

# COMISIÓN DEL CODEX ALIMENTARIUS



Organización de las Naciones  
Unidas para la Alimentación  
y la Agricultura



Organización  
Mundial de la Salud

S

Viale delle Terme di Caracalla, 00153 Roma, Italia - Tel: (+39) 06 57051 - Correo electrónico: [codex@fao.org](mailto:codex@fao.org) - [www.codexalimentarius.org](http://www.codexalimentarius.org)

**Tema 5 del programa**

**CX/NFSDU 21/42/6**

## **PROGRAMA CONJUNTO FAO/OMS SOBRE NORMAS ALIMENTARIAS COMITÉ DEL CODEX SOBRE NUTRICIÓN Y ALIMENTOS PARA REGÍMENES ESPECIALES**

**Cuadragésima segunda reunión**

**Virtual**

**19, 22-25 de noviembre y 1 de diciembre de 2021**

### **PROYECTO DE DIRECTRICES PARA LOS ALIMENTOS TERAPÉUTICOS LISTOS PARA EL CONSUMO**

#### **Observaciones en respuesta a la carta circular CL 2021/31/OCS-NFSDU**

*Observaciones de Arabia Saudita, Benin, Brasil, Canadá, Colombia, Cuba, Ecuador, Egipto, Emiratos Árabes Unidos, Estados Unidos de América, Irán, Kenya, Malasia, Nueva Zelandia, Panamá, Paraguay, Perú, República de Corea, Tailandia, Unión Europea, EU Specialty Food Ingredients, GOED, IRUFA, ISDI, MSF y UNICEF*

1. En este documento se recopilan las observaciones recibidas a través del Sistema de comentarios en línea del Codex (OCS) en respuesta a la carta circular CL 2021/31/OCS-NFSDU, con fecha de junio de 2021. En el OCS, las observaciones se agrupan en el siguiente orden: primero se muestran las observaciones generales y, a continuación, las observaciones sobre secciones específicas.

#### **Notas explicativas sobre el apéndice**

2. Las observaciones presentadas a través del OCS se adjuntan al presente documento como **Anexo I** y se muestran en un cuadro.

## ANEXO 1

OBSERVACIONES GENERALES	MIEMBRO/OBSERVADOR
<p>En principio, Cuba apoya el documento sobre el Anteproyecto de Directrices para los alimentos terapéuticos listos para el consumo, dando respuesta a la carta circular CI 2021/31/OCS-NFSDU</p> <p>Después de la revisión del mismo tenemos las siguientes consideraciones:</p> <p>Sección 5.1.4: Cereales y [tubérculos] Consideramos debe ampliarse por “tubérculos, raíces y productos derivados”</p> <p>Sección 5.2.1 Carbohidratos Estamos de acuerdo con la limitación del uso de azúcar</p> <p>Estamos de acuerdo con el resto de los acápites y avanzar las Directrices para los alimentos terapéuticos listos para el consumo hasta el trámite 5 para su adopción en el próximo período de sesiones de la CAC.</p>	Cuba
<p>La Unión Europea (UE) desea agradecer a Sudáfrica, Senegal y Uganda el trabajo realizado en el proyecto de <i>Directrices para los alimentos terapéuticos listos para el consumo</i> (ATLC).</p> <p>Tal como ha explicado en ocasiones anteriores, la UE considera que debe concluirse sin más dilación el trabajo sobre estas <i>Directrices</i>. Por tanto, la UE puede aceptar el texto del proyecto de <i>Directrices</i>.</p> <p>Como señaló anteriormente, su mayor preocupación era que las <i>Directrices</i> dejaran claro que los ATLC se consideran alimentos para fines medicinales especiales cubiertos en la norma 180-1991 del Codex y que el lenguaje empleado en las <i>Directrices</i> fuera coherente con el utilizado en la norma sobre alimentos para fines medicinales especiales. La UE considera que el texto propuesto para el proyecto de <i>Directrices para los alimentos terapéuticos listos para el consumo</i> da respuesta correctamente a sus preocupaciones.</p>	Unión Europea
<p>Kenya considera que esta norma debe avanzar al trámite siguiente y no desea realizar ninguna otra observación al respecto.</p>	Kenya
<p>Malasia agradece la oportunidad que se le ha brindado para presentar observaciones sobre el proyecto de <i>Directrices para los alimentos terapéuticos listos para el consumo</i>. Malasia no pone ninguna objeción al texto propuesto.</p>	Malasia
<p>Observación específica sobre el contenido del preámbulo:</p> <p>Nueva Zelanda considera que los ATLC no son un sucedáneo de la leche materna y que referirse a ellos en este sentido resulta peligroso y equívoco, puesto que la composición nutricional y el uso de estos productos son muy diferentes de los de la leche materna. En consecuencia, Nueva Zelanda está en contra de incluir el <i>Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna</i> de la OMS, de 1981, en la nota 1 a pie de página del preámbulo. Nueva Zelanda también se opone a la referencia a las «subsiguientes resoluciones pertinentes de la AMS», puesto que estos documentos aún no han sido consultados ni examinados para determinar su pertinencia para esta categoría de productos o para estas <i>Directrices</i>.</p>	Nueva Zelandia

Panamá está de acuerdo con el anteproyecto, y recomienda su avance a trámite 8. Consideramos de suma importancia las directrices propuestas.	<b>Panamá</b>
<p>Perú agradece a la Secretaría de la Comisión del Codex Alimentarius, por el envío de la Carta Circular CL 2021/31/OCS-NFSDU Solicitud de observaciones en el trámite 6 sobre el Proyecto de Directrices para los alimentos terapéuticos listos para el consumo</p> <p>(i) Observaciones específicas</p> <p>El Perú ha analizado el trabajo y tiene las siguientes observaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A lo largo de todo el documento el término adecuado es desnutrición y no malnutrición, ambos conceptos son diferentes</li> <li>2. Respecto al nivel de ácido linoleico se está de acuerdo en que este no deberá ser menor de 333 mg por cada 100 kcal</li> <li>3. Respecto a los niveles para ácidos grasos omega 6 consideramos adecuado un nivel máximo de 1111mg/100 kcal, un nivel mínimo de 33 mg/100 kcal para ácidos grasos omega 3 y un nivel mínimo de 15 mg/100 kcal y máximo de 45 mg/100 kcal para magnesio.</li> </ol>	<b>Perú</b>
<p>La República de Corea ha examinado, en primer lugar, el preámbulo y, en segundo lugar, los niveles para los ácidos grasos esenciales.</p> <p>Por lo que respecta al preámbulo, la República de Corea respalda el texto actual y no desea realizar otras observaciones al respecto.</p> <p>En relación con la proporción de ácidos grasos omega 6:omega 3 en los ATLC incluida en el cuadro sobre la composición nutricional, opinamos lo siguiente:</p> <p>Puesto que aún no se ha determinado la proporción de ingesta óptima entre los ácidos grasos omega 6 y omega 3, la República de Corea considera aceptable una proporción omega 6:omega 3 de 10:1 para las opciones ofrecidas en relación con los valores mínimos de ácidos grasos omega 3 (33 o 110). Aún no se reconocen los beneficios a corto y largo plazo de la exposición a ácidos grasos esenciales de cadena larga en los niños con malnutrición aguda grave como resultado del consumo de ATLC, puesto que no se dispone de muchos estudios sobre este tipo de intervenciones.</p> <p>Por otra parte, si optamos por un valor mínimo de 110 para los ácidos grasos omega 3, la proporción de ácidos grasos omega 6:omega 3 sería de 3:1 y no podría alcanzarse fácilmente.</p>	<b>República de Corea</b>
Arabia Saudita apoya el anteproyecto de <i>Directrices</i> para el que se solicitaron observaciones.	<b>Arabia Saudita</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. En principio, consideramos adecuado el anteproyecto de <i>Directrices</i>.</li> <li>2. Por otra parte, solicitamos que se aclare el uso incoherente de la terminología en los casos siguientes: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Término «malnutrición aguda grave que no presente complicaciones» del preámbulo y expresión «malnutrición aguda grave que no presenten complicaciones médicas y muestren apetito» de la disposición 4.1</li> </ol> </li> </ol>	<b>Tailandia</b>

<p>- ¿Significan lo mismo el término «malnutrición aguda grave que no presente complicaciones» y la expresión «que no presenten complicaciones médicas y muestren apetito»?</p> <p>- Si es así, sugerimos usar, en todo el proyecto de <i>Directrices</i>, un único término o expresión que emplee la OMS.</p> <p>2) Término «las personas» de la parte introductoria de la sección 5 y expresión «pacientes con malnutrición aguda grave/niños que padecen malnutrición aguda grave» de la disposición 5.1.5</p> <p>- ¿Significan lo mismo el término «las personas» y la expresión «pacientes con malnutrición aguda grave/niños que padecen malnutrición aguda grave»?</p> <p>- Si es así, con el fin de evitar confusiones, sugerimos usar un único término o expresión en todo el texto: «niños que padecen malnutrición aguda grave».</p>	
<p>Los Estados Unidos observan que las presentes <i>Directrices</i> emplean de un modo incoherente la palabra «shall» [que suele traducirse por futuro imperfecto de indicativo con valor de imperativo] en algunas disposiciones y que en las directrices del Codex es más frecuente utilizar la palabra «should» que la palabra «shall».</p>	EE. UU.
<p>La GOED recomienda incluir el siguiente texto del informe de la revisión de expertos titulado «Expert advice on minimum and maximum limits for essential fatty acid levels in Ready to Use Therapeutic Food (RUTF)» (asesoramiento especializado sobre los límites mínimos y máximos de los niveles de ácidos grasos esenciales en los alimentos terapéuticos listos para el consumo [ATLC]): «Consideración de aporte de DHA preformado de 20-100 mg/100 g».</p>	GOED

## OBSERVACIONES ESPECÍFICAS

### 1. PREÁMBULO

En el informe de la 41.ª reunión del CCNFSDU, se tomó nota de que el Comité acordó simplificar el texto del preámbulo para incluir aspectos sobre la composición básica del producto, el grupo de edad al que va destinado y el hecho de que los ATLC constituyen una de las opciones para el tratamiento dietético de los niños con malnutrición aguda grave que no presente complicaciones. Canadá observa que esta información ya se incluye en el preámbulo.

Por otra parte, Canadá cuestiona la necesidad de la referencia al *Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna* y a las resoluciones pertinentes de la AMS sobre la alimentación de lactantes y niños pequeños en la nota al pie. En este sentido, desea comentar que la finalidad de los ATLC no es servir de sucedáneos de la leche materna, que debería añadirse una declaración en la etiqueta para indicar que los ATLC deben utilizarse junto con la lactancia natural (disposición 12.4) y que estos productos no se venden en establecimientos de venta al por menor. Por tanto, no resulta necesario hacer referencia al citado documento.

Por último, considera que deben conservarse las demás referencias entre corchetes con el fin de asegurar que las *Directrices* se utilicen de conformidad con estos documentos.

Canadá

<p>En la disposición 4.1 sobre los ATLC, se indica claramente que unas cantidades adecuadas de proteínas y otros nutrientes esenciales forman parte de la composición de estos productos. En vista de esto, proponemos introducir la palabra «proteínas» en la primera oración del preámbulo, del modo siguiente:</p> <p>«Los niños que padecen malnutrición aguda grave necesitan unos alimentos inocuos y gratos al paladar con un elevado contenido de energía y unas cantidades adecuadas de proteínas, vitaminas, minerales y otros nutrientes».</p>	<b>Tailandia</b>
<p>La UE puede apoyar el texto propuesto entre corchetes para el preámbulo. Considera al respecto que se trata de un texto claro y conciso, y que describe de manera suficiente el papel de los ATLC.</p>	<b>Unión Europea</b>
<b>Primer párrafo</b>	
<p>Los niños que padecen malnutrición aguda grave necesitan unos alimentos inocuos y gratos al paladar con un elevado contenido de energía y unas cantidades adecuadas de vitaminas, minerales y otros nutrientes. Estos niños requieren una intervención eficaz y a tiempo y los ATLC constituyen una de las opciones para el tratamiento dietético de los niños de entre 6 y 59 meses de edad con malnutrición aguda grave que no presente complicaciones. Estas Directrices deben aplicarse de conformidad con las recomendaciones técnicas basadas en la evidencia pertinente y los textos del Codex y documentos afines de la OMS, <a href="#">UNICEF y UNICEF</a>, el PMA<sup>1</sup>, <a href="#">la FAO y otras organizaciones</a>.</p>	<b>Benin</b>
<p>«Los niños que padecen malnutrición aguda grave necesitan <a href="#">un tratamiento y una asistencia adecuados, incluidos</a> unos alimentos inocuos y gratos al paladar con un elevado contenido de energía y unas cantidades adecuadas de vitaminas, minerales y otros nutrientes. Estos niños requieren una intervención eficaz y a tiempo y los ATLC constituyen una de las opciones para el tratamiento dietético de los niños de entre 6 y 59 meses de edad con malnutrición aguda grave que no presente complicaciones <a href="#">médicas, en situaciones específicas de inseguridad alimentaria, cuando la producción local de alimentos sea insuficiente, el suministro hídrico sea inadecuado o inaccesible o se den situaciones de emergencia, pero su uso no debe socavar las recomendaciones nacionales en materia de nutrición ni el uso de alimentos culturalmente apropiados. Es fundamental que el uso de ATLC no menoscabe el respaldo a la lactancia natural continuada o a la recuperación de la lactancia.</a> Estas <i>Directrices</i> deben aplicarse de conformidad con las recomendaciones técnicas de basadas en la evidencia pertinente y los textos del Codex y documentos de la OMS, UNICEF y el PMA afines.<sup>1</sup>»</p> <p>Brasil reitera las observaciones presentadas en respuesta a la circular CL 2019-114/OCS-NFSDU, que se reproducen a continuación:</p> <p>«Brasil desea sugerir algunas modificaciones en el preámbulo con las que se pretende aclarar que los niños de 6 a 59 meses de edad con malnutrición aguda grave que no presente complicaciones médicas necesitan un tratamiento y una asistencia adecuados mediante el uso de alimentos inocuos disponibles localmente con un contenido de energía adecuado y unas cantidades adecuadas de vitaminas, minerales y otros nutrientes. Por tanto, los ATLC son una opción que puede emplearse cuando la producción local de alimentos sea insuficiente, el suministro hídrico sea inadecuado o inaccesible o se den situaciones de emergencia, pero su uso no debe socavar las recomendaciones nacionales en materia de nutrición ni el uso de alimentos culturalmente apropiados. Opinamos también que el preámbulo debe abordar la importancia de la lactancia materna.</p>	<b>Brasil</b>

<p>Además, sugerimos que, en todas las <i>Directrices</i>, se normalice el texto que hace referencia a la población destinataria del producto, esto es, los niños de 6 a 59 meses de edad con malnutrición aguda grave que no presente complicaciones médicas.»</p>	
<p>Los niños que padecen malnutrición aguda grave necesitan unos alimentos inocuos y gratos al paladar con un elevado contenido de energía y unas cantidades adecuadas de vitaminas, minerales y otros nutrientes. Estos niños requieren una intervención eficaz y a tiempo y los ATLC constituyen una de las opciones para el tratamiento dietético de los niños de entre 6 y 59 meses de edad <del>con malnutrición aguda grave</del> <u>desnutrición</u> que no presente complicaciones. Estas Directrices deben aplicarse de conformidad con las recomendaciones técnicas <del>de</del> basadas en la evidencia pertinente y los textos del Codex y documentos de la OMS, UNICEF y el PMA afines.<sup>1</sup></p> <p>Se sugiere cambiar la palabra “malnutrición” por “desnutrición”, porque en español, el término malnutrición abarca tanto el déficit como el exceso en la ingesta de nutrientes. En Colombia, la malnutrición abarca la desnutrición y/o deficiencias de vitaminas y minerales y exceso de peso. ENSIN 2015</p>	<p><b>Colombia</b></p>
<p>Los niños que padecen malnutrición aguda grave necesitan unos alimentos inocuos y gratos al paladar con un elevado contenido de energía y unas cantidades adecuadas de vitaminas, minerales y otros nutrientes. Estos niños requieren una intervención eficaz y a tiempo y los ATLC constituyen una de las opciones para el tratamiento dietético de los niños de entre 6 y 59 meses de edad con malnutrición aguda grave que no presente complicaciones. Estas Directrices deben aplicarse de conformidad con las recomendaciones técnicas <del>de</del> basadas en la evidencia pertinente y los textos del Codex y documentos de la OMS, UNICEF y el PMA afines.<sup>1</sup></p> <p>Los niños que padecen malnutrición aguda grave necesitan alimentos nutritivos, inocuos y gratos al paladar con un elevado contenido de energía y cantidades adecuadas de macronutrientes, vitaminas y minerales. Estos niños requieren una intervención eficaz y oportuna y los Alimentos Terapéuticos Listos para su Consumo (ATLC) constituyen una de las opciones de intervención como tratamiento dietético de los niños de entre 6 y 59 meses de edad con malnutrición aguda grave, que no presentan complicaciones. Estas directrices deben aplicarse de conformidad con las recomendaciones técnicas basadas en la evidencia pertinente y los textos del Codex Alimentarius y documentos de la OMS, UNICEF y el PMA afines.<sup>1</sup></p>	<p><b>Ecuador</b></p>
<p>«Los niños que padecen malnutrición aguda grave necesitan unos alimentos inocuos y gratos al paladar con un elevado contenido de energía y unas cantidades adecuadas de vitaminas, minerales y otros nutrientes. Estos niños requieren una intervención eficaz y a tiempo y los ATLC constituyen una de las opciones para el tratamiento dietético de los niños de entre 6 y 59 meses con malnutrición aguda grave que no presente complicaciones. Estas <i>Directrices</i> deben aplicarse de conformidad con las recomendaciones técnicas <del>de</del> basadas en la evidencia pertinente y los textos del Codex y documentos de la OMS, UNICEF y el PMA afines.<sup>1</sup>»</p> <p>«Los niños que padecen malnutrición aguda grave necesitan unos alimentos inocuos y gratos al paladar con un elevado contenido de energía y unas cantidades adecuadas de vitaminas, minerales y otros nutrientes. Estos niños requieren una intervención eficaz y a tiempo y los ATLC, cuya eficacia debe demostrarse mediante la evidencia científica, constituyen una de las opciones para el tratamiento dietético de los niños de entre 6 y 59 meses de edad con malnutrición aguda grave</p>	<p><b>Emiratos Árabes Unidos (EAU)</b></p>

<p>que no presente complicaciones. Estas dos <i>Directrices</i> deben aplicarse de conformidad con las recomendaciones técnicas basadas en la evidencia pertinente y los textos del Codex y documentos de la OMS, UNICEF y el PMA afines.<sup>1</sup></p> <p><sup>1</sup> Declaración conjunta de la Organización Mundial de la Salud, el Programa Mundial de Alimentos, el Comité Permanente de Nutrición del Sistema de las Naciones Unidas y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2007): <i>Community-Based Management of Severe Acute Malnutrition</i> (Tratamiento extrahospitalario de la malnutrición aguda grave); declaración conjunta de la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2009): <i>Child growth standards and the identification of severe acute malnutrition in infants and children</i> (Patrones de crecimiento infantil de la OMS e identificación de la malnutrición aguda grave en lactantes y niños), Ginebra: Organización Mundial de la Salud; Organización Mundial de la Salud (2013): <i>Directriz: Actualizaciones sobre la atención de la desnutrición aguda severa en lactantes y niños</i>, Ginebra: Organización Mundial de la Salud; Organización Mundial de la Salud (2003): <i>Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño</i>, Ginebra: Organización Mundial de la Salud; Organización Mundial de la Salud [(1981): <i>Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna</i>, Ginebra: Organización Mundial de la Salud, y subsiguientes resoluciones pertinentes de la AMS sobre la alimentación de lactantes y niños pequeños]; <i>Código de ética para el comercio internacional de alimentos incluyendo transacciones en condiciones de favor y ayuda alimentaria</i> (CXC 20-1979); Organización para la Alimentación y la Agricultura y Organización Mundial de la Salud (2016 2021): <i>FAO/WHO Microbial safety of lipid-based ready-to-use foods for management of moderate acute malnutrition and severe acute malnutrition</i> (Informe de la FAO/OMS sobre la inocuidad microbiana de los alimentos a base de lípidos listos para el consumo destinados al tratamiento de la malnutrición aguda moderada y la malnutrición aguda grave), Roma: Organización para la Alimentación y la Agricultura.]»</p>	
<p>«Los niños que padecen malnutrición aguda grave necesitan unos alimentos inocuos y gratos al paladar con un elevado contenido de energía y unas cantidades adecuadas de vitaminas, minerales y otros nutrientes. Estos niños requieren una intervención eficaz y a tiempo y los ATLC, <u>cuya eficacia debe demostrarse mediante la evidencia científica</u>, constituyen una de las opciones para el tratamiento dietético de los niños de entre 6 y 59 meses de edad con malnutrición aguda grave que no presente complicaciones. Estas <i>Directrices</i> deben aplicarse de conformidad con las recomendaciones técnicas de basadas en la evidencia pertinente y los textos del Codex y documentos de la OMS, UNICEF y el PMA afines.<sup>1</sup>»</p>	<p><b>International Special Dietary Foods Industries (ISDI)</b></p>
<p>«Los niños que padecen malnutrición aguda grave necesitan unos alimentos inocuos y gratos al paladar con un elevado contenido de energía y unas cantidades adecuadas de vitaminas, minerales y otros nutrientes. Estos niños requieren una intervención eficaz y a tiempo y los ATLC, <u>cuya eficacia debe demostrarse mediante evidencias científicas</u>, constituyen una de las opciones para el tratamiento dietético de los niños de entre 6 y 59 meses de edad con malnutrición aguda grave que no presente complicaciones. Estas <i>Directrices</i> deben aplicarse de conformidad con las recomendaciones técnicas de basadas en la evidencia pertinente y los textos del Codex y documentos de la OMS, UNICEF y el PMA afines.<sup>1</sup>»</p> <p>Creemos importante mencionar en el preámbulo la necesidad de evidencia científica de la eficacia de cualquier ATLC.</p>	<p><b>International Ready to Use Foods Association (IRUFA)</b></p>
<p><b>Nota 1 a pie de página</b></p>	
<p>A fin de aclarar las <i>Directrices</i> y garantizar su facilidad de uso, sugerimos que los documentos de referencia de fuentes diferentes, esto es, del Codex, la OMS, el PMA, el UNSCN y UNICEF, además de la FAO/OMS, se citen en notas al pie separadas en lugar de incluirlos todos en la nota 1 a pie de página.</p> <p>Recomendamos también que se actualicen algunas de las referencias para indicar su versión más reciente, en concreto, en el caso de: 1) «Declaración conjunta de la Organización Mundial de la Salud, el Programa Mundial de Alimentos, el Comité Permanente de Nutrición del Sistema de las Naciones Unidas y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia</p>	<p><b>Tailandia</b></p>

<p>(2007): <i>Community-Based Management of Severe Acute Malnutrition</i> (Tratamiento extrahospitalario de la malnutrición aguda grave)» y 2) «Código de ética para el comercio internacional de alimentos incluyendo transacciones en condiciones de favor y ayuda alimentaria (CXC 20-1979)».</p>	
<p><sup>1</sup> Declaración conjunta de la Organización Mundial de la Salud, el Programa Mundial de Alimentos, el Comité Permanente de Nutrición del Sistema de las Naciones Unidas y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2007): <i>Community-Based Management of Severe Acute Malnutrition</i> (Tratamiento extrahospitalario de la malnutrición aguda grave); declaración conjunta de la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2009): <i>Child growth standards and the identification of severe acute malnutrition in infants and children</i> (Patrones de crecimiento infantil de la OMS e identificación de la malnutrición aguda grave en lactantes y niños), Ginebra: Organización Mundial de la Salud; Organización Mundial de la Salud (2013): Directriz: <i>Actualizaciones sobre la atención de la desnutrición aguda severa en lactantes y niños</i>, Ginebra: Organización Mundial de la Salud; Organización Mundial de la Salud (2003): <i>Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño</i>, Ginebra: Organización Mundial de la Salud; Organización Mundial de la Salud <del>[(1981): <i>Salud. Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna</i>, Ginebra: Organización Mundial de la Salud, y subsiguientes resoluciones pertinentes de la AMS sobre la alimentación de lactantes y niños pequeños];</del> <i>Código de ética para el comercio internacional de alimentos incluyendo transacciones en condiciones de favor y ayuda alimentaria</i> (CXC 20-1979); Organización para la Alimentación y la Agricultura y Organización Mundial de la Salud (2016): <i>FAO/WHO Microbial safety of lipid-based ready-to-use foods for management of moderate acute malnutrition and severe acute malnutrition</i> (Informe de la FAO/OMS sobre la inocuidad microbiana de los alimentos a base de lípidos listos para el consumo destinados al tratamiento de la malnutrición aguda moderada y la malnutrición aguda grave), Roma: Organización para la Alimentación y la Agricultura.]</p> <p>Teniendo en cuenta la naturaleza y fines y el tipo de alimento abarcado por el presente proyecto de directriz, consideramos que la siguiente referencia (1981): Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna, Ginebra: Organización Mundial de la Salud, y subsiguientes resoluciones pertinentes de la AMS sobre la alimentación de lactantes y niños pequeños, no corresponde su inclusión en el pie de página.</p>	Paraguay
<p>Los EAU recomiendan eliminar la referencia al siguiente texto incluido en la nota 1 a pie de página: «(1981): <i>Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna</i>, Ginebra: Organización Mundial de la Salud, y subsiguientes resoluciones pertinentes de la AMS sobre la alimentación de lactantes y niños pequeños», puesto que la consideran irrelevante para las <i>Directrices para los alimentos terapéuticos listos para el consumo</i> y, por tanto, estiman que esta oración debería suprimirse.</p> <p>Cabe decir lo mismo del siguiente texto de esa misma nota 1 a pie de página: «Organización Mundial de la Salud (2003): <i>Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño</i>, Ginebra: Organización Mundial de la Salud». Se trata de una referencia que no es pertinente para los fines de los ATLC.</p> <p>Por otra parte, los EAU proponen actualizar la fecha de publicación de la referencia «<i>Código de ética para el comercio internacional de alimentos incluyendo transacciones en condiciones de favor y ayuda alimentaria</i> (CXC 20-1979); Organización para la Alimentación y la Agricultura y Organización Mundial de la Salud». En 2021 se publicó una nueva versión de este informe y esto debería quedar reflejado en las <i>Directrices</i>.</p>	EAU
<p>«Declaración conjunta de la Organización Mundial de la Salud, el Programa Mundial de Alimentos, el Comité Permanente de Nutrición del Sistema de las Naciones Unidas y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2007): <i>Community-</i></p>	EE. UU.



*Based Management of Severe Acute Malnutrition* (Tratamiento extrahospitalario de la malnutrición aguda grave); declaración conjunta de la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2009): *Child growth standards and the identification of severe acute malnutrition in infants and children* (Patrones de crecimiento infantil de la OMS e identificación de la malnutrición aguda grave en lactantes y niños), Ginebra: Organización Mundial de la Salud; Organización Mundial de la Salud (2013): *Directriz: Actualizaciones sobre la atención de la desnutrición aguda severa en lactantes y niños*, Ginebra: Organización Mundial de la Salud; Organización Mundial de la Salud (2003): *Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño*, Ginebra: Organización Mundial de la Salud; Organización Mundial de la Salud [(1981): ~~Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna~~, Ginebra: Organización Mundial de la Salud, y subsiguientes resoluciones pertinentes de la AMS sobre la alimentación de lactantes y niños pequeños]; ~~Código de ética para el comercio internacional de alimentos incluyendo transacciones en condiciones de favor y ayuda alimentaria (CXC 20-1979)~~; Organización para la Alimentación y la Agricultura y Organización Mundial de la Salud (2016): *FAO/WHO Microbial safety of lipid-based ready-to-use foods for management of moderate acute malnutrition and severe acute malnutrition* (Informe de la FAO/OMS sobre la inocuidad microbiana de los alimentos a base de lípidos listos para el consumo destinados al tratamiento de la malnutrición aguda moderada y la malnutrición aguda grave), Roma: Organización para la Alimentación y la Agricultura.]»

Los Estados Unidos respaldan la actual versión simplificada del preámbulo elaborada durante la 41.<sup>a</sup> reunión del CCNFDSU, ya que ofrece un contexto suficiente y minimiza, al mismo tiempo, los posibles malentendidos y las posibles interpretaciones erróneas. Los Estados Unidos también están a favor de incluir los documentos técnicos de referencia de la OMS, UNICEF y el PMA, puesto que ofrecen información técnica adicional que sirve de apoyo a las *Directrices* y proporcionan información importante para elaborar normas nacionales sobre los ATLC. Por lo que respecta a las referencias que siguen entre corchetes, los Estados Unidos creen que deben incluirse las referencias técnicas basadas en la evidencia científica, pero no aquellas con un carácter más político, ya que las *Directrices para los ATLC* son un documento de tipo técnico. En este sentido, proponen eliminar las dos referencias siguientes: a) «(1981): *Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna*, Ginebra: Organización Mundial de la Salud, y subsiguientes resoluciones pertinentes de la AMS sobre la alimentación de lactantes y niños pequeños]; y b) «*Código de ética para el comercio internacional de alimentos incluyendo transacciones en condiciones de favor y ayuda alimentaria (CXC 20-1979)*». Al respecto, los Estados Unidos desean señalar que los ATLC no son un sucedáneo de la leche materna y que las directrices relativas al etiquetado elaboradas indican que: a) el producto deberá utilizarse junto con la lactancia natural; y b) se recomienda la lactancia natural exclusiva durante los seis primeros meses de vida y la lactancia natural continuada hasta los dos años o más.

Por último, los Estados Unidos quieren hacer mención a las orientaciones proporcionadas en la 75.<sup>a</sup> reunión del CCEXEC (2018) sobre las referencias (REP18/EXEC2-Rev1), en particular, a la conclusión en la que se indica que los conceptos y la información técnica podrían incorporarse en el texto en lugar de hacer referencia a fuentes externas, y que las referencias deben ser elaboradas mediante un proceso transparente, ser pertinentes para el alcance de la norma y tener fundamento científico.

Estas referencias técnicas concretas se han elaborado mediante un proceso transparente y, debido a su carácter técnico, sirven para ofrecer una información más detallada que resulta necesaria para aplicar estas *Directrices*.

<p>Las ISDI proponen actualizar la fecha de publicación de la referencia «<i>Código de ética para el comercio internacional de alimentos incluyendo transacciones en condiciones de favor y ayuda alimentaria</i> (CXC 20-1979); Organización para la Alimentación y la Agricultura y Organización Mundial de la Salud». En 2021 se publicó una nueva versión de este informe y esto debería quedar reflejado en las <i>Directrices</i>.</p> <p>«Declaración conjunta de la Organización Mundial de la Salud, el Programa Mundial de Alimentos, el Comité Permanente de Nutrición del Sistema de las Naciones Unidas y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2007): <i>Community-Based Management of Severe Acute Malnutrition</i> (Tratamiento extrahospitalario de la malnutrición aguda grave); declaración conjunta de la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2009): <i>Child growth standards and the identification of severe acute malnutrition in infants and children</i> (Patrones de crecimiento infantil de la OMS e identificación de la malnutrición aguda grave en lactantes y niños), Ginebra: Organización Mundial de la Salud; Organización Mundial de la Salud (2013): <i>Directriz: Actualizaciones sobre la atención de la desnutrición aguda severa en lactantes y niños</i>, Ginebra: Organización Mundial de la Salud; <del>Organización Mundial de la Salud. (2003): <i>Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño</i>, Ginebra: Organización Mundial de la Salud;</del> Organización Mundial de la Salud [(1981): <del><i>Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna</i>, Ginebra: Organización Mundial de la Salud,</del> y subsiguientes resoluciones pertinentes de la AMS sobre la alimentación de lactantes y niños pequeños]; <i>Código de ética para el comercio internacional de alimentos incluyendo transacciones en condiciones de favor y ayuda alimentaria</i> (CXC 20-1979); Organización para la Alimentación y la Agricultura y Organización Mundial de la Salud (2016): <i>FAO/WHO Microbial safety of lipid-based ready-to-use foods for management of moderate acute malnutrition and severe acute malnutrition</i> (Informe de la FAO/OMS sobre la inocuidad microbiana de los alimentos a base de lípidos listos para el consumo destinados al tratamiento de la malnutrición aguda moderada y la malnutrición aguda grave), Roma: Organización para la Alimentación y la Agricultura.]»</p> <p>Las ISDI desean señalar que los ATLC no son sucedáneos de la leche materna y, por tanto, las ISDI cuestionan la pertinencia de la referencia a las directrices incluida en la nota 1 a pie de página: «(1981): <i>Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna</i>, Ginebra: Organización Mundial de la Salud, y subsiguientes resoluciones pertinentes de la AMS sobre la alimentación de lactantes y niños pequeños». Esta información no es específica de las <i>Directrices para los alimentos terapéuticos listos para el consumo</i> y, en consecuencia, las ISDI consideran que debería eliminarse esta oración. Las ISDI también cuestionan la siguiente referencia: «Organización Mundial de la Salud (2003): <i>Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño</i>, Ginebra: Organización Mundial de la Salud». Se trata de una referencia que no ofrece orientaciones específicas pertinentes para los fines de los ATLC.</p>	<p><b>ISDI</b></p>
<p>«Declaración conjunta de la Organización Mundial de la Salud, el Programa Mundial de Alimentos, el Comité Permanente de Nutrición del Sistema de las Naciones Unidas y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2007): <i>Community-Based Management of Severe Acute Malnutrition</i> (Tratamiento extrahospitalario de la malnutrición aguda grave); declaración conjunta de la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2009): <i>Child growth standards and the identification of severe acute malnutrition in infants and children</i> (Patrones de crecimiento infantil de la OMS e identificación de la malnutrición aguda grave en lactantes y niños), Ginebra: Organización Mundial de la Salud; Organización Mundial de la Salud (2013): <i>Directriz: Actualizaciones sobre la atención de la desnutrición aguda severa en lactantes y niños</i>, Ginebra: Organización Mundial de la Salud; Organización Mundial de la Salud (2003): <i>Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño</i>, Ginebra: Organización Mundial de la Salud;</p>	<p><b>IRUFA</b></p>

<p>Organización Mundial de la Salud [<del>(1981): Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna, Ginebra: Organización Mundial de la Salud, y subsiguientes resoluciones pertinentes de la AMS sobre la alimentación de lactantes y niños pequeños]; Código de ética para el comercio internacional de alimentos incluyendo transacciones en condiciones de favor y ayuda alimentaria (CXC 20-1979); Organización para la Alimentación y la Agricultura y Organización Mundial de la Salud (2016): FAO/WHO Microbial safety of lipid-based ready-to-use foods for management of moderate acute malnutrition and severe acute malnutrition (Informe de la FAO/OMS sobre la inocuidad microbiana de los alimentos a base de lípidos listos para el consumo destinados al tratamiento de la malnutrición aguda moderada y la malnutrición aguda grave), Roma: Organización para la Alimentación y la Agricultura.]]»</del></p> <p>Los ATLC no son sucedáneos de la leche materna y, por tanto, cuestionamos la pertinencia de la referencia a las directrices incluida en la nota 1 a pie de página: «(1981): Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna, Ginebra: Organización Mundial de la Salud, y subsiguientes resoluciones pertinentes de la AMS sobre la alimentación de lactantes y niños pequeños». Queremos señalar al respecto que esta información no es específica de las <i>Directrices para los alimentos terapéuticos listos para el consumo</i> y, en consecuencia, consideramos que debería eliminarse esta oración.</p> <p>«<sup>1</sup> Declaración conjunta de la Organización Mundial de la Salud, el Programa Mundial de Alimentos, el Comité Permanente de Nutrición del Sistema de las Naciones Unidas y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2007): <i>Community-Based Management of Severe Acute Malnutrition</i> (Tratamiento extrahospitalario de la malnutrición aguda grave); declaración conjunta de la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2009): <i>Child growth standards and the identification of severe acute malnutrition in infants and children</i> (Patrones de crecimiento infantil de la OMS e identificación de la malnutrición aguda grave en lactantes y niños), Ginebra: Organización Mundial de la Salud; Organización Mundial de la Salud (2013): <i>Directriz: Actualizaciones sobre la atención de la desnutrición aguda severa en lactantes y niños</i>, Ginebra: Organización Mundial de la Salud; Organización Mundial de la Salud (2003): <i>Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño</i>, Ginebra: Organización Mundial de la Salud; Organización Mundial de la Salud [(1981): Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna, Ginebra: Organización Mundial de la Salud, y subsiguientes resoluciones pertinentes de la AMS sobre la alimentación de lactantes y niños pequeños]; Código de ética para el comercio internacional de alimentos incluyendo transacciones en condiciones de favor y ayuda alimentaria (CXC 20-1979); Organización para la Alimentación y la Agricultura y Organización Mundial de la Salud (<del>2016</del>) (2021): FAO/WHO Microbial safety of lipid-based ready-to-use foods for management of moderate acute malnutrition and severe acute malnutrition (Informe de la FAO/OMS sobre la inocuidad microbiana de los alimentos a base de lípidos listos para el consumo destinados al tratamiento de la malnutrición aguda moderada y la malnutrición aguda grave), Roma: Organización para la Alimentación y la Agricultura.]]»</p> <p>Proponemos actualizar la fecha de publicación de la referencia «Código de ética para el comercio internacional de alimentos incluyendo transacciones en condiciones de favor y ayuda alimentaria (CXC 20-1979); Organización para la Alimentación y la Agricultura y Organización Mundial de la Salud». En 2021 se publicó una nueva versión de este informe y esto debería quedar reflejado en las <i>Directrices</i>.</p>	
<p>«Declaración conjunta de la Organización Mundial de la Salud, el Programa Mundial de Alimentos, el Comité Permanente de Nutrición del Sistema de las Naciones Unidas y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2007): <i>Community-Based Management of Severe Acute Malnutrition</i> (Tratamiento extrahospitalario de la malnutrición aguda grave);</p>	<p><b>MSF</b></p>

<p>declaración conjunta de la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2009): <i>Child growth standards and the identification of severe acute malnutrition in infants and children</i> (Patrones de crecimiento infantil de la OMS e identificación de la malnutrición aguda grave en lactantes y niños), Ginebra: Organización Mundial de la Salud; Organización Mundial de la Salud (2013): <i>Directriz: Actualizaciones sobre la atención de la desnutrición aguda severa en lactantes y niños</i>, Ginebra: Organización Mundial de la Salud; Organización Mundial de la Salud (2003): <i>Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño</i>, Ginebra: Organización Mundial de la Salud; Organización Mundial de la Salud [(1981): <i>Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna</i>, Ginebra: Organización Mundial de la Salud, y subsiguientes resoluciones pertinentes de la AMS sobre la alimentación de lactantes y niños pequeños]; <i>Código de ética para el comercio internacional de alimentos incluyendo transacciones en condiciones de favor y ayuda alimentaria</i> (CXC 20-1979); Organización para la Alimentación y la Agricultura y Organización Mundial de la Salud (2016): <i>FAO/WHO Microbial safety of lipid-based ready-to-use foods for management of moderate acute malnutrition and severe acute malnutrition</i> (Informe de la FAO/OMS sobre la inocuidad microbiana de los alimentos a base de lípidos listos para el consumo destinados al tratamiento de la malnutrición aguda moderada y la malnutrición aguda grave), Roma: Organización para la Alimentación y la Agricultura.]»</p> <p>Téngase en cuenta la nueva actualización del último documento: «<i>FAO/WHO Microbial safety of lipid-based ready-to-use foods for management of moderate acute malnutrition and severe acute malnutrition</i> (Informe de la FAO/OMS sobre la inocuidad microbiana de los alimentos a base de lípidos listos para el consumo destinados al tratamiento de la malnutrición aguda moderada y la malnutrición aguda grave)», ya que el segundo informe se publicó el 23 de febrero de 2021.</p>	
<p>Sugerimos incluir también «Organización Mundial de la Salud (2021): <i>WHO guideline on the dairy protein content in ready-to-use therapeutic foods for treatment of uncomplicated severe acute malnutrition</i> (Directrices de la OMS sobre el contenido de proteínas lácteas en los alimentos terapéuticos listos para el consumo para el tratamiento de la malnutrición aguda grave que no presenta complicaciones».</p>	<b>UNICEF</b>
<b>3. ÁMBITO DE APLICACIÓN</b>	
<p>Desearíamos que se aclarara si existen referencias disponibles para los alimentos complementarios listos para el consumo (ACLC). En caso afirmativo, rogamos que se incluyan como nota a pie de página.</p>	<b>Tailandia</b>
<b>5. MATERIAS PRIMAS E INGREDIENTES APROPIADOS</b>	
<b>5.1.2 Legumbres y semillas</b>	
<p>Sugerimos que se sustituya «no deberían» por «no deberán», puesto que las habas conllevan un peligro grave de favismo en personas propensas. El texto revisado propuesto quedaría de la siguiente forma:  «Las habas (<i>Vicia faba L.</i>) no deberán utilizarse en los ATLC, debido al peligro del favismo.»</p>	<b>Tailandia</b>
<b>5.1.3 Grasas y aceites</b>	
<p>«Las grasas y los aceites usados en la elaboración de los ATLC deben cumplir con los textos pertinentes del Codex Alimentarius. Las grasas y los aceites se incorporan en la medida en que lo permita la tecnología para aumentar la</p>	<b>UNICEF</b>

<p>densidad energética y aportar ácidos grasos esenciales. Se deben extremar las precauciones para evitar la grasa oxidada, ya que esta afecta negativamente a la nutrición, al sabor y a la conservación.»</p> <p>Un código de prácticas pertinente es el <i>Código de prácticas para reducir los ésteres de 3-monocloropropano-1,2-diol (3-MCPDE) y los ésteres glicidílicos (GE) en los aceites refinados y en los productos de aceites refinados (CXC 79-2019)</i>.</p>	
<b>5.1.5 Vitaminas y minerales</b>	
<p>Sugerimos añadir una nota al pie adicional donde se cite la referencia de la fórmula empleada para aproximar la base tampón no metabolizable.</p>	<b>Tailandia</b>
<b>5.2.1 Carbohidratos</b>	
<p>Brasil está al corriente de las cuestiones planteadas por UNICEF en relación con los problemas que plantearía limitar la adición de azúcares libres a un valor inferior al 20 % del contenido energético del producto. Por otra parte, se mencionó que los proveedores de ATLC estaban haciendo un esfuerzo por explorar posibilidades de reducción del contenido de azúcares libres. Teniendo en cuenta esto y la importancia de reducir la cantidad de azúcares libres empleados en los ATLC al mínimo nivel posible, siguiendo la línea de las directrices de la OMS de 2015 sobre la ingesta de azúcares para adultos y niños, proponemos la siguiente modificación:</p> <p>«Los carbohidratos se usan para alcanzar los requisitos relativos al contenido energético manteniendo un equilibrio con las proteínas y los lípidos. El almidón vegetal, la lactosa, la maltodextrina <del>y la sacarosa</del> <b>son</b> los carbohidratos preferidos en los ATLC. El contenido de azúcares libres debe limitarse y no debe superar el <del>20%</del> <b>10 %</b> del contenido energético total. Solo podrán añadirse almidones precocidos y/o gelatinizados. No deberán añadirse glucosa ni fructosa. Los carbohidratos deben cumplir con los textos pertinentes del Codex Alimentarius.»</p>	<b>Brasil</b>
<b>6. COMPOSICIÓN NUTRICIONAL Y FACTORES DE CALIDAD</b>	
<b>6.2 Proteínas</b>	
<p>Las proteínas de alta calidad <del>se lograrán</del> <b>podrían lograrse</b> con formulaciones de ATLC que contengan un mínimo del 50 % de proteínas procedentes de productos <del>lácteos</del> <b>lácteos o huevos</b>.</p>	<b>Benin</b>
<b>6.3 Lípidos</b>	
<p>Hemos observado incoherencias entre los valores para los ácidos grasos de la disposición 6.3 y los incluidos en el cuadro de composición nutricional de los ATLC.</p> <p>Para evitar confusiones, preferimos que todos los valores de referencia se presenten exclusivamente en el cuadro de composición nutricional de los ATLC que se incluye en el anexo. Por tanto, el texto entre corchetes debería suprimirse.</p> <p>Ahora bien, los valores para los ácidos grasos omega 6 indicados en esta sección (los mínimos no deben ser inferiores a 333 mg por cada 100 kcal y los máximos no debe ser superiores a 1110 mg por cada 100 kcal) deben sustituir los valores del cuadro.</p>	<b>Tailandia</b>

<p>Los Estados Unidos recomiendan que las <i>Directrices para los ATLC</i> reflejen el conocimiento técnico y clínico actual, de manera que los ATLC se elaboren de modo que satisfagan del mejor modo posible, gracias a diferentes aceites, las necesidades nutricionales de los niños con malnutrición aguda grave. Estas formulaciones proporcionan los ácidos grasos esenciales necesarios y se ha demostrado su estabilidad durante el período de conservación y su inocuidad con aportes de entre 333 y 110 mg de ácidos grasos omega 6 por 100 kcal y, como mínimo, 33 mg de ácidos grasos omega 3 por 100 kcal. Los intervalos de ácidos grasos esenciales incluidos en el texto entre corchetes reflejan la capacidad de producción actual de los proveedores mundiales de ATLC y permiten cumplir la recomendación de la OMS de proporcionar entre el 45 % y el 60 %% del contenido energético total en forma de lípidos. Los proveedores de ATLC han perfeccionado la fórmula actual para lograr unas proporciones de ácidos grasos omega 6:omega 3 inferiores o iguales a 4, pero que también aportan la energía necesaria procedente de las grasas y las cantidades absolutas de ácidos grasos esenciales. EE. UU. recomienda conservar el texto entre corchetes, ya que prevé un intervalo de ácidos grasos esenciales suficiente para poder cubrir las necesidades absolutas de ácidos grasos esenciales a la vez que ofrece una flexibilidad que permite ajustar las proporciones de ácidos grasos omega 6:omega 3 del producto a la aparición de nueva evidencia clínica relativa a las necesidades de ácidos grasos omega 3 de cadena larga y a la evolución de la capacidad técnica. En opinión de EE. UU., una vez que se conozcan las necesidades o los beneficios de los ácidos grasos omega 3 de cadena larga en los niños con malnutrición aguda grave por medio de estudios de intervención bien diseñados, la adición directa de DHA/EPA será el mejor enfoque para elaborar ATLC en lugar de depender de la conversión a partir de los ácidos grasos omega 3 de cadena corta.</p>	<p><b>EE. UU.</b></p>
<p><b>Segundo párrafo (texto entre corchetes)</b></p>	
<p>Brasil considera adecuada la siguiente oración entre corchetes:</p> <p>«El nivel de ácido linoleico no deberá ser menor de 333 mg por cada 100 kcal ni mayor de 1110 mg por cada 100 kcal. El nivel de ácido alfa-linolénico no deberá ser menor de 33 mg/100 kcal.»</p>	<p><b>Brasil</b></p>
<p>Canadá ha tomado nota de las opiniones divergentes expresadas en el debate informal sobre las modificaciones propuestas para las necesidades de ácidos grasos esenciales en los ATLC.</p> <p>Teniendo en cuenta el conocimiento actual sobre el metabolismo de los ácidos grasos, Canadá considera que las modificaciones propuestas en el LA (y el ALA) probablemente resultarán beneficiosas para el nivel de DHA. Sin embargo, el informe de expertos no contiene una evidencia clara que confirme que los niveles concretos de LA y ALA propuestos mejoren realmente el nivel de DHA en comparación con los ATLC convencionales. En este sentido, los conocimientos necesarios para definir la formulación óptima siguen siendo muy escasos.</p> <p>Aun así, Canadá respalda las modificaciones en la formulación propuestas por UNICEF, puesto que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la formulación actual de los ATLC resulta inapropiada en gran medida para el nivel de DHA y el desarrollo neurológico;</li> <li>- las modificaciones propuestas pueden introducir mejoras en el nivel de DHA, siendo muy improbable que resulten nocivas en comparación con la formulación actual de los ATLC; y</li> <li>- la obtención de la evidencia científica para determinar los niveles óptimos exactos de LA y ALA puede llevar varios años más.</li> </ul>	<p><b>Canadá</b></p>

<p>En resumen, Canadá respalda los niveles propuestos para los ácidos grasos omega 6 (mínimo: 330 mg/100 kcal y máximo: 780 mg/100 kcal) y los ácidos grasos omega 3 (mínimo: 110 mg/100 kcal).</p>	
<p><del>[El E]</del> nivel de ácido linoleico no deberá ser menor de 333 <del>346</del> mg por cada 100 kcal ni mayor de 1110 mg por cada 100 kcal. El nivel de ácido alfa-linolénico no deberá ser menor de 33 mg/100 kcal.].  Concordamos con la propuesta de 333 mg por cada 100 kcal</p>	<p><b>Paraguay</b></p>
<p>En su recomendación de 2004, la OMS establece una ingesta de nutrientes de referencia (RNI) de 60 mg/día para la franja de edad de 1 a 3 años y de 76 mg/día para la franja de edad de 4 a 6 años (una porción relativa de 0,05 mg/kcal/día y de 0,04 mg/kcal/día, respectivamente). Por tanto, los EAU sugieren que el mínimo se fije en 15 mg/100 kcal y el máximo, en 45 mg/100 kcal.</p> <p>Los EAU apoyan la propuesta presentada en el documento de debate basada en la evidencia. Los EAU también consideran que, puesto que los niveles de ácido linoleico y alfa-linolénico ya se indican en el anexo, no resulta necesario repetirlos en esta sección. En consecuencia, los EAU proponen las siguientes modificaciones:  «Los lípidos deben aportar entre el 45 % y el 60 % de la energía total.  [El nivel de ácido linoleico no deberá ser menor de 333 mg 316 mg por cada 100 kcal ni mayor de 1110 mg por cada 100 kcal. El nivel de ácido alfa-linolénico se indica en el anexo “Composición nutricional de los ATLC”. no deberá ser menor de 33 mg/100 kcal.]»</p>	<p><b>EAU</b></p>
<p>«[El nivel de ácido linoleico no deberá ser menor de 333 <del>346</del> mg por cada 100 kcal ni mayor de 1110 mg por cada 100 kcal. El nivel de ácido alfa-linolénico no deberá ser menor de 33 mg/100 kcal.]»</p> <p>A la hora de establecer el nivel de ácidos grasos esenciales (AGE), deben tenerse en cuenta las conclusiones del documento de debate informal sobre estos ácidos grasos en los ATLC.</p> <p>Resulta necesario también definir la dosis y la proporción de AGE para lograr un buen índice de conversión en DHA y mejorar el metabolismo de los AGPI-CL en los niños que se recuperen de una situación de malnutrición aguda grave.</p> <p>También podría considerarse la opción de usar el DHA de aceites de pescado (y su efecto beneficioso para el desarrollo cognitivo) o de aceites de algas.</p> <p>MSF desea hacer hincapié en la necesidad de realizar un análisis de la disponibilidad de los ingredientes que necesitan los fabricantes locales para cumplir las futuras recomendaciones, ya que queremos asegurarnos de que todos los fabricantes tengan acceso a estos ingredientes. Los nuevos valores propuestos no deben suponer un obstáculo para los fabricantes locales, ya que estos desempeñan una función importante en el suministro de ATLC y, por otra parte, es necesario dar un tiempo suficiente para la aplicación de los nuevos requisitos.</p>	<p><b>MSF</b></p>
<p>«<del>[El E]</del> nivel de ácido linoleico <del>no deberá ser menor de 333 y 316 mg por cada 100 kcal ni mayor de 1110 mg por cada 100 kcal. El nivel de</del> ácido alfa-linolénico <del>no deberá ser menor de 33 mg/100 kcal.] se menciona en el anexo “Composición nutricional de los ATLC”.»</del></p> <p>Las ISDI desean señalar que en el GTE de 2020 y 2021 sobre los ATLC se presentó evidencia que respaldaba la modificación de estos valores y se deliberó sobre esta. En este sentido, las ISDI también desean recordar las observaciones que formularon al respecto. Desde el punto de vista científico, las ISDI apoyan la propuesta presentada en</p>	<p><b>ISDI</b></p>



<p>el documento de debate basada en la evidencia. Sin embargo, las ISDI consideran que la evidencia presentada debe complementarse con una evaluación de la disponibilidad (desarrollo de los sectores agrícolas locales) y la calidad de las materias primas que permitirían cumplir estas recomendaciones. Puesto que esta tarea aún no se ha realizado, las especificaciones actuales de la declaración conjunta<sup>1</sup> pueden incluirse en una nota al pie que explique esta transición.</p> <p>También cabe indicar que, a pesar de la escasa probabilidad de que se use aceite de pescado, este puede incluirse en las <i>Directrices</i>, puesto que no consta ninguna prohibición al respecto. En caso de que el Comité decida modificar el perfil de nutrientes para incluir unos niveles mayores de AGPI, las ISDI desean señalar que el aceite de pescado puede contener hasta 6000 mg de tocoferol por kg.</p> <p>Las ISDI también consideran que, puesto que los niveles de ácido linoleico y alfa-linolénico ya se indican en el anexo, no resulta necesario repetirlos en esta sección.</p> <p><sup>1</sup> Declaración conjunta de la Organización Mundial de la Salud, el Programa Mundial de Alimentos, el Comité Permanente de Nutrición del Sistema de las Naciones Unidas y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2007). Hasta que se lleve a cabo la evaluación de la disponibilidad (desarrollo de los sectores agrícolas locales) y la calidad de las materias primas que permitan cumplir estas recomendaciones, se permite un máximo de 1111 mg/100 kcal para los ácidos grasos omega 6 y un mínimo de 33 mg/100 kcal para los ácidos grasos omega 3, de conformidad con la Declaración conjunta de la Organización Mundial de la Salud, el Programa Mundial de Alimentos, el Comité Permanente de Nutrición del Sistema de las Naciones Unidas y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2007).</p>	
<p>UNICEF propone que el texto relativo a los ácidos grasos linoleico (omega 6) y linolénico (omega 3) quede del modo siguiente: «El nivel de ácido linoleico no deberá ser menor de 280 mg por cada 100 kcal ni mayor de 800 mg por cada 100 kcal. El nivel de ácido alfa-linolénico no deberá ser menor de 110 mg/100 kcal ni mayor de 280 mg por cada 100 kcal.»</p> <p>UNICEF encargó un informe sobre este tema. Dicho documento se puede consultar en la página del grupo de debate informal: <a href="https://forum.codex-alimentarius.net/viewforum.php?f=305&amp;sid=bf04bafd7ff90cc8c4bd0950b8f2c302">https://forum.codex-alimentarius.net/viewforum.php?f=305&amp;sid=bf04bafd7ff90cc8c4bd0950b8f2c302</a></p> <p>En la actualidad, la OMS está llevando a cabo una revisión del contenido de AGE en los ATLC, donde se hace referencia a la importancia de AGE como el DHA en la población con malnutrición aguda grave. Se ha demostrado que los suplementos de DHA aumentan eficazmente los niveles de DHA en sangre en niños con malnutrición aguda grave (véase al respecto Jones <i>et al.</i> [2015], en <i>BMC Medicine</i>, 13:93). Además, la FAO recomienda unos niveles de DHA de 10 a 12 mg/kg/día para la franja de edad de 6 a 24 meses y de 100 a 200 mg/día para la franja de edad de 2 a 4 años (véase FAO [2010]: <i>Grasas y ácidos grasos en nutrición humana: Consulta de expertos</i>; Roma, <a href="http://www.fao.org/3/i1953s/i1953s.pdf">http://www.fao.org/3/i1953s/i1953s.pdf</a>).</p>	UNICEF
<p>«[El nivel de ácido linoleico y <del>no deberá ser menor de 333-316 mg por cada 100 kcal ni mayor de 1110 mg por cada 100 kcal. El nivel de</del> ácido alfa-linolénico <del>no deberá ser menor de 33 mg/100 kcal.] se indica en el anexo.]»</del></p> <p>Puesto que los niveles de ácido linoleico y alfa-linolénico ya se indican en el anexo, no resulta necesario ofrecer información más detallada en esta sección.</p>	IRUFA



<b>11. ENVASADO</b>	
Los materiales de envasado deberán estar fabricados únicamente con sustancias que sean inocuas y adecuadas para el uso al que se destinan [en la versión francesa del texto, Benin sugiere una corrección que solo afecta a la sintaxis de la oración en francés]. En los casos en que la Comisión del Codex Alimentarius haya establecido una norma para cualquier sustancia utilizada como material de envasado, deberá aplicarse esa norma.	<b>Benin</b>
<b>12. ETIQUETADO</b>	
Los Estados Unidos siguen respaldando el texto actual sobre el etiquetado.	<b>EE. UU.</b>

<b>ANEXO</b>	
La UE no está en disposición de presentar observaciones detalladas sobre los requisitos de composición específicos de los ATLC, puesto que la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria no ha proporcionado asesoramiento científico sobre estos.  La UE sigue convencida de que la composición de los ATLC debería basarse, en primer lugar, en los documentos de la OMS pertinentes (y en sus futuras modificaciones) y en el asesoramiento de UNICEF, la OMS, el Programa Mundial de Alimentos y ONG con una dilatada experiencia en este campo.	<b>Unión Europea</b>

<b>Ácidos grasos omega 6</b>	
«[1111] e-[780]»	<b>Brasil</b>
«[1111] e-[780]780»	<b>Canadá</b>
<p><u>Ácidos grasos omega 6</u>Mínimo:330 Máximo: (1111)Ácidos grasos omega 3Mínimo: (33) o () Máximo: 280</p> <p>Teniendo en cuenta la resolución 2350 de 2020, se toma de referencia la formula terapéutica lista para consumo; por cada 100g aporta entre 520 – 550kcal, además establece porcentajes de ácidos grasos esenciales</p> <p>Omega-6: 3% – 10% de energía total</p> <p>Por lo tanto, se realizaron las siguientes conversiones</p> <p>550kcal ----- 6.110 mg omega-6 100kcal            x</p> <p>= 1 110,9mg Omega-6</p>	<b>Colombia</b>

<p>Omega-3: 0,3% – 2,5% de energía total</p> <p>=1,56kcal / 9g/kg = 0,173g = 173 mg omega-3</p> <p>520 kcal ----- 173 mg omega-3 100 kcal            x</p> <p>= 33,3 mg Omega-3</p> <p>Teniendo en cuenta lo anterior se decide:</p> <p>Omega-6: rango máximo de 1111mg/100kcal y Omega-3: rango mínimo de 33mg/100 kcal</p>	
<p>La mayoría de los estudios han demostrado que la proporción adecuada de ácidos grasos omega 6:omega 3 para el tratamiento de los niños con malnutrición aguda grave es de, aproximadamente, 10:1 y, por tanto, Irán apoya los siguientes valores: 1111 mg/100 kcal como máximo para los ácidos grasos omega 6 y 33 mg/100 kcal como mínimo para los ácidos grasos omega 3.</p> <p>[1111] o [780]</p> <p>1111</p>	<b>Irán</b>
<p>Acordamos con la disminución del valor máximo para Omega 6 como también aumentar el nivel mínimo de Omega 3. De igual manera consideramos adecuado a duplicar los valores del Magnesio.</p>	<b>Paraguay</b>
<p>El nivel mínimo hipotético para los ácidos grasos omega 3 y el nivel máximo hipotético para los ácidos grasos omega 6 podría dar lugar, en teoría, a una proporción de ácidos grasos omega 6:omega 3 de 1,2:1. Se trata de una proporción con un valor sumamente bajo que se desvía sustancialmente de lo dispuesto en las directrices para la nutrición en las primeras etapas de la vida adoptadas por las autoridades:</p> <p>Proporciones entre LA y ALA recomendadas por los organismos competentes: en ausencia de datos sobre criterios de valoración funcionales o clínicos, las recomendaciones nutricionales relativas a las proporciones entre LA y ALA en los preparados para lactantes nacidos a término se han establecido entre 5:1 y 15:1. Por otra parte, se ha revisado la influencia de la proporción LA:ALA de los preparados para lactantes sobre los niveles de ARA y DHA: no se recomienda una proporción LA:ALA superior a 15:1 ni inferior a 4:1, ya que esto conllevaría un nivel de ARA significativamente inferior al de los lactantes amamantados<sup>1</sup>. La mayoría de las autoridades, como el Codex<sup>2, 3</sup>, recomiendan una proporción LA:ALA de 5:1 a 15:1 para los lactantes de más edad y los niños pequeños. Esta proporción se basa en la proporción LA:ALA de la leche materna, que es, como promedio, de 12:1<sup>4</sup>. La ESPGHAN recomienda una proporción LA:ALA de entre 5:1 y 15:1 para la alimentación enteral de los lactantes prematuros<sup>5</sup>, basándose en los niveles presentes en la leche materna, y de 8:1 para la alimentación parenteral de los lactantes prematuros con emulsiones lipídicas<sup>6</sup>, basándose en las cantidades mínimas de LA y ALA necesarias para evitar carencias de lípidos. La necesidad mínima de lípidos esenciales para el LA es del 4 % de la ingesta energética y para el ALA, del 0,5 % de la ingesta energética (proporción de 8:1).<sup>7</sup></p>	<b>EU Specialty Food Ingredients</b>

Al calcular la proporción teórica de ácidos grasos omega 6:omega 3 usando los valores entre corchetes para el nivel mínimo de ácidos grasos omega 3 y el nivel máximo de ácidos grasos omega 6, junto con los valores ya acordados, los resultados muestran que muchas de las opciones dan lugar a una proporción no recomendada por los organismos competentes (véase el siguiente cuadro):

	Mín. LA 330	Máx. LA 1111	Máx. LA 780
Mín. ALA 33	10:1	33,7:1	23,6:1
Mín. ALA 110	3:1	10,1:1	7,1:1
Máx. ALA 280	1,2:1	4:1	2,8:1

Además, el nivel mínimo propuesto para los ácidos grasos omega 6 (330 mg/100 kcal) ya es inferior al recomendado para la población sana (el 4 % de la ingesta energética cubierto por los ácidos grasos omega 6 equivaldría a 444 mg de ácidos grasos omega 6 por cada 100 kcal en los ATLC, suponiendo el contenido energético mínimo, y de 470 mg/100 kcal en los ATLC suponiendo el contenido energético máximo).

Teniendo esto en cuenta, consideramos crucial para la salud de los niños con malnutrición aguda grave incluir una proporción en las *Directrices* con el fin de evitar unas formulaciones con una proporción de ácidos grasos omega 6:omega 3 poco saludable. En nuestra opinión, también sería acertado reducir el nivel máximo de ácidos grasos omega 6 a 780 mg/100 kcal y aumentar el nivel mínimo de ácidos grasos omega 3 a 55 mg/100 kcal, que parece ajustarse más a las recomendaciones recientes. Aunque los ATLC se administren durante un período de tiempo breve, es fundamental dar a estos niños las máximas oportunidades desde que reciban los ATLC.

1. Clark. *J Pediatr*, 1992.
2. PROGRAMA CONJUNTO FAO/OMS SOBRE NORMAS ALIMENTARIAS, cuadragésimo tercer período de sesiones de la COMISIÓN DEL CODEX ALIMENTARIUS, sede de la FAO, Roma (Italia), 6-11 de julio de 2020: INFORME DE LA 41.ª REUNIÓN DEL COMITÉ DEL CODEX SOBRE NUTRICIÓN Y ALIMENTOS PARA RÉGIMENES ESPECIALES, Düsseldorf (Alemania), 24-29 de noviembre de 2019.
3. *DIRECTRICES SOBRE PREPARADOS ALIMENTICIOS COMPLEMENTARIOS PARA LACTANTES DE MÁS EDAD Y NIÑOS PEQUEÑOS* del Codex (CXG 8-1991)
4. Gibson: *Essential Fatty Acids and Eicosanoids*. Editado por A. Sinclair y R. Gibson; American Oil Chemists Society, Champaign (Illinois, EE. UU.), 1993.
5. Agostini *et al. JPGN*, 2010.
6. ESPGHAN/ESPEN/ESPR/CSPEN guidelines on pediatric parenteral nutrition: *Lipids. Clin Nutr*, 2018.
7. EFSA: <https://efsa.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.2903/j.efsa.2010.1461>.

«[1111] e-[780] o

Desde el punto de vista científico, apoyamos la propuesta presentada en el documento de debate basada en la evidencia, así como la revisión de expertos. Sin embargo, consideramos que la evidencia presentada debe complementarse con una evaluación de la disponibilidad (desarrollo de los sectores agrícolas locales) y la calidad de las materias primas que permitirían cumplir estas recomendaciones. Puesto que esta tarea aún no se ha realizado, podrían mantenerse las especificaciones actuales de la declaración conjunta (de la Organización Mundial de la Salud, el Programa Mundial de Alimentos, el Comité Permanente de Nutrición del Sistema de las Naciones Unidas y el Fondo de las Naciones Unidas para

**IRUFA**

<p>la Infancia). Al respecto, debería añadirse una nota al pie bajo esta sección del cuadro donde se explicara esta transición: «debe llevarse a cabo una evaluación de la disponibilidad (desarrollo de los sectores agrícolas locales) y la calidad de las materias primas que permitirían cumplir estas recomendaciones. Hasta que se realice esta evaluación, se acuerda un rango de tolerancia para el nivel máximo de ácidos grasos omega 6 (1111 mg/100 kcal) y el nivel mínimo de ácidos grasos omega 3 (33 mg/100 kcal), de conformidad con la Declaración conjunta de la Organización Mundial de la Salud, el Programa Mundial de Alimentos, el Comité Permanente de Nutrición del Sistema de las Naciones Unidas y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2007)».</p>	
<p>UNICEF propone que los niveles mínimos y máximos para los ácidos grasos omega 6 y omega 3 se modifiquen con vistas a favorecer la producción endógena de ácidos grasos esenciales (en concreto, DHA). Las modificaciones propuestas son las siguientes: 1. Ácidos grasos omega 6/LA: 3-10 % del contenido energético total; mínimo: 280 mg/100 kcal; máximo: 800 mg/100 kcal. 2. Ácidos grasos omega 3/ALA: 0,3-2,5 % del contenido energético total; mínimo: 110 mg/100 kcal; máximo: 280 mg/100 kcal.</p> <p>La OMS está llevando a cabo en la actualidad una revisión del contenido de AGE en los ATLC y está examinando la importancia de los AGE, como el DHA, en la población con malnutrición aguda grave. Se ha demostrado que los suplementos de DHA aumentan eficazmente los niveles de DHA en sangre en niños con malnutrición aguda grave (véase al respecto el artículo científico de Jones <i>et al.</i> [2015], en <i>BMC Medicine</i>, 13:93). Además, la FAO recomienda unos niveles de DHA de 10 a 12 mg/kg/día para la franja de edad de 6 a 24 meses y de 100 a 200 mg/día para la franja de edad de 2 a 4 años (véase FAO [2010]: <i>Grasas y ácidos grasos en nutrición humana: Consulta de expertos</i>; Roma, <a href="http://www.fao.org/3/i1953s/i1953s.pdf">http://www.fao.org/3/i1953s/i1953s.pdf</a>).</p>	<p><b>UNICEF</b></p>

<p><b>Ácidos grasos omega 3</b></p>	
<p>«[33] o [110]»</p>	<p><b>Brasil</b></p>
<p>«[33] o [110]»</p>	<p><b>Canadá</b></p>
<p>«[33] o [110]» 33</p>	<p><b>Irán</b></p>
<p>Los niveles mínimos y máximos para la composición nutricional de los ATLC deben cumplir los valores de referencia de la Declaración conjunta de la Organización Mundial de la Salud, el Programa Mundial de Alimentos, el Comité Permanente de Nutrición del Sistema de las Naciones Unidas y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2007). Por tanto, sugerimos los siguientes valores de referencia:</p> <p>El nivel mínimo debe ser de 33 mg/100 kcal. El nivel máximo debe ser de 280 mg/100 kcal.</p>	<p><b>Tailandia</b></p>
<p>Tal como hemos mencionado en una observación previa, consideramos crucial para la salud de los niños con malnutrición aguda grave incluir una proporción en las <i>Directrices</i> con el fin de evitar unas formulaciones con una proporción de ácidos grasos omega 6:omega 3 poco saludable. En nuestra opinión, también sería acertado reducir el nivel máximo de ácidos</p>	<p><b>EU Specialty Food Ingredients</b></p>

<p>grasos omega 6 a 780 mg/100 kcal y aumentar el nivel mínimo de ácidos grasos omega 3 a 55 mg/100 kcal, que parece ajustarse más a las recomendaciones recientes. Aunque los ATLC se administren durante un período de tiempo breve, es fundamental dar a estos niños las máximas oportunidades desde que reciban los ATLC.</p>	
<p>Tal como se indicó en el informe de la revisión de expertos de 2021 titulado «Expert advice on minimum and maximum limits for essential fatty acid levels in Ready to Use Therapeutic Food (RUTF)» (asesoramiento especializado sobre los límites mínimos y máximos de los niveles de ácidos grasos esenciales en los alimentos terapéuticos listos para el consumo [ATLC]), preparado por el Dr. Andrea T Hsieh, «la mejora del nivel de DHA puede lograrse de dos modos: reduciendo los niveles altos de LA en el régimen alimentario o con el consumo de DHA preformado». La GOED es consciente de que las fuentes de DHA y EPA pueden incrementar el coste de los ATLC, pero, dada la escasa evidencia científica disponible para determinar los niveles óptimos de ácidos linoleico y alfa-linolénico en los ATLC, tiene sentido incluir la opción de proporcionar DHA preformado (y, de manera predeterminada, EPA si la fuente es aceite de pescado). Por este motivo, la GOED recomienda incluir el siguiente texto del informe de la revisión de expertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• «Consideración de aporte de DHA preformado de 20-100 mg/100 g</li> <li>• Consideración de aporte de EPA preformado, que no deberá superar el de DHA»</li> </ul> <p>La GOED está al corriente de la presentación, el mes pasado, de un manuscrito que respalda los beneficios de añadir DHA a los ATLC con vistas a su publicación. En caso de que el manuscrito se acepte antes de que comience la 42.ª reunión del CCNFSDU, la GOED informará de los correspondientes resultados.</p>	<p><b>GOED</b></p>
<p>«[33] o <del>[110]</del>»</p> <p>Desde el punto de vista científico, apoyamos la propuesta presentada en el documento de debate basada en la evidencia, así como la revisión de expertos. Sin embargo, consideramos que la evidencia presentada debe complementarse con una evaluación de la disponibilidad (desarrollo de los sectores agrícolas locales) y la calidad de las materias primas que permitirían cumplir estas recomendaciones. Puesto que esta tarea aún no se ha realizado, podrían mantenerse las especificaciones actuales de la declaración conjunta (de la Organización Mundial de la Salud, el Programa Mundial de Alimentos, el Comité Permanente de Nutrición del Sistema de las Naciones Unidas y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia). Al respecto, debería añadirse una nota al pie bajo esta sección del cuadro donde se explicara esta transición: «debe llevarse a cabo una evaluación de la disponibilidad (desarrollo de los sectores agrícolas locales) y la calidad de las materias primas que permitirían cumplir estas recomendaciones. Hasta que se realice esta evaluación, se acuerda un rango de tolerancia para el nivel máximo de ácidos grasos omega 6 (1111 mg/100 kcal) y el nivel mínimo de ácidos grasos omega 3 (33 mg/100 kcal), de conformidad con la Declaración conjunta de la Organización Mundial de la Salud, el Programa Mundial de Alimentos, el Comité Permanente de Nutrición del Sistema de las Naciones Unidas y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2007)».</p>	<p><b>IRUFA</b></p>

<p><b>Magnesio</b></p>	
<p>«[15] <del>o</del> <del>[30]</del>» «[45] o <del>[90]</del>»</p>	<p><b>Brasil</b></p>

<p>Canadá apoya las recomendaciones realizadas por UNICEF en el debate informal, en las que sugiere conservar los niveles inferiores para el magnesio, en línea con lo señalado en el informe conjunto de 2007, puesto que las recomendaciones actuales sobre la ingesta dietética no avalan los niveles superiores para el magnesio propuestos con vistas a lograr una proporción Ca:Mg de 2:1.</p> <p>«[15] o [30]15» «[45] o [90]45»</p>	<p><b>Canadá</b></p>
<p><u>Magnesio: Mínimo: (15) o ( ) Máximo: (45) o ( )</u></p> <p>De acuerdo con la normativa colombiana, se sustenta de acuerdo con la resolución 2350 de 2020, donde establece la composición de la formula terapéutica lista para consumo por cada 100g, aportando de 520 – 550 kcal y de magnesio 80 a 140 mg.</p> <p>Magnesio FTLC 520 Kcal ----- 80mg magnesio 100 kcal x</p> <p>= 15,4 mg magnesio FTLC 550 kcal ----- 140 mg magnesio 100 kcal x</p> <p>= 25,45 mg magnesio</p> <p>De lo anterior se decide: Rango mínimo: 15mg/100kcal Rango máximo: 45mg/100 kcal</p>	<p><b>Colombia</b></p>
<p>-«[15] o [30]15» «[45] o [90]45»</p>	<p><b>Egipto</b></p>
<p>Puesto que el calcio y el magnesio compiten en la absorción, la proporción de calcio:magnesio desempeña un papel importante en la mejora de la absorción de estos minerales. Los niveles de calcio y magnesio en la sangre de los niños con malnutrición grave son inferiores a los valores normales y, por tanto, debería tenerse en cuenta la proporción adecuada entre estos dos minerales en los alimentos terapéuticos listos para el consumo (ATLC). En las <i>Directrices sobre preparados alimenticios complementarios para lactantes de más edad y niños pequeños</i> (CXG 8-1991), esta proporción se ha establecido en 8,3:1.</p> <p>En consecuencia, Irán prefiere un nivel mínimo de 15 mg/100 kcal y un nivel máximo de 45 mg/100 kcal.</p> <p>«[15] o [30]» 15 «[45] o [90]»</p>	<p><b>Irán</b></p>

45	
<p>Los niveles mínimos y máximos para la composición nutricional de los ATLC deben cumplir los valores de referencia de la Declaración conjunta de la Organización Mundial de la Salud, el Programa Mundial de Alimentos, el Comité Permanente de Nutrición del Sistema de las Naciones Unidas y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2007). Por tanto, sugerimos los siguientes valores de referencia:</p> <p>Mínimo = 15 mg/100 kcal Máximo = 45 mg/100 kcal</p>	<b>Tailandia</b>
<p>Los Estados Unidos desean señalar que el magnesio desempeña una función esencial en el metabolismo secundario, concretamente, en los procesos de transporte iónico que favorecen la absorción celular de calcio y fósforo. Los niveles de calcio y fósforo se han incrementado en el proyecto de <i>Directrices para los ATLC</i> con el fin de promover el crecimiento acelerado de compensación y el crecimiento óseo. El correspondiente aumento de los niveles de magnesio hasta los propuestos en el texto entre corchetes permitirá una proporción calcio:fósforo:magnesio favorable que mejore los niveles de absorción tanto del calcio como del fósforo. En consecuencia, los Estados Unidos apoyan el incremento propuesto para el magnesio hasta un mínimo de 30 mg/100 kcal (desde los 15 mg/100 kcal actuales) y un máximo de 45 mg/100 kcal (desde los 45 mg/100 kcal actuales).</p>	<b>EE. UU.</b>
<p>En la 40.<sup>a</sup> reunión del CCNFSDU, de 2018, hubo un amplio respaldo entre los miembros del GTF a la conservación de los valores actuales para los minerales especificados en la Declaración conjunta de 2007, con la excepción de los valores máximos para el potasio, el calcio y el magnesio con el fin de permitir una variedad de materias primas. Esta modificación incrementó los valores máximos para el magnesio aproximadamente en un 68 %.</p> <p>Valores que se acordaron en el CCNFSDU en 2018: Mínimo 80 mg/100 g (15 mg/100 kcal) Máximo 235 mg/100 g (45 mg/100 kcal) Referencia: documento CRD 28 de la reunión del CCNFSDU de 2018</p> <p>En una importante publicación científica de Hother <i>et al.</i> (2016), se midió el nivel de magnesio sérico antes y después del tratamiento con F100 (el ATLC se basa en esta formulación), con unos niveles de magnesio de 15-26 mg/100 kcal. En el momento del ingreso, los niveles medios de magnesio sérico del 13 % de los niños eran inferiores a los valores normales específicos para la edad, y el 49 % de los niños presentaba unos niveles superiores a los valores normales específicos para la edad. En el momento del alta, el 83 % de los niños presentaba unos niveles de magnesio superiores al intervalo normal.</p> <p>Teniendo en cuenta los datos citados, parece que los niveles convenidos en los debates de la reunión del CCNFSDU de 2018 acerca de las <i>Directrices para los ATLC</i> son adecuados para restituir los niveles de magnesio en la mayoría de los niños con malnutrición aguda grave que reciban ATLC.</p> <p>Por tanto, UNICEF apoya lo siguiente: Magnesio: Mínimo</p>	<b>UNICEF</b>

<p>80 mg/100 g (15 mg/100 kcal) Máximo 235 mg/100 g (45 mg/100 kcal)</p> <p>Hubo un amplio respaldo entre los miembros del GTF a la conservación de los valores actuales para los minerales especificados en la Declaración conjunta de 2007, con la excepción de los valores máximos para el potasio, el calcio y el magnesio con el fin de permitir una variedad de materias primas. Esta modificación incrementó los valores máximos para el magnesio aproximadamente en un 68 %. Valores que se acordaron en el CCNFSDU en 2018: mínimo: 80 mg/100 g (15 mg/100 kcal); máximo: 235 mg/100 g (45 mg/100 kcal) (referencia: documento CRD 28 de la reunión del CCNFSDU de 2018). En una importante publicación científica de Hother <i>et al.</i> (2016), se midió el nivel de magnesio sérico antes y después del tratamiento con F100 (el ATLC se basa en esta formulación), con unos niveles de magnesio de 15-26 mg/100 kcal. En el momento del ingreso, los niveles medios de magnesio sérico del 13 % de los niños eran inferiores a los valores normales específicos para la edad, y el 49 % de los niños presentaba unos niveles superiores a los valores normales específicos para la edad. En el momento del alta, el 83 % de los niños presentaba unos niveles de magnesio superiores al intervalo normal. Teniendo en cuenta los datos citados, parece que los niveles convenidos en los debates de la reunión del CCNFSDU de 2018 acerca de las <i>Directrices para los ATLC</i> son adecuados para restituir los niveles de magnesio en la mayoría de los niños con malnutrición aguda grave que reciban ATLC. Por tanto, UNICEF apoya lo siguiente: Magnesio: nivel mínimo de 80 mg/100 g (15 mg/100 kcal); nivel máximo de 235 mg/100 g (45 mg/100 kcal).</p>	
<p><del>«[15] o [30]15»</del></p> <p>En su recomendación de 2004, la OMS establece una ingesta de nutrientes de referencia (RNI) de 60 mg/día para la franja de edad de 1 a 3 años y de 76 mg/día para la franja de edad de 4 a 6 años (una porción relativa de 0,05 mg/kcal/día y de 0,04 mg/kcal/día, respectivamente). Por tanto, las ISDI comprenden que hayan surgido preocupaciones acerca de la posibilidad de que los valores mínimos sugeridos sean demasiado bajos. Sin embargo, no existe ninguna evidencia científica sobre los requisitos específicos para el tratamiento de la malnutrición aguda grave. Por tanto, las ISDI sugieren que el mínimo se fije en 15 mg/100 kcal y el máximo, en 45 mg/100 kcal.</p> <p><del>«[45] o [90]45»</del></p> <p>En su recomendación de 2004, la OMS establece una ingesta de nutrientes de referencia (RNI) de 60 mg/día para la franja de edad de 1 a 3 años y de 76 mg/día para la franja de edad de 4 a 6 años (una porción relativa de 0,05 mg/kcal/día y de 0,04 mg/kcal/día, respectivamente). Por tanto, las ISDI comprenden que hayan surgido preocupaciones acerca de la posibilidad de que los valores mínimos sugeridos sean demasiado bajos. Sin embargo, no existe ninguna evidencia científica sobre los requisitos específicos para el tratamiento de la malnutrición aguda grave. Por tanto, las ISDI sugieren que el mínimo se fije en 15 mg/100 kcal y el máximo, en 45 mg/100 kcal.</p>	ISDI
<p>«[15] o [30]»</p> <p>No tenemos conocimiento de que exista una evidencia científica que avale la necesidad de modificar el contenido de magnesio en los ATLC destinados a los niños con malnutrición aguda grave.</p> <p>«[45] o [90]»</p>	IRUFA



No tenemos conocimiento de que exista una evidencia científica que avale la necesidad de modificar el contenido de magnesio en los ATLC destinados a los niños con malnutrición aguda grave.	
--	--