



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



## **42.º CONSEJO DIRECTIVO**

### **52.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL**

*Washington, D.C., del 25 al 29 de septiembre de 2000*

*Punto 8.1 del orden del día provisional*

CD42/31 (Esp.)

17 agosto 2000

ORIGINAL: INGLÉS

### **RESOLUCIONES Y OTRAS ACCIONES DE LA 53.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD DE INTERÉS PARA EL COMITÉ REGIONAL**

#### **NUTRICIÓN DEL LACTANTE Y DEL NIÑO PEQUEÑO**

En todo el mundo se reconoce la importancia de la alimentación apropiada de los lactantes y niños pequeños, ya que los beneficios de las prácticas saludables de alimentación en esta edad persisten en la edad adulta. En el transcurso de los años, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras organizaciones internacionales interesadas en la salud del niño han dedicado considerable atención al tema, lo cual se refleja en diversas resoluciones aprobadas oficialmente. Uno de los asuntos más espinosos en este campo es la duración de la lactancia materna exclusiva y la introducción de alimentos complementarios. En la 53.ª Asamblea Mundial de la Salud, el Gobierno de Brasil presentó un proyecto de resolución sobre nutrición del lactante y del niño pequeño que suscitó un intenso debate, especialmente en lo que atañe a la duración de la lactancia materna exclusiva.

La Asamblea de la Salud decidió remitir la resolución a la 107.ª reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS, que tendrá lugar en enero de 2001, y recomendó que el tema se tratara más a fondo a nivel regional. El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana convocó una reunión de consulta técnica para examinar con mayor detenimiento los datos sobre importantes aspectos de la nutrición del lactante y el niño pequeño, entre ellos la duración óptima de la lactancia materna exclusiva y la introducción de alimentos complementarios.

El presente documento contiene los antecedentes, un resumen de las deliberaciones de la reunión de consulta técnica, una descripción de las prácticas actuales en lo que se refiere a las normas para la lactancia materna exclusiva en los países de la Región, algunas de las conclusiones y propuestas relativas a campos prioritarios en los cuales es necesario profundizar.

Se solicita al Consejo Directivo que examine el documento a la luz de los antecedentes y emita opiniones que puedan reflejarse en el debate definitivo del proyecto de resolución presentado por Brasil, el cual se realizará en la 107.ª reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS en enero de 2001.

## CONTENIDO

	<i>Página</i>
1. Antecedentes.....	3
2. Reunión de consulta técnica.....	5
2.1 Recomendaciones de la OMS sobre la alimentación del lactante y estudios pertinentes .....	5
2.2 Importancia de un enfoque integrado de la nutrición del lactante y el niño pequeño .....	6
2.3 Alimentos complementarios .....	7
2.4 Lactancia materna exclusiva.....	7
2.5 Situación de la Región en lo que respecta a la lactancia materna exclusiva .....	10
2.6 Prioridades regionales en materia de nutrición del lactante y el niño pequeño.....	15
3. Papel de la Organización Panamericana de la Salud .....	16
4. Conclusiones .....	17
Referencias.....	17

Anexo A: Proyecto de resolución de Brasil

Anexo B: Decisión WHA 53(10)

## 1. Antecedentes

La mejora de la alimentación del lactante y el niño pequeño en las Américas redundará en enormes beneficios para su salud y desarrollo. Esta mejora se puede promover también por medio de intervenciones rentables en el ámbito de la salud pública. En el último decenio, la prevalencia de la malnutrición ha disminuido, en tanto que la duración de la lactancia materna, componente importante de la alimentación del lactante y el niño pequeño, ha aumentado. Cabe destacar en particular el aumento de la prevalencia de la lactancia materna exclusiva<sup>1</sup>, el comportamiento relacionado con la alimentación del lactante que más está relacionado con la mejora de su salud.

La nutrición óptima de los niños durante los dos primeros años de vida varía según la edad y es producto de una serie de prácticas y comportamientos relacionados con la lactancia materna y los alimentos complementarios, así como del acceso a la variedad apropiada de alimentos. La duración recomendada de la lactancia materna exclusiva y, por ende, la edad a la cual deben introducirse alimentos complementarios son especialmente importantes en la política relativa a la alimentación del lactante, ya que esta recomendación vincula dos componentes de la alimentación óptima del lactante: lactancia materna exclusiva y alimentos complementarios. La recomendación tiene importantes repercusiones en la política de salud pública y la formulación de una estrategia acertada para la alimentación del lactante y, por lo tanto, para su salud y desarrollo.

Como la nutrición del lactante y el niño pequeño es tan importante para el desarrollo humano, en marzo de 2000 se realizó una reunión de consulta técnica conjunta de la OMS y el UNICEF sobre la alimentación del lactante y el niño pequeño. Los objetivos de la reunión eran 1) determinar los pros y los contras de las directrices y prácticas actuales en materia de alimentación; 2) señalar las barreras para la aplicación de directrices; 3) examinar intervenciones decisivas como primera medida para buscar formas factibles y eficaces de avanzar; y 4) contribuir a la formulación de un proyecto de estrategia integral que, cuando se adopte, oriente a los Estados Miembros y la comunidad internacional en los años venideros (A53/INF.DOC./2).

El tema de la alimentación del lactante y el niño pequeño figuraba en el orden del día de la 53.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud (documento A53/7). El documento de antecedentes

---

<sup>1</sup> Definida como la ingestión de leche materna como única fuente de nutrición del lactante, sin que se den alimentos ni líquidos al niño, ni siquiera agua.

refleja la importancia de la alimentación del lactante y el niño pequeño y su relación con la malnutrición y la morbimortalidad. Asimismo, pone de relieve los adelantos realizados desde la primera reunión de consulta técnica de la OMS sobre la alimentación del lactante y el niño pequeño, realizada en 1979, y destaca las pruebas científicas y la experiencia programática acumulada que sirven de base para la acción. En dicho documento se examinan los enfoques mundiales que han fomentado el desarrollo en este campo. Se reconoce que todavía queda mucho que hacer y se señalan las prioridades de la OMS: promover la lactancia materna exclusiva, garantizar que se introduzcan oportunamente alimentos complementarios apropiados e inoocuos mientras continúa la lactancia materna, reforzar las medidas de apoyo a la lactancia materna, prevenir la interrupción prematura de la lactancia materna y satisfacer las necesidades nutricionales de los niños con alto riesgo de contraer la infección por el VIH y de aquellos que se encuentran en circunstancias difíciles durante situaciones de emergencia complejas.

En el documento se informa sobre la reunión de consulta técnica y sus conclusiones y se hace un llamamiento a la adopción de una nueva estrategia mundial. En el curso de las deliberaciones de la Asamblea de la Salud, el gobierno de Brasil presentó un proyecto de resolución sobre nutrición del lactante y del niño pequeño (anexo 1). La resolución abarca una amplia gama de asuntos importantes que deben abordarse en todo análisis de la alimentación apropiada del lactante y el niño pequeño. Entre otras medidas, en el proyecto de resolución se insta a los Estados Miembros “a que fortalezcan todas las actividades en curso y elaboren nuevos criterios para promover la lactancia natural exclusiva hasta los seis meses de edad aproximadamente y la alimentación mixta hasta los dos años, haciendo hincapié en todas las formas de difusión social de estos conceptos para afianzar el compromiso de la sociedad con estas prácticas”.

La resolución presentada por Brasil fue objeto de numerosos comentarios y enmiendas, muchos de ellos relativos a la duración de la lactancia materna exclusiva. En las deliberaciones, en las cuales participaron 54 países, entre ellos nueve de la Región de las Américas, se decidió presentar a la Asamblea de la Salud una breve resolución en la cual se reafirma la importancia de la nutrición del lactante y el niño pequeño, se recibe con beneplácito la resolución presentada por Brasil, así como las enmiendas, y se propone incluir el tema en el orden del día de la 107.<sup>a</sup> reunión del Consejo Ejecutivo, a fin de que se redacte una resolución para presentarla en la 54.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud en 2001. Se recomendó que el tema se abordase con anterioridad a nivel regional a fin de obtener una gran variedad de aportes.

En respuesta a la decisión de la Asamblea de la Salud en la cual se hace un llamamiento a la consideración de este tema en el seno de los comités regionales (anexo 2), en la 126.<sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), celebrada en junio de 2000, se aprobó la solicitud del Director de convocar una reunión de consulta técnica sobre nutrición del lactante y el niño pequeño. Un grupo pequeño de expertos internacionales de la Región se reunió el 3 y 4 de agosto de 2000 en la sede de la OPS. Los resultados de las deliberaciones de la reunión de consulta técnica se resumen en este documento y se complementan con otros datos pertinentes.

El debate actual sobre la base científica y el mérito de la recomendación de la OMS con respecto a la lactancia materna exclusiva durante los primeros cuatro a seis meses de vida son importantes debido a sus repercusiones en la salud y el desarrollo del lactante y a que la concentración en este tema ha tenido el efecto imprevisto de limitar las deliberaciones y la acción sobre otros asuntos igualmente importantes, o incluso más importantes, de la nutrición del lactante y el niño pequeño.

## **2. Reunión de consulta técnica**

### **2.1 *Recomendaciones de la OMS sobre la alimentación del lactante y estudios pertinentes***

La OMS recomienda en la actualidad que los lactantes se alimenten exclusivamente de leche materna desde el nacimiento hasta los 4 ó 6 meses de edad. Esta recomendación fue formulada en una reunión conjunta de la OMS y el UNICEF sobre la alimentación del lactante y el niño pequeño realizada en 1979 (WHO, 1979). La Asamblea Mundial de la Salud ha aprobado varias resoluciones sobre la alimentación del lactante y el niño pequeño. En 1990 (resolución WHA43.3) instó a los Estados Miembros “a que protejan y fomenten la lactancia natural como componente esencial de sus políticas y programas generales de alimentos y nutrición en favor de las mujeres y los niños, de manera que todos los bebés se alimenten exclusivamente de leche materna durante los primeros cuatro a seis meses de vida”. La edad de 4 a 6 meses se justifica por la necesidad de un período de transición durante el cual los lactantes alimentados con leche materna puedan adaptarse a los alimentos sólidos, y no por la variabilidad biológica. En 1992, la 45.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud reafirmó (resolución WHA45.34) la recomendación de la lactancia materna exclusiva durante los primeros cuatro a seis meses de vida pero agregó “que, desde aproximadamente la edad de seis meses, se debe empezar a dar a los lactantes [...] diversos alimentos [...] preparados higiénicamente y que estén disponibles en la localidad”. En 1994, la 47.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud (resolución WHA47.5) instó a los Estados Miembros a “promover una nutrición sana para el lactante y el niño pequeño, de conformidad con su adhesión a la Declaración

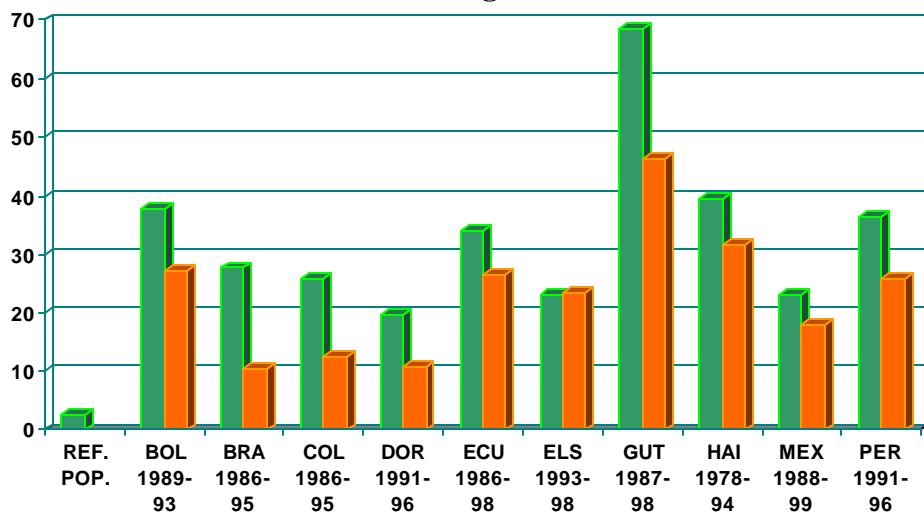
Mundial y Plan de Acción para la Nutrición”. En la resolución se menciona también la necesidad de que “se propicien prácticas adecuadas de alimentación complementaria a partir de los seis meses de edad aproximadamente, insistiendo en la conveniencia de continuar el amamantamiento y la alimentación frecuente con alimentos locales salubres en cantidad suficiente”.

## 2.2 *Importancia de un enfoque integrado de la nutrición del lactante y el niño pequeño*

El período de mayor riesgo de malnutrición de los niños abarca los dos primeros años de vida, que corresponden al período de lactancia materna y alimentos complementarios. Los resultados de estudios de crecimiento longitudinales y datos de encuestas nacionales muestran que el retraso del crecimiento (crecimiento insuficiente para la talla) se produce en los dos primeros años de vida. Después de los 2 años de edad, los niños con retraso del crecimiento presentan una tasa similar a la de los niños bien alimentados de países desarrollados, pero como los efectos del retraso del crecimiento son en gran medida irreversibles, los niños afectados siguen teniendo corta estatura. Por lo tanto, para prevenir el retraso del crecimiento se necesitan intervenciones integradas en los dos primeros años de vida, que incluyan la promoción de la lactancia materna óptima y alimentos complementarios.

La prevención de la malnutrición de lactantes y niños pequeños es fundamental para reducir la mortalidad en estos grupos de edad. Los datos nacionales representativos muestran una disminución considerable de la prevalencia de la malnutrición medida según el retraso del crecimiento (talla para la edad inferior a dos desviaciones estándar) en América Latina (figura 1). Sin embargo, a pesar de estas mejoras, la prevalencia de la malnutrición sigue siendo inaceptablemente alta en muchos países. El análisis de la índole del retraso del crecimiento según la edad muestra que, pese a las diferencias en la prevalencia, su índole según la edad es similar en todos los países estudiados y se concentra en los dos primeros años de vida.

**Figura 1**



El que se le ofrezca o no el pecho al lactante, se lo amamante de forma óptima y se le den posteriormente alimentos complementarios higiénicos de buena calidad depende de las decisiones de la mujer con respecto a la alimentación, su posibilidad de actuar conforme a sus decisiones y el entorno social en el cual se encuentre. A fin de promover prácticas óptimas de alimentación del lactante y el niño pequeño, las directrices y programas deben estar orientadas no sólo a las mujeres individualmente, sino que deben procurar también mejorar el contexto en el cual se toman y ponen en práctica las decisiones con respecto a la alimentación.

### **2.3 *Alimentos complementarios***

A diferencia de los numerosos artículos que se han publicado sobre la lactancia materna, hay muy poca información sobre la calidad nutricional de los alimentos complementarios que se usan generalmente en la Región y sobre las prácticas de alimentación. Los datos sobre la calidad de los alimentos complementarios y los regímenes de alimentación de México y Perú muestran que los regímenes habituales constituyen una fuente limitada de energía, cinc e hierro. Un análisis reciente realizado por la OMS de los conocimientos científicos sobre la nutrición y alimentación del lactante y el niño pequeño en los países en desarrollo pone de relieve la dificultad para proporcionar a los niños de 6 a 24 meses el hierro y el cinc que necesitan, incluso en las mejores circunstancias.

Las intervenciones para mejorar el consumo de alimentos complementarios pueden llevar a una mejora en el crecimiento de lactantes y niños en los grupos que corren riesgo de malnutrición. La promoción de diversos alimentos complementarios nutritivos, como carne, pescado y productos lácteos, es fundamental, igual que la promoción de prácticas de alimentación que lleven a una ingesta suficiente de alimentos complementarios. Además, el uso de alimentos procesados, fortificados con hierro, cinc, vitamina A y otros nutrientes, se ha generalizado en la Región y podría ser otro componente prometedor de una estrategia para mejorar los alimentos complementarios. Sin embargo, dicha estrategia debe incluir también apoyo para la lactancia materna y el uso de alimentos locales.

### **2.4 *Lactancia materna exclusiva***

#### **2.4.1 *Efectos en todo el ciclo de vida***

La lactancia materna y, en particular, la lactancia materna exclusiva redundan en beneficios para la salud en todo el ciclo de vida. Se ha observado una relación entre la lactancia materna y un mayor desarrollo intelectual, así como un menor riesgo de cáncer, de

obesidad en la niñez y de varias enfermedades crónicas. La lactancia materna también es beneficiosa para la salud materna. Las mujeres que amamantan presentan un riesgo menor de cáncer de ovario y de cáncer de mama premenopáusicas. Las mujeres que fueron amamantadas también presentan un riesgo menor de cáncer de mama.

#### *2.4.2 Efectos en la primera infancia*

La lactancia materna exclusiva confiere inmunidad contra determinadas enfermedades y elimina el riesgo de enfermedades que pueden contraerse al consumir alimentos contaminados y usar utensilios sucios. Además, prolonga la amenorrea puerperal y, por consiguiente, en los casos en que no se usan anticonceptivos, prolonga el intervalo entre partos, que está estrechamente relacionado con la supervivencia de lactantes y niños. Cuando los lactantes y niños pequeños se enferman, la lactancia materna constituye una fuente importante de nutrientes porque la ingesta de leche materna no se reduce en comparación con la ingesta de alimentos complementarios, que disminuye considerablemente.

#### *2.4.3 Efectos en la mortalidad*

El riesgo de muerte disminuye considerablemente a medida que el lactante va creciendo; por lo tanto, el efecto protector de la lactancia materna con respecto a la mortalidad es mayor durante el primer mes de vida y disminuye mes por mes hasta los 6 meses (WHO, 2000). En muchos estudios, aunque no en todos, se observan efectos protectores hasta los 12 meses, y en algunos se muestran efectos protectores hasta el segundo año de vida. En un estudio de casos y testigos realizado en Pelotas (Brasil), se observó que los lactantes de menos de 2 meses que no se alimentaban exclusivamente de leche materna tenían una probabilidad 23 veces mayor de morir que los lactantes que se alimentaban de leche materna. En zonas urbanas de Filipinas, en un estudio prospectivo de 9.942 lactantes a quienes se dio seguimiento desde el nacimiento hasta los 24 meses de edad, se observó que, si no se iniciaba la lactancia materna o si esta cesaba durante los primeros 6 meses de vida, la mortalidad por diarrea era 10 veces mayor.

#### *2.4.4 Efectos en la morbilidad entre los 4 y 6 meses*

No se han desglosado los datos sobre los riesgos de mortalidad asociados a los alimentos complementarios para el período de 4 a 6 meses. Sin embargo, los datos sobre morbilidad muestran un riesgo considerable asociado a los alimentos complementarios entre los 4 y 6 meses en lugares de mediano y alto riesgo. En Pelotas (Brasil), se compararon las características de la alimentación de 152 lactantes hospitalizados con neumonía con 2.391

casos de un estudio de casos y testigos basado en la población. Entre los lactantes de 3 a 6 meses de edad, el uso de alimentos sólidos suplementarios se asoció a un riesgo relativo de hospitalización de 13,4 en comparación con los lactantes que se alimentaban exclusivamente de leche materna (Cesar et al., 1999). Los datos longitudinales obtenidos en Lima (Perú) muestran que la administración de alimentos complementarios entre los 3 y 5 meses está asociada a un riesgo de prevalencia de diarrea que es el triple del observado con la lactancia materna exclusiva (Brown et al., 1989).

#### 2.4.5 *La infección de la madre por el VIH y la alimentación del lactante*

Treinta y cinco por ciento de los lactantes cuya madre está infectada por el VIH contraen la infección si no se administra tratamiento médico. De estos niños, alrededor de 20% contraen la infección durante la gestación o el parto y 16% por medio de la leche materna. En vista de que la lactancia materna es una modalidad importante y prevenible de transmisión del VIH, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) publicaron recientemente nuevas directrices sobre el VIH y la alimentación del lactante (WHO, 1998). Estas directrices contienen un llamamiento a una acción urgente a fin de educar, asesorar y apoyar a mujeres VIH-positivas para que tomen decisiones sobre la forma menos arriesgada de alimentar al lactante. El asesoramiento sobre la alimentación del lactante forma parte de un conjunto integrado de intervenciones para prevenir la transmisión de madre a hijo. Otras intervenciones consisten en asesoramiento y pruebas prenatales, voluntarias y confidenciales, para detectar el VIH, y tratamiento antirretrovírico. Como la lactancia materna es el método menos arriesgado y más nutritivo para alimentar a los lactantes cuya madre es VIH-negativa, estas directrices recalcan la importancia de proteger, promover y apoyar la lactancia materna en las mujeres VIH-negativas o que no se sabe si tienen la infección por el VIH.

Las decisiones bien fundadas siempre han formado parte de la política de la OMS, el UNICEF y ONUSIDA en materia de infección por el VIH y alimentación del lactante. Lo novedoso de las directrices nuevas es que, al proporcionar información sobre la forma de reducir el riesgo de las alternativas para sustituir la lactancia materna y al impulsar a las autoridades nacionales a que faciliten el acceso a sucedáneos de la leche materna, se está avanzando en la creación de condiciones propicias para que las mujeres VIH-positivas tomen una decisión. Las Américas ofrecen un entorno ideal (en comparación con otras regiones) para poner en práctica estas directrices, ya que la cifra absoluta de mujeres embarazadas que son VIH-positivas todavía es relativamente baja y existe una infraestructura de servicios de

salud que se puede usar para administrar pruebas prenatales, tratamiento antirretrovírico y apoyo para alternativas que reemplacen la lactancia materna.

#### *2.4.6 El debate sobre la duración recomendada de la lactancia materna exclusiva*

La duración recomendada de la lactancia materna exclusiva y, por ende, la edad a la cual se deben introducir alimentos complementarios tienen importantes repercusiones en el contexto en el cual se toman y se ponen en práctica las decisiones sobre la alimentación del lactante. La recomendación influye o puede influir en las directrices y los programas en el campo de la alimentación del lactante, la legislación sobre maternidad y la vigilancia de la aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y del Codex Alimentarius, que rigen el contenido y el etiquetado de los alimentos para lactantes a base de cereales y son especialmente importantes para el comercio internacional.

En Honduras se realizaron dos estudios aleatorizados en los cuales se examinó la duración de la lactancia materna exclusiva en lactantes con peso normal al nacer y lactantes nacidos a término con peso bajo. En estos estudios no se observó ninguna ventaja de la introducción de alimentos complementarios entre los 4 y 6 meses de edad.

### **2.5 Situación de la Región en lo que respecta a la lactancia materna exclusiva**

#### *2.5.1 Estudios sobre la promoción de la lactancia materna exclusiva*

Las actividades normativas y programáticas para promover la lactancia materna en general y la lactancia materna exclusiva en particular han redundado en importantes mejoras en las prácticas a nivel nacional. Actualmente es evidente que el fomento de la lactancia materna puede en realidad prolongar la lactancia materna exclusiva, de modo que el escepticismo de antes con respecto a la posibilidad de alcanzar tasas elevadas de lactancia materna exclusiva no se justifica.

Se observó una duración mucho mayor de la lactancia materna exclusiva en mujeres asignadas aleatoriamente a un grupo que recibió asesoramiento en casa en los primeros días del puerperio. En este estudio se comprobó que las visitas a domicilio son muy eficaces para prolongar la lactancia materna exclusiva. Sin embargo, la posibilidad de realizar visitas de ese tipo fuera del contexto de un estudio no ha sido sometida a prueba y probablemente varíe según el entorno y dependa de los recursos disponibles. Por lo tanto, es importante señalar que se ha comprobado también que se puede promover la lactancia materna exclusiva por medio de servicios de salud tradicionales que cuenten con un programa integral de promoción

de la lactancia materna y que los programas de ese tipo son muy eficaces en función de los costos.

### 2.5.2 *Prácticas y tendencias relacionadas con la lactancia materna exclusiva*

Hay indicios fidedignos de que se puede prolongar la lactancia materna exclusiva con intervenciones bien focalizadas. En los países donde la promoción de la lactancia materna exclusiva ha sido un componente importante de las campañas en pro de la lactancia materna se pueden mejorar también las tasas de lactancia materna exclusiva. En Perú, la proporción de lactantes de menos de 4 meses de edad alimentados exclusivamente de leche materna pasó de 32% a 61% entre 1986 y 1996. En la República Dominicana, esta cifra pasó de 10% a 25% entre 1991 y 1996, y en Honduras, de 21% a 42% entre 1986 y 1996.

### 2.5.3 *Recomendaciones de los ministerios de salud*

Se obtuvo información sobre la duración recomendada de la lactancia materna exclusiva en los Estados Miembros y se procedió a analizarla (cuadro 1). De los 28 Estados Miembros sobre los cuales se dispone de información, 22 recomendaban seis meses de lactancia materna exclusiva, cuatro recomendaban de cuatro a seis meses, uno recomendaba cuatro meses y uno no tenía una recomendación. No se ha recibido información de los demás países, aunque ha sido solicitada.

**Cuadro 1. Normas para la duración recomendada de la lactancia materna exclusiva<sup>2</sup>**

País	Norma (meses)	Fuente de información
Anguila	Solicitada	
Antigua y Barbuda	Solicitada	
Antillas Neerlandesas	Solicitada	
Argentina	6	Resolución Nº 376 del 11/10/96 en el marco del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.
Bahamas	Solicitada	
Barbados	4	Política nacional sobre lactancia materna, Nota del Gabinete (99) 383/MH.17, 29 de abril de 1999.

<sup>2</sup> Este cuadro no es definitivo, puesto que todavía se están recopilando datos sobre la fuente de la recomendación.

País	Norma (meses)	Fuente de información
Belice	6	Todavía no hay normas. El Ministerio de Salud recomienda seis meses.
Bolivia	6	Manual norma de nutrición, salud y estimulación temprana para el menor de 5 años, Ministerio de Salud, 1998.
Brasil	6	Política nacional de alimentación y nutrición, Ministerio de Salud, Secretaría de Políticas de Salud, Departamento de Formulación de Políticas de Salud, Brasilia 2000.
Canadá	4-6	Ministerio de Salud de Canadá.
Chile	6	Norma general técnica N° 4 sobre "Alimentación del niño menor de dos años", Resolución Exenta N° 1832 del 5 de noviembre de 1999.
Colombia	6	Plan Nacional de Alimentación y Nutrición, documentado aprobado por el Consejo Nacional de Política Económica y Social N° 2847/96. Los documentos CONPES tienen fuerza de ley.
Costa Rica	6	Ley 7430 de fomento de la lactancia materna, Ministerio de Salud y Comisión Nacional de la Lactancia Materna 1994.
Cuba	4-6	Programa Nacional de Acción, Cumbre Mundial en favor de la Infancia, Ministerio de Salud Pública de Cuba, Ciudad de La Habana, 12 de agosto de 1992.
Dominica	Solicitada	
Ecuador	6	Ley de fomento y protección a la lactancia materna y Reglamento para la aplicación de la Ley de apoyo, fomento y protección de la lactancia materna, Ministerio de Salud Pública, noviembre de 1999.
El Salvador	6	AIEPI. Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia. Cuadros de procedimientos. Ministerio de Salud Pública, República de Ecuador. Septiembre de 1997. Se están formulando normas oficiales.

País	Norma (meses)	Fuente de información
Estados Unidos	No hay	El Departamento de Salud y Servicios Sociales está elaborando recomendaciones sobre la alimentación del lactante. La Academia Estadounidense de Pediatría (organización profesional cuyas recomendaciones tienen mucha influencia) recomienda seis meses (Pediatrics 1997;100:1035-1039).
Guayana Francesa	Solicitada	
Granada	Solicitada	
Guadalupe	Solicitada	
Guatemala	6	Normas de atención del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS), Alimentación y Nutrición, Tomo 1, Inciso 12, diciembre de 1997.
Guyana	4-6	Política nacional de lactancia materna, Ministerio de Salud, 1996.
Haití	6	AIEPI. Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia. Haití, 1996.
Honduras	6	Guía de alimentación infantil. Guía detallada para la introducción de alimentos a partir de los seis meses. Un manual para personal de salud. Atención integral a la niñez. Secretaría de Salud, Dirección General de Riesgos en Poblaciones, Departamento de Alimentación y Nutrición, Departamento de Salud Maternoinfantil, Tegucigalpa, octubre de 1996.
Islas Turcas y Caicos	Solicitada	
Islas Vírgenes Británicas	Solicitada	
Jamaica	6	Directrices para la alimentación del lactante y del niño pequeño en Jamaica.
Martinica	Solicitada	
México	4-6	Norma oficial mexicana para el control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente, 1994. Consejo Nacional de Vacunación. Manual de procedimientos técnicos, Programa de Atención a la Salud del Niño, Nutrición, 1998.

País	Norma (meses)	Fuente de información
Montserrat	Solicitada	
Nicaragua	6	Ley N <sup>o</sup> 295 de promoción, protección y mantenimiento de la lactancia materna y Regulación de la comercialización de sucedáneos de la leche materna. MINSA, 1999.
Panamá	6	Manual de normas ambulatorias de niños de 0-5 años. Programa Integral de Atención a la Niñez, Ministerio de Salud, Caja de Seguro Social, 1995.
Paraguay	6	COFOLAM. Consejos sobre lactancia materna. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Paraguay, 1994.
Perú	6	COPACA. Manual de alimentación del niño menor de 2 años. COPACA. Perú, 1994.
Puerto Rico	6	Política pública para la promoción de la lactancia materna en Puerto Rico – 1995. Secretaría Auxiliar para la Medicina Preventiva y Salud Familiar, Gobierno de Puerto Rico.
República Dominicana	6	Ley 8-95 de promoción y fomento a la lactancia materna, Plan Nacional de Alimentación y Nutrición, SESPAS.
San Vicente y las Granadinas	Solicitada	
Santa Lucía	Solicitada	
St. Kitts y Nevis	Solicitada	
Suriname	6	“Infant and young child: Feeding healthy 0 - 5 year children. Manual for health workers for under five clinics.” Dirección de Salud Pública, Unidad de Nutrición, 1999.
Trinidad y Tabago	Solicitada	
Uruguay	6	Normas nacionales de lactancia materna. Programa de Promoción de la Lactancia Materna. Comisión Nacional de Lactancia Materna. 2 <sup>a</sup> edición. Ministerio de Salud Pública, Uruguay, 1998.
Venezuela	6	CAVENDES. Guías de alimentación para el niño menor de 6 años. Ministerio de la Familia/OCT/INN/SVPP, Venezuela.

De los 21 Estados Miembros que recomiendan seis meses de lactancia materna exclusiva, cinco han convertido esta recomendación en ley (Costa Rica, Colombia, República

Dominicana, Ecuador y Nicaragua), en cuatro es una norma o resolución (Argentina, Bolivia, Chile y Perú) y en los 13 restantes es una norma o figura en el material distribuido por el ministerio de salud (Belice, Brasil, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, Panamá, Paraguay, Puerto Rico, Suriname, Uruguay y Venezuela).

## **2.6 *Prioridades regionales en materia de nutrición del lactante y el niño pequeño***

Los expertos internacionales participantes en la reunión de consulta técnica llegaron a las siguientes conclusiones:

- En vista de la duración relativamente corta de la lactancia materna exclusiva observada en la Región y los grandes beneficios de la lactancia materna exclusiva para la salud y el desarrollo del lactante, las intervenciones de salud pública orientadas a prolongar la lactancia materna exclusiva y promover el uso de alimentos complementarios de buena calidad tienen máxima prioridad.
- Se dispone de muy pocos datos, ninguno de estudios aleatorizados, de lugares donde la mortalidad infantil es baja que permitan evaluar plenamente los posibles riesgos y beneficios de la continuación de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses en comparación con el uso de alimentos complementarios entre los 4 y 6 meses.
- Hay pruebas que apoyan a los Estados Miembros que recomiendan seis meses de lactancia materna exclusiva, las cuales provienen de dos fuentes: 1) estudios aleatorizados en los cuales no se observó ninguna ventaja con la adición de alimentos complementarios higiénicos de buena calidad entre los 4 y 6 meses por comparación con la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, con respecto al crecimiento y el estado de nutrición; 2) estudios basados en la observación en circunstancias menos que óptimas en los cuales se observó un riesgo mayor de diarrea e infecciones respiratorias agudas durante los primeros 4 a 6 meses de vida en los casos en que se introdujeron alimentos complementarios en comparación con la lactancia materna exclusiva.
- Con respecto al período máximo y mínimo que la lactancia materna exclusiva puede satisfacer las necesidades del lactante, se llegó a la conclusión de que se necesitaban estudios cualitativos para comprender mejor la forma en que una amplia gama de usuarios en distintos entornos entiende una duración máxima y una duración mínima, a diferencia de una sola cifra.

En vista de estas conclusiones, se propusieron los siguientes estudios y prioridades programáticas:

- Es necesario comprender en todos los países cuál es la mejor forma de promover la lactancia materna exclusiva y los alimentos complementarios de buena calidad en el ámbito de la salud pública. Los estudios deberían abarcar distintos niveles de apoyo (considerable, mediano y habitual) y modelos diferentes para proporcionar apoyo, de modo que se pueda determinar cuáles son las intervenciones más eficaces en función de los costos y promoverlas en la Región.
- En los países con una tasa de mortalidad infantil mediana que recomiendan de cuatro a seis meses de lactancia materna exclusiva, se necesitan estudios en los cuales los lactantes sean asignados aleatoriamente a regímenes “habituales” de alimentación complementaria y a “buenos” regímenes de alimentación complementaria, o bien a lactancia materna exclusiva entre los 4 y 6 meses. Además de determinar el crecimiento y el estado de nutrición, se deberían evaluar resultados tales como la morbilidad y el desarrollo motor.
- En los países con una tasa de mortalidad infantil baja que recomiendan de cuatro a seis meses de lactancia materna exclusiva se necesitan estudios aleatorizados en los cuales los lactantes sean asignados aleatoriamente a regímenes de alimentación complementaria “habituales” o a lactancia materna exclusiva durante seis meses. Como es probable que los regímenes “habituales” sean de buena calidad nutricional y que el riesgo de morbilidad sea relativamente bajo, se debe prestar especial atención a los resultados relacionados con el desarrollo y realizar un seguimiento más prolongado (de hasta 24 meses).

### **3. Papel de la Organización Panamericana de la Salud**

Para promover prácticas óptimas de alimentación de lactantes y niños en la Región, la OPS debe trabajar de forma conjunta con los Estados Miembros en la definición de objetivos técnicos y estratégicos, la creación de alianzas, la formación de recursos humanos y la movilización de suficientes recursos para alcanzar los objetivos propuestos.

En el pasado, considerar a la investigación como base de las intervenciones de salud pública han proporcionado los fundamentos científicos, normativos y programáticos necesarios para llevar a cabo intervenciones de salud pública eficaces en los campos de la vacunación y la vitamina A. Se necesitan con urgencia estudios sobre las prioridades

antecedidas. Además, la OPS debe allegarse recursos para proporcionar cooperación técnica a los Estados Miembros a fin de que examinen sus directrices y programas en materia de alimentación del lactante y el niño pequeño y establezcan orientaciones normativas y programáticas estratégicas que les den impulso.

La OPS debe facilitar la participación de los Estados Miembros en las deliberaciones y los debates que lleven a la formulación de la estrategia mundial promovida por la OMS.

#### **4. Conclusiones**

Hay que hacer hincapié en un enfoque integrado de la nutrición del lactante y el niño pequeño. En la reunión de consulta técnica se examinaron muchos de los antecedentes pertinentes y en particular, la situación actual en las Américas con respecto a la lactancia materna. Cabe esperar que las deliberaciones faciliten la aclaración de algunos de los temas que se debatirán en la próxima reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS.

#### **Referencias**

Brown KH, Black RE, de Romana GL, Kanashiro HC. Infant-feeding practices and their relationship with diarrheal and other diseases in Huascar (Lima), Peru. *Pediatr* 1989;83:31-40.

Cesar JA, Victoa CG, Barros FC. Impact of breastfeeding on admission for pneumonia during post neonatal period in Brazil: nested case-control study. *Br M J* 1999;318:1316-1320.

WHO Collaborative Study Team on the role of breastfeeding and the prevention of infant mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less-developed countries: A pooled analysis. *The Lancet* 2000;355(9202):451-455.

WHO/UNICEF/UNAIDS. HIV and infant feeding. 1998. WHO/FRH/NUT/CHD/98.1. Geneva.

Nota: Las declaraciones contenidas en este documento informativo se basan en una extensa bibliografía, que está disponible a petición.

Anexos



# ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

53ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD  
Punto 12.4 del orden del día

A53/A/Conf.Paper N° 3  
17 de mayo de 2000

CD42/31 (Esp.)  
Anexo A

## Nutrición del lactante y del niño pequeño

### Proyecto de resolución propuesto por la delegación del Brasil

La 53ª 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;

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 del mundo aún están malnutridos - con retraso del crecimiento, emaciación o carencias de yodo, vitamina A o hierro - y porque la malnutrición aún contribuye a causar cerca de la mitad de los 10,7 millones de defunciones de niños en edad preescolar que se producen cada año en los países en desarrollo;

Hondamente preocupada por el amplio reconocimiento de que la malnutrición es uno de los problemas de salud pública más graves en todo el mundo, con efectos no sólo en el crecimiento y el desarrollo sino también en las funciones cognitiva y de desarrollo social;

Reconociendo que el acceso a los alimentos y a una nutrición adecuada es un derecho humano fundamental, y que debe hacerse todo lo posible para reconocer, proteger y llevar a efecto este derecho básico y para eliminar el hambre y la malnutrición;

Reconociendo que todos los sectores de la sociedad mundial - los gobiernos, la sociedad civil, el sector privado y las organizaciones internacionales - deberían asumir su responsabilidad y cumplir sus obligaciones en lo que concierne al respeto, la protección y la realización de este derecho humano básico;

Reconociendo el marco rector de la Convención sobre los Derechos del Niño, especialmente el artículo 24, en el que se proclama, 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 apropiados para aplicar los conocimientos básicos sobre la salud y la nutrición de los niños y conocer las ventajas de la lactancia materna;

Reconociendo que existe una base científica suficiente para adoptar decisiones políticas, reforzar las actividades tradicionales de los Estados Miembros y la OMS y proponer criterios nuevos e innovadores para la vigilancia del crecimiento y la rehabilitación nutricional, la promoción de la lactancia materna, el mejoramiento de la alimentación complementaria mediante un asesoramiento acertado y adaptado a cada cultura, la mitigación de la malnutrición por carencia de micronutrientes y la gestión de las prácticas de alimentación de los lactantes nacidos de madres VIH-positivas;

Tomando nota de la necesidad de sistemas eficientes de vigilancia de la alimentación y la nutrición para evaluar la magnitud y la distribución geográfica de todas las formas de malnutrición y de las enfermedades transmitidas por los alimentos, y para vigilar la disponibilidad de alimentos;

Consciente de la importancia y urgencia de iniciar un proceso de debate para crear un consenso internacional entre los Estados Miembros y las organizaciones internacionales sobre una estrategia mundial para aliviar todas las formas de malnutrición del lactante y el niño pequeño antes de que finalice el presente decenio, teniendo en cuenta los efectos de los desastres ecológicos, las guerras, los conflictos civiles, los desplazamientos masivos de población y la pobreza;

Reconociendo la importancia y el papel fundamental del Subcomité de Nutrición del Comité Administrativo de Coordinación de las Naciones Unidas (CAC/SCN) en la creación de ese consenso,

1. INSTA a los Estados Miembros:

- 1) a que reconozcan el acceso a los alimentos y a una nutrición adecuada como un derecho humano fundamental y pidan a todos los sectores de la sociedad que cumplan con sus obligaciones de respetar, proteger y realizar plenamente este derecho;
- 2) a que adopten las medidas necesarias para aplicar eficazmente la Convención sobre los Derechos del Niño, con el fin de garantizar el derecho del 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 para aliviar todas las formas de malnutrición 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 otorguen prioridad a la ejecución de programas y proyectos de nutrición del lactante y el niño pequeño derivados de esas discusiones y documentos de política o estratégicos conjuntos, facilitando recursos técnicos y financieros y apoyo político suficientes;
- 5) a que fortalezcan todas las actividades en curso y elaboren nuevos criterios para promover la lactancia natural exclusiva hasta los seis meses de edad aproximadamente y la alimentación mixta hasta los dos años, haciendo hincapié en todas las formas de difusión social de estos conceptos para afianzar el compromiso de la sociedad con estas prácticas;
- 6) a que apoyen la iniciativa «hospitales amigos del niño» y creen mecanismos de evaluación periódica de los hospitales para asegurar el mantenimiento de los estándares y garantizar la sostenibilidad y credibilidad de la iniciativa a largo plazo;
- 7) a que mejoren las prácticas de alimentación complementaria facilitando a las madres de niños pequeños un asesoramiento en materia de nutrición 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 micronutrientes; y a que otorguen prioridad al desarrollo 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;

8) a que refuercen la vigilancia del crecimiento y la rehabilitación nutricional, centrándose en estrategias basadas en la comunidad, y a que velen por que todos los niños hospitalizados que padezcan alguna forma de malnutrición como causa subyacente de la hospitalización sean correctamente diagnosticados y tratados;

9) a que elaboren, apliquen o fortalezcan las medidas sostenibles necesarias para reducir la malnutrición de los niños pequeños por carencia de micronutrientes, especialmente hierro, vitamina A y yodo, mediante una combinación de estrategias que incluyan suplementación, enriquecimiento de los alimentos y 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;

10) a que fortalezcan sus mecanismos de vigilancia y notificación de los progresos en la aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, velando por la participación de todos los interesados como medio de comprometer la responsabilidad de todos los sectores de la sociedad - especialmente el sector privado - en su aplicación;

11) a que reconozcan las pruebas científicas actuales sobre el riesgo de transmisión del VIH mediante la lactancia natural y velen por la adecuada nutrición de los lactantes de madres VIH-positivas, facilitando por conducto de los servicios de salud leche materna pasteurizada de bancos de leche humana o sucedáneos de la leche desde el nacimiento hasta los seis meses de edad, junto con recomendaciones acerca de la alimentación complementaria temprana, hasta que se disponga de nuevos datos científicos;

12) a que fortalezcan sus sistemas de vigilancia alimentaria y nutricional, en estrecha colaboración con sus sistemas de vigilancia epidemiológica, englobando la evaluación de la magnitud y la distribución geográfica de la malnutrición proteinoenergética, la malnutrición por carencia de micronutrientes y las enfermedades transmitidas por los alimentos, e incluyendo la vigilancia sistemática de la disponibilidad de alimentos en los planos nacional, subnacional, local y familiar, los precios de mercado de los alimentos básicos y el poder adquisitivo de las familias;

13) a que hagan el mayor uso posible de la información procedente de sus sistemas de vigilancia alimentaria y nutricional para evaluar las actividades y estrategias en curso, planear nuevas medidas, y sensibilizar a la opinión pública y política, tanto a nivel nacional como internacional, sobre los logros en lo tocante al respeto, la protección y la realización del derecho a los alimentos y a una nutrición adecuada;

14) a que colaboren activamente con la OMS y las organizaciones competentes del sistema de las Naciones Unidas, en particular mediante el foro del CAC/SCN, para elaborar una estrategia mundial encaminada a mejorar la alimentación del lactante y el niño pequeño como medio de aliviar todas las formas de malnutrición del lactante y el niño pequeño antes de que finalice el presente decenio;

2. PIDE a la Directora General:

1) que, habida cuenta del liderazgo de la OMS en la esfera de la salud pública, y en colaboración con todas las demás organizaciones internacionales, en particular las del sistema de las Naciones Unidas, haga mayor hincapié en la nutrición del lactante y el niño pequeño, en el marco de la Convención sobre los Derechos del Niño y otros instrumentos de derechos humanos pertinentes;

- 2) que aumente su apoyo a los Estados Miembros, en estrecha colaboración con la FAO, en el desarrollo y aplicación de sus sistemas de vigilancia alimentaria y nutricional, centrando la atención en su potencial para evaluar la magnitud y la distribución geográfica de los problemas nutricionales y para proporcionar indicadores del desempeño en lo referente al respeto, la protección y la realización del derecho a la alimentación y a una nutrición adecuada;
- 3) que preste apoyo a los Estados Miembros en la evaluación de las estrategias y actividades en curso, de conformidad con la Convención sobre los Derechos del Niño, como un medio de aportar información a los debates para establecer una estrategia mundial consensuada con miras a aliviar todas las formas de malnutrición del lactante y del niño pequeño para el final del decenio;
- 4) que elabore directrices y prepare instrumentos para la formulación de políticas que aseguren la activa participación de quienes tienen derechos y deberes en la esfera de la nutrición del lactante y del niño pequeño;
- 5) que instaure un diálogo constructivo entre todos los interesados - especialmente el sector privado - con miras a vigilar los progresos realizados en la aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y en otras actividades relacionadas con la nutrición del lactante y del niño pequeño, y que preste apoyo a los Estados Miembros en esa labor de vigilancia;
- 6) que aliente y apoye la prosecución de las investigaciones sobre la transmisión del VIH por la lactancia materna y sobre otras medidas encaminadas a mejorar el estado nutricional de quienes ya están afectados por el VIH/SIDA;
- 7) 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 actividades de base comunitaria e intersectoriales;
- 8) que refuerce, en colaboración con otras organizaciones competentes del sistema de las Naciones Unidas, inclusive por conducto del foro del Subcomité de Nutrición del CAC/SCN y otros órganos pertinentes, el proceso de seguimiento de la Conferencia Internacional sobre Nutrición, como estrategia para aliviar todas las formas de malnutrición del lactante y del niño pequeño antes de que finalice el presente decenio;
- 9) que convoque lo antes posible reuniones regionales o subregionales de gobiernos, organizaciones internacionales y organizaciones no gubernamentales a fin de entablar debates sobre la estrategia mundial para mejorar la nutrición del lactante y del niño pequeño;
- 10) que preste apoyo para que los Estados Miembros participen en todas las actividades relativas a la preparación de la estrategia mundial, con inclusión de reuniones y actividades conexas;
- 11) que en 2002 presente al Consejo Ejecutivo un informe sobre la estrategia mundial en que proponga un proyecto de resolución para su presentación a la 55ª Asamblea Mundial de la Salud.

= = =

## **WHA53(10) Nutrición del lactante y del niño pequeño**

La 53.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, habiendo reafirmado la importancia atribuida por los Estados Miembros a las actividades de la OMS relativas a la nutrición del lactante y del niño pequeño y habiendo acogido con agrado el proyecto de resolución propuesto por la delegación del Brasil, junto con las enmiendas presentadas por las delegaciones durante el amplio debate celebrado al respecto, decidió 1) pedir a la Directora General que incluyera en el orden del día de la 107.<sup>a</sup> reunión del Consejo Ejecutivo un punto relativo a la nutrición del lactante y del niño pequeño, y que incluyera el proyecto de resolución y las enmiendas en la documentación de referencia que se pondrá a disposición del Consejo; 2) pedir al Consejo Ejecutivo que durante su reunión establezca un grupo de redacción sobre nutrición del lactante y del niño pequeño, abierto a la participación de todos los Estados Miembros, para que prepare una resolución sobre la base de los precitados proyecto y enmiendas y la someta a la consideración del Consejo Ejecutivo, con miras a su adopción por la 54.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud. La Asamblea alentó la celebración de debates a nivel regional sobre el proyecto y las enmiendas, inclusive en las próximas reuniones de los comités regionales, con miras a reunir la más amplia gama posible de aportaciones para el examen de este importante punto por la 54.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, en 2001.

(Octava sesión plenaria, 20 de mayo de 2000)