarse antes del 1º de noviembre de 2001, lo cual daría suficiente tiempo a la Secretaría para obtener los datos a fin de que los examinara la JMPR de 2002.

78. El Comité **acordó** que era necesario examinar más a fondo la evaluación de los riesgos acumulativos, sobre todo en relación con el desarrollo de una comprensión común de la metodología. Por consiguiente se pidió a la delegación de Estados Unidos que preparara un documento sobre el tema a fin de examinarlo en la próxima reunión del Comité. El Comité **decidió** que sería prematuro recomendar la convocación de una Consulta de Expertos sobre las distintas cuestiones relacionadas con los lactantes y niños.

3.3 GRUPO DE ACCIÓN INTERGUBERNAMENTAL ESPECIAL DEL CODEX SOBRE ZUMOS (JUGOS) DE FRUTAS Y HORTALIZAS

Anteproyecto de Norma General del Codex para Jugos (Zumos) y Néctares de Frutas (ALINORM 01/39, párr. 24)

Durante el examen, en el Trámite 3, del Anteproyecto de Norma General del Codex para Jugos (Zumos) y Néctares de Frutas, el Grupo de Acción convino en añadir una nueva subsección 3.1.2 g) para dar cabida a la adición de nutrientes esenciales con fines de enriquecimiento del producto, de conformidad con los textos establecidos con tal efecto por la Comisión del Codex Alimentarius. Se informó al Grupo de Acción de que esta disposición no incluía la fibra alimentaria, puesto que el Comité del Codex sobre Nutrición y Alimentos para Regímenes Especiales aún estaba debatiendo este tema. El Grupo de Acción convino en mantener sin modificaciones el resto de la sección 3.1.2 en espera de debates posteriores.

Apéndice I**54ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD****RESOLUCIÓN WHA54.2****Punto 13.1 del orden del día 18 de mayo de 2001****NUTRICIÓN DEL LACTANTE Y DEL NIÑO PEQUEÑO**

La 54ª Asamblea Mundial de la Salud,

Recordando las resoluciones WHA33.32, WHA34.22, WHA35.26, WHA37.30, WHA39.28, WHA41.11, WHA43.3, WHA45.34, WHA46.7, WHA47.5 y WHA49.15, referentes a la nutrición del lactante y del niño pequeño, las prácticas apropiadas de alimentación y otras cuestiones conexas;

Habiendo examinado el informe sobre alimentación del lactante y del niño pequeño;

Profundamente interesada en mejorar la nutrición del lactante y del niño pequeño y en aliviar todas las formas de malnutrición en el mundo, porque más de una tercera parte de los menores de cinco años aún están malnutridos - con retraso del crecimiento, emaciación o carencias de yodo, vitamina A, hierro u otros micronutrientes - y porque la malnutrición aún contribuye a causar cerca de la mitad de los 10,5 millones de defunciones de niños en edad preescolar que se producen cada año en el mundo;

Hondamente alarmada porque la malnutrición de los lactantes y los niños pequeños sigue siendo uno de los más graves problemas de salud pública del mundo, a la vez causa y consecuencia importante de la pobreza, la privación, la inseguridad alimentaria y la desigualdad social, y porque la malnutrición no sólo es causa de una mayor vulnerabilidad a las infecciones y otras enfermedades, incluido el retraso del crecimiento, sino también de minusvalías intelectuales, mentales, sociales y del desarrollo, y de un aumento del riesgo de morbilidad a lo largo de toda la infancia, la adolescencia y la vida adulta;

Reconociendo el derecho de toda persona a tener acceso a alimentos inocuos y nutritivos, en consonancia con el derecho a una alimentación adecuada y el derecho fundamental de toda persona a no padecer hambre, y la necesidad de desplegar todos los esfuerzos posibles para lograr progresivamente el ejercicio pleno de ese derecho;

Reconociendo la necesidad de que todos los sectores de la sociedad - incluidos los gobiernos, la sociedad civil, las asociaciones de profesionales de la salud, las organizaciones no gubernamentales, las empresas comerciales y los organismos internacionales - contribuyan a mejorar la nutrición de los lactantes y los niños pequeños utilizando todos los medios de que dispongan, especialmente fomentando las prácticas óptimas de alimentación, aplicando un enfoque integral multisectorial, holístico y estratégico;

Tomando nota de las orientaciones emanadas de la Convención sobre los Derechos del Niño, especialmente del artículo 24, en el que se reconoce, entre otras cosas, la necesidad de asegurar que todos los sectores de la sociedad, en particular los padres y los niños, dispongan de apoyo e información para aplicar los conocimientos básicos sobre la salud y la nutrición de los niños y sobre las ventajas de la lactancia materna;

Consciente de que, pese a que en el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y en las posteriores resoluciones pertinentes de la Asamblea de la Salud se afirma que los productos a los que se refieren sus disposiciones no deben ser objeto de publicidad o de otras formas de promoción, se están utilizando cada vez más métodos de comunicación nuevos y modernos, inclusive medios electrónicos, para promocionar esos productos; y consciente de la necesidad de que la Comisión del Codex Alimentarius tenga en cuenta el Código Internacional y las posteriores resoluciones pertinentes de la Asamblea de la Salud cuando al elaborar normas y directrices alimentarias se ocupe de las declaraciones relativas a los efectos saludables;

Consciente de que en 2001 se cumplen 20 años de la adopción del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, y de que la adopción de la presente resolución ofrece la oportunidad de reforzar la función fundamental del Código Internacional en la protección, la promoción y el apoyo de la lactancia materna;

Reconociendo que existe una base científica sólida para adoptar decisiones normativas que refuercen las actividades de los Estados Miembros y de la OMS; para proponer enfoques nuevos e innovadores de la vigilancia del crecimiento y la mejora de la nutrición; para promover el mejoramiento de la lactancia materna y de las prácticas de alimentación complementaria y un asesoramiento racional y adaptado a las diversas culturas; para mejorar el estado nutricional de las mujeres en edad reproductiva, especialmente durante el embarazo y el puerperio; para mitigar todas las formas de malnutrición; y para proporcionar orientación sobre las prácticas de alimentación de los lactantes cuyas madres son VIH-positivas;

Tomando nota de que es necesario disponer de sistemas eficaces para evaluar la magnitud y la distribución geográfica de todas las formas de malnutrición, con sus consecuencias y los factores contribuyentes, y de las enfermedades de transmisión alimentaria; y para vigilar la seguridad alimentaria;

Acogiendo con satisfacción los esfuerzos desplegados por la OMS, en estrecha colaboración con el UNICEF y sus otros asociados internacionales, para preparar una estrategia mundial integral para la alimentación del lactante y del niño pequeño y para utilizar el Subcomité de Nutrición del CAC como foro interinstitucional para la coordinación y el intercambio de información a ese respecto,

1. DA LAS GRACIAS a la Directora General por el informe sobre los progresos realizados en el desarrollo de una nueva estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño;
2. INSTA a los Estados Miembros:
 - 1) a que reconozcan el derecho de toda persona a tener acceso a alimentos inocuos y nutritivos, en consonancia con el derecho a una alimentación adecuada y el derecho fundamental de toda persona a no padecer hambre, y la necesidad de desplegar todos los esfuerzos posibles para lograr progresivamente el ejercicio pleno de ese derecho, y a que pidan a todos los sectores de la sociedad que cooperen en los esfuerzos para mejorar la nutrición del lactante y del niño pequeño;
 - 2) a que adopten, en su calidad de Estados Partes, las medidas necesarias para aplicar eficazmente la Convención sobre los Derechos del Niño, con el fin de garantizar el derecho de cada niño al grado más alto posible de salud y atención sanitaria;
 - 3) a que establezcan foros de debate interinstitucional e intersectorial con todos los interesados, o refuercen los que ya existan, con el fin de alcanzar un consenso nacional sobre las estrategias y políticas, incluido el fortalecimiento, en colaboración con la OIT, de las políticas en apoyo de la lactancia materna para las mujeres que trabajan, al objeto de mejorar sustancialmente la alimentación del lactante y del niño pequeño y de elaborar mecanismos de programación participativos para establecer y ejecutar programas y proyectos de nutrición específicos con vistas a crear nuevas iniciativas y enfoques innovadores;
 - 4) a que fortalezcan las actividades y elaboren nuevos criterios para proteger, promover y apoyar la lactancia natural exclusiva durante seis meses como recomendación de salud pública mundial, teniendo en cuenta las conclusiones de la reunión consultiva de expertos de la OMS

sobre la duración óptima de la lactancia natural exclusiva,⁶ y a que proporcionen alimentos complementarios inocuos y apropiados, junto con la continuación del amamantamiento hasta los dos años de edad o más allá, haciendo hincapié en los canales de divulgación social de esos conceptos a fin de inducir a las comunidades a hacer suyas esas prácticas;

5) a que apoyen la iniciativa «Hospitales amigos del niño» y creen mecanismos, con inclusión de reglamentos, leyes y otras medidas, destinados a respaldar directa e indirectamente la reevaluación periódica de los hospitales, y a que garanticen el mantenimiento de los estándares y la sostenibilidad y credibilidad de la iniciativa a largo plazo;

6) a que mejoren los alimentos complementarios y las prácticas de alimentación facilitando a las madres de niños pequeños un asesoramiento nutricional que sea sólido y conforme a los valores culturales y en el que se recomiende la utilización más amplia posible de alimentos autóctonos ricos en nutrientes; y a que otorguen prioridad a la elaboración y la difusión de directrices sobre la nutrición de los niños menores de dos años, a la capacitación de los agentes de salud y los dirigentes de la comunidad en este tema y a la integración de estos mensajes en las estrategias de información, educación y comunicación referentes a la salud y la nutrición;

7) a que refuercen la vigilancia del crecimiento y el mejoramiento de la nutrición, centrándose en estrategias basadas en la comunidad, y a que se esfuercen por garantizar que todos los niños malnutridos, ya sea en la comunidad o en los hospitales, sean correctamente diagnosticados y tratados;

8) a que elaboren, apliquen o fortalezcan medidas sostenibles, inclusive, cuando proceda, de carácter legislativo, para reducir todas las formas de malnutrición en los niños pequeños y las mujeres en edad reproductiva, especialmente la carencia de hierro, vitamina A y yodo, mediante una combinación de estrategias que incluyan la suplementación, el enriquecimiento de los alimentos y la diversificación de la dieta, recomendando prácticas de alimentación que sean propias de cada cultura y se basen en los alimentos locales, y recurriendo a otros enfoques de base comunitaria;

9) a que fortalezcan sus mecanismos nacionales para asegurar el cumplimiento mundial del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y de las resoluciones ulteriores pertinentes de la Asamblea de la Salud, en lo que respecta al etiquetado y a todas las formas de publicidad y promoción comercial en todos los tipos de medios de comunicación; a que alienten a la Comisión del Codex Alimentarius a que tome en consideración el Código Internacional y las resoluciones ulteriores pertinentes de la Asamblea de la Salud al elaborar sus normas y directrices; y a que informen al público general sobre los progresos realizados en la aplicación del Código y de las resoluciones ulteriores pertinentes de la Asamblea de la Salud;

10) a que reconozcan y evalúen las pruebas científicas disponibles sobre el peso relativo del riesgo de transmisión del VIH por la leche materna y del riesgo de no amamantar, y la necesidad de investigaciones independientes a este respecto; a que se esfuercen por asegurar la nutrición adecuada de los lactantes de madres VIH-positivas; a que hagan más accesibles los servicios de orientación y de realización de pruebas de carácter voluntario y confidencial para facilitar el suministro de información y la adopción de decisiones fundamentadas; y a que reconozcan que, cuando la alimentación de sustitución es aceptable, factible, asequible, sostenible e inocua, se recomienda que las madres VIH-positivas eviten completamente la lactancia natural; que en los

⁶ Según lo expuesto en las conclusiones y recomendaciones de la Reunión consultiva de expertos (Ginebra, 28 a 30 de marzo de 2001) que llevó a cabo el examen sistemático de la información relativa a la duración óptima de la lactancia natural exclusiva (véase el documento A54/INF.DOC./4).

demás casos se recomienda la lactancia natural exclusiva durante los primeros meses de vida; y que debe alentarse a quienes escojan otras opciones a que las utilicen sin influencias comerciales;

11) a que adopten todas las medidas necesarias para proteger a todas las mujeres del riesgo de infección por el VIH, especialmente durante el embarazo y la lactancia;

12) a que fortalezcan sus sistemas de información, junto con sus sistemas de vigilancia epidemiológica, a fin de evaluar la magnitud y la distribución geográfica de la malnutrición en todas sus formas y de las enfermedades transmitidas por los alimentos;

3. PIDE a la Directora General:

1) que, en colaboración con la OIT, la FAO, el UNICEF, el FNUAP y otras organizaciones competentes pertenecientes o ajenas al sistema de las Naciones Unidas, haga mayor hincapié en la nutrición del lactante y del niño pequeño, habida cuenta del liderazgo de la OMS en la esfera de la salud pública, en consonancia con la Convención sobre los Derechos del Niño y los otros instrumentos de derechos humanos pertinentes y guiándose por esos instrumentos;

2) que promueva, con todos los sectores de la sociedad que proceda, un diálogo constructivo y transparente con miras a vigilar los progresos realizados en la aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y de las resoluciones ulteriores pertinentes de la Asamblea de la Salud, de manera independiente y libre de influencias comerciales, y que preste apoyo a los Estados Miembros en su labor de vigilancia de la aplicación del Código;

3) que preste apoyo a los Estados Miembros en la identificación, aplicación y evaluación de criterios innovadores para mejorar la alimentación del lactante y del niño pequeño, haciendo hincapié en la lactancia materna exclusiva durante seis meses como recomendación de salud pública mundial, teniendo en cuenta las conclusiones de la reunión consultiva de expertos de la OMS sobre la duración óptima de la lactancia natural exclusiva,⁷ así como en la provisión de alimentos complementarios inocuos y apropiados, manteniendo la lactancia materna hasta los dos años de edad o más allá, y poniendo el acento en actividades de base comunitaria e intersectoriales;

4) que siga aplicando el criterio gradual basado en los países y las regiones para elaborar la nueva estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño, y que haga participar a los organismos internacionales que se ocupan de la salud y del desarrollo, en particular el UNICEF, y a otros interesados oportunos;

5) que aliente y apoye la realización de nuevas investigaciones independientes sobre la transmisión del VIH por la leche materna y sobre otras medidas encaminadas a mejorar el estado nutricional de las madres y los niños ya afectados por el VIH/SIDA;

6) que presente la estrategia mundial al Consejo Ejecutivo en su 109ª reunión, en enero de 2002, y a la 55ª Asamblea Mundial de la Salud (mayo de 2002) para su consideración.

(Séptima sesión plenaria, 18 de mayo de 2001 -
Comisión A, segundo informe

⁷ Según lo expuesto en las conclusiones y recomendaciones de la reunión consultiva de expertos (Ginebra, 28 a 30 de marzo de 2001) que llevó a cabo el examen sistemático de la información relativa a la duración óptima de la lactancia natural exclusiva (véase el documento A54/INF.DOC./4).

Apéndice II

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
ESTRATEGIA MUNDIAL PARA LA ALIMENTACIÓN
DEL LACTANTE Y DEL NIÑO PEQUEÑO

Documento A54/INF.DOC./4, 1º de mayo de 2001

Duración óptima de la lactancia materna exclusiva

1. Unas prácticas de alimentación adecuadas son fundamentales para la supervivencia, el crecimiento, el desarrollo, la salud y la nutrición de los lactantes y niños en cualquier lugar del mundo. Partiendo de este principio, la duración óptima de la lactancia materna exclusiva es uno de los aspectos cruciales de salud pública que la OMS estudia continuamente. Desde hace ya tiempo, existe consenso sobre la necesidad de la lactancia materna exclusiva; no obstante, se ha debatido extensamente acerca de su duración óptima.

2. En vista de ello, a comienzos de 2000 la OMS encargó un examen sistemático de las publicaciones científicas aparecidas sobre la duración óptima de la lactancia materna exclusiva; se identificaron más de 3000 referencias al respecto, que fueron sometidas a un examen y evaluación independientes. Los resultados de ese proceso fueron examinados por homólogos de todo el mundo y posteriormente fueron sometidos a un escrutinio técnico en el transcurso de una consulta de expertos (Ginebra, 28 a 30 de marzo de 2001). Se adjuntan en un anexo las conclusiones y recomendaciones de dicha consulta, tanto sobre los aspectos prácticos como en materia de investigación.

3. La duración de la lactancia materna, así como la oportuna introducción de alimentos complementarios adecuados, inocuos y apropiados como acompañamiento de la lactancia materna continuada, son aspectos de interés inmediato en gran parte de las actividades de la OMS sobre los lactantes y los niños pequeños. Dichas actividades abarcan dos grandes iniciativas de actualidad a nivel mundial:

- un estudio multicontrol de más de 10 000 niños, encaminado a establecer una nueva **referencia de crecimiento internacional** que refleje las pautas de crecimiento de los niños sanos amamantados, con objeto de establecer una norma que sirva de referencia para valorar todos los métodos de alimentación alternativos en términos de crecimiento, salud y desarrollo;⁸
- la formulación de una **estrategia mundial para la alimentación de lactantes y niños pequeños**, encaminada a asegurar una alimentación adecuada, inocua y apropiada para todos los lactantes y niños pequeños.⁹

⁸ Véase el documento EB105/INF.DOC./1.

⁹ Véase el documento A54/7.

CONSULTA DE EXPERTOS SOBRE LA DURACIÓN ÓPTIMA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Conclusiones y recomendaciones

(Ginebra, 28 a 30 de marzo de 2001)

1. Un examen sistemático de las pruebas científicas actualmente disponibles sobre la duración óptima de la lactancia materna exclusiva¹⁰ ha permitido identificar y resumir estudios comparativos entre la aplicación de esa modalidad de lactancia durante cuatro a seis meses y durante seis meses, en términos de crecimiento, nivel de hierro en el organismo, morbilidad, enfermedades atópicas, desarrollo motor, pérdida de peso después del parto y amenorrea. Conviene señalar que el examen estuvo basado en dos pequeñas pruebas controladas y en 17 estudios de observación, de calidades y procedencias diversas.
2. La evidencia científica no parece indicar que la lactancia materna exclusiva durante seis meses produzca ningún efecto adverso sobre el crecimiento del lactante en el conjunto de la población, es decir, en promedio. Los tamaños de la muestra, sin embargo, fueron insuficientes para descartar un aumento del riesgo de deficiencias en el crecimiento de algunos lactantes exclusivamente amamantados durante seis meses, particularmente en poblaciones con malnutrición materna grave y alta prevalencia de retardos del crecimiento intrauterino.
3. Una de las pruebas, realizada en Honduras, arrojó un contenido de hierro más deficiente en lactantes exclusivamente amamantados durante seis meses que en lactantes amamantados durante cuatro meses en régimen exclusivo y subsiguientemente en régimen parcial durante otros seis. Esta conclusión es probablemente válida para las poblaciones en que el nivel de hierro en el organismo de la madre y las reservas endógenas de ese mineral en el lactante no son óptimas. La evidencia disponible es manifiestamente inadecuada para evaluar el riesgo de deficiencias de otros micronutrientes.
4. Los datos disponibles parecen indicar que la lactancia materna exclusiva durante seis meses tiene efectos protectores contra las infecciones gastrointestinales. Estos datos fueron obtenidos en un entorno (Belarús) en que se utilizaban alimentos complementarios higiénicamente preparados.
5. Los resultados obtenidos de lactantes exclusivamente amamantados durante seis meses no evidencian un efecto protector frente a las infecciones del tracto respiratorio (incluida la otitis media) ni frente a las enfermedades atópicas, en comparación con los exclusivamente amamantados durante cuatro a seis meses.
6. Los resultados de las pruebas de Honduras que indicaban un desarrollo motor más rápido no son consistentes, y son susceptibles de errores sistemáticos subjetivos, por lo que no resultan suficientes para extraer inferencias acerca del desarrollo motor.
7. Los resultados de dos pruebas controladas realizadas en Honduras indican que el régimen de lactancia exclusiva durante seis meses (comparado con la práctica de ese mismo régimen durante cuatro meses) confiere una ventaja al prolongar la duración de la amenorrea en las madres que amamantan frecuentemente (entre 10 y 14 amamantamientos al día, de media).
8. Esas mismas pruebas evidenciaron una mayor pérdida de peso después del parto en madres que habían practicado la lactancia exclusiva durante seis meses, en comparación con las que lo habían hecho durante cuatro meses.

¹⁰ Dado que la definición de «lactancia materna exclusiva» en los estudios del examen sistemático suele referirse a los niños alimentados predominantemente en régimen de lactancia, dicho término se utiliza aquí tanto en el sentido de lactancia exclusiva como en el de lactancia predominante, con arreglo a la definición de la OMS.

9. En los países en desarrollo, la ventaja potencialmente más importante de la lactancia exclusiva durante seis meses frente a la práctica de ese mismo régimen durante cuatro meses seguida de un amamantamiento parcial durante seis meses se manifiesta en la morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas, especialmente las gastrointestinales (enfermedades diarreicas). Sin embargo, dado que las pruebas al respecto eran inadecuadas, en la consulta de expertos se tuvieron en cuenta también otros estudios publicados que no respondían a los criterios de selección del examen sistemático. En particular, no se disponía de datos sobre mortalidad que permitieran comparar directamente la lactancia exclusiva durante cuatro a seis meses con la lactancia exclusiva durante seis meses. Además, los datos de morbilidad de los países en desarrollo se limitaban a las dos pruebas de Honduras, que no tenían suficiente alcance estadístico para detectar posibles ventajas de la lactancia exclusiva durante seis meses, y en las que se hizo uso de alimentos complementarios preparados higiénicamente. Sin embargo, el manifiesto efecto protector frente a las infecciones gastrointestinales observado en Belarús, sumado a la elevada incidencia y mortalidad vinculadas a ese tipo de infecciones en muchos países en desarrollo, indujo a los expertos de la consulta a colegir que la lactancia exclusiva durante seis meses protegería frente a la morbilidad y mortalidad por diarrea en esos países. Esta inferencia viene reforzada por ciertos datos sobre morbilidad, que indican un menor riesgo de infección gastrointestinal y de mortalidad por cualquier causa en niños exclusivamente amamantados, si se compara a éstos con los parcialmente amamantados durante cuatro a seis meses, con independencia del momento en que estos últimos terminaron el régimen de lactancia exclusiva.

10. En resumen, la consulta de expertos concluyó que la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses reporta varios beneficios al lactante y a la madre. Sin embargo, este tipo de alimentación puede dar lugar a un déficit de hierro en los niños susceptibles. Además, los datos disponibles no son suficientes para excluir otros riesgos potenciales asociados a la lactancia exclusiva durante seis meses, como las deficiencias del crecimiento y de otros micronutrientes en ciertos niños. Sean cuales sean las circunstancias, habrá que sopesar esos riesgos en función de los beneficios que reportaría la lactancia exclusiva, y más en particular la posible reducción de la morbilidad y de la mortalidad.

PRÁCTICAS RECOMENDADAS

11. La reunión consultiva de expertos recomienda la lactancia materna exclusiva durante seis meses, seguida de un régimen de lactancia continuada con alimentación complementaria. Esta recomendación es válida para las poblaciones. Los expertos son conscientes de que algunas madres no podrán o no querrán seguir esta recomendación; esas madres deberían obtener apoyo con el fin de optimizar la nutrición de sus hijos en edad lactante.

12. La proporción de lactantes alimentados exclusivamente del pecho materno durante seis meses puede optimizarse si se superan los problemas que podrían plantearse en relación con los siguientes aspectos:

- el estado nutricional de las madres gestantes y lactantes;
- el nivel de micronutrientes en lactantes que viven en áreas con alta prevalencia de deficiencias de hierro, zinc y vitamina A;
- los cuidados de salud primarios cotidianos de los lactantes, y en particular la evaluación del crecimiento y de los signos clínicos de deficiencias de micronutrientes.

13. La reunión consultiva reconoce la necesidad de aportar una alimentación complementaria a los seis meses de edad, y recomienda la introducción de alimentos complementarios nutricionalmente adecuados, inocuos y apropiados, acompañados de una continuación de la lactancia.

14. La consulta de expertos reconoce asimismo que la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses es infrecuente. Sin embargo, toma nota también de que ha ido en aumento en varios países, particularmente en aquéllos en que se dispone de apoyo a la lactación. Un requisito previo para la

aplicación de estas recomendaciones es la prestación de un apoyo adecuado, tanto en el aspecto social como nutricional, a las madres lactantes.

RECOMENDACIONES EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN

15. Hay varias cuestiones no respondidas que son importantes con miras a la definición de políticas, en lo que se refiere a la duración óptima de la lactancia materna exclusiva y a la manera de optimizar sus beneficios. La consulta de expertos, por consiguiente, recomienda que se dé prioridad a las investigaciones siguientes:

- comparación entre la lactancia materna exclusiva/predominante y la lactancia materna parcial durante cuatro a seis meses, en base a los resultados siguientes, con objeto de mejorar la precisión de las estimaciones y su aplicabilidad general:
 - proporción de lactantes con deficiencias de crecimiento y malnutrición a los seis y a los 12 meses;
 - contenido de micronutrientes en el organismo;
 - morbilidad diarreica;
 - desarrollo neuromotor;
- y, para las madres:
- cambios de peso;
 - amenorrea durante la lactancia.

Deberán investigarse prioritariamente estos resultados en niños de pequeño tamaño al nacer para la edad gestacional o, alternativamente, de bajo peso para la edad a los cuatro meses;

- evaluación de la producción y composición de la leche en madres con un índice de masa corporal inferior a 18,5, e idoneidad de la leche materna para abastecer las necesidades de los lactantes hasta los seis meses;
 - identificación de las limitaciones sociales y biológicas a la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses en diferentes entornos geográficos y culturales, y formulación de intervenciones apropiadas y efectivas para hacer frente a esos obstáculos y a sus consecuencias, dado que se reconoce que las tasas de lactancia materna exclusiva disminuyen sustancialmente después de los cuatro meses;
 - utilización de las oportunidades existentes para profundizar en el conocimiento de los efectos de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses sobre la mortalidad (por ejemplo, incorporando variables adicionales a las encuestas demográficas y de salud);
 - formulación y evaluación de intervenciones encaminadas a la suplementación de micronutrientes y a la aportación de alimentos complementarios en diferentes áreas del mundo; en particular, realización de estudios formativos para identificar métodos de elaboración y de preparación, así como los ingredientes locales necesarios para preparar unos alimentos complementarios nutricionalmente adecuados, inocuos y apropiados;
 - evaluación del papel que desempeñan los cuidados durante el embarazo en relación con la conveniencia de la lactancia durante los primeros seis meses.
-