

الملحق ٢

خطة التنفيذ الشاملة بشأن تغذية الأمهات والرضع وصغار الأطفال^١

[ج ١١/٦٥ - ٢٦ نيسان/ أبريل ٢٠١٢
وج ١١/٦٥ تصويب ١ - ١١ أيار/ مايو ٢٠١٢]

الأسباب المنطقية

تحديات التغذية العالمية تتسم بتعدد جوانبها

١- يُعد حصول الإنسان على القدر الكافي من المُغذّيات منذ السنوات الأولى من عمره، أمراً حاسماً لضمان نموه الجسماني والعقلي وتمتعته بالصحة على المدى الطويل. وقد أدى عدم توفّر الغذاء ذي الجودة التغذوية الكافية أو عدم إمكانية الحصول عليه، أو التعرض لظروف تعوق امتصاص الجسم واستفادته من المُغذّيات، إلى إصابة قطاع كبير من السكان في العالم بنقص التغذية، أو عوز الفيتامينات والمعادن، أو زيادة الوزن والبدانة، مع وجود تباينات كبيرة بين المجموعات السكانية. وعادة ما تتزامن هذه الظروف وترتبط ببعضها البعض.

٢- وينتشر منسب كتلة الجسم المنخفض وقصر القامة انتشاراً واسعاً بين الأمهات في البلدان المنخفضة الدخل، ويُسفر عن ضعف نمو الأجنة، وزيادة احتمالات حدوث مضاعفات الحمل، وضرورة اللجوء إلى معينات الولادة^٢. وفي بعض بلدان جنوب وسط آسيا، يقل عن ١٤٥ سم طول نسبة تزيد عن ١٠٪ من النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ٤٩ عاماً. وفي أفريقيا جنوب الصحراء، وجنوب وسط وجنوب شرق آسيا، تزيد عن ٢٠٪ نسبة النساء اللاتي يقل منسب كتلة الجسم لديهن عن ١٨,٥ كلغ/م^٢، في حين ترتفع هذه النسبة إلى ٤٠٪ في بنغلاديش وإريتريا والهند. وفي المقابل، فإن نسبة النساء اللواتي يبدأن الحمل بمنسب كتلة جسم يتجاوز ٣٠ كلغ/م^٢ في تزايد، ويُسفر ذلك عن حدوث مضاعفات الحمل والولادة ويؤدي إلى زيادة الوزن عند الميلاد وزيادة احتمال إصابة الأطفال بالبدانة.

٣- ويُصيب فقر الدم الناجم عن عوز الحديد ٣٠٪ من النساء في سن الإنجاب (٤٦٨ مليون)، و ٤٢٪ من الحوامل (٥٦ مليون). ويرتبط فقر الدم لدى الأمهات بانخفاض الوزن عند الميلاد وزيادة خطر وفيات الأمهات. ولم تتحسن معدلات الإصابة بفقر الدم تحسناً كبيراً على مدى العقدين الأخيرين^٣.

١ اعتمدتها جمعية الصحة العالمية الخامسة والستون في القرار ج ص ع ٦٥-٦٦.

٢ Black RE et al. Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet*, 2008; **371**:243-260. Data are also taken from the Monitoring and Evaluation to Assess and Use Results Demographic and Health Surveys (MEASURE DHS) project <http://www.measuredhs.com/Data/> (أُطلع عليه في ٢٧ آذار/ مارس ٢٠١٢).

٣ United Nations System Standing Committee on Nutrition. *Progress in nutrition: Sixth report on the world nutrition situation*. Geneva, United Nations System Standing Committee on Nutrition Secretariat, 2010.

٤- ويولد سنوياً ما يُقدَّر بنحو ١٣ مليون طفل مصاب بتأخر النمو داخل الرحم^١ ونحو ٢٠ مليون طفل ممن يعانون من انخفاض الوزن عند الميلاد^٢، ويزيد خطر تعرض الطفل منخفض الوزن عند الميلاد للمراضة والوفاة، كما يكون أكثر عرضة للإصابة بالأمراض غير السارية مثل السكر وارتفاع ضغط الدم في المستقبل.

٥- وفي عام ٢٠١٠ كان نحو ١١٥ مليون من الأطفال في العالم يعانون من انخفاض أوزانهم عن المعدل الطبيعي، و٥٥ مليون طفل يعانون من عدم تناسب أوزانهم مع أطوالهم، و١٧١ مليون طفل دون الخامسة من عمرهم مصابين بالتقزم^٣. ويُقدَّر أن نسبة الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من انخفاض الوزن في البلدان النامية قد تراجعت من ٢٩٪ إلى ١٨٪ بين عامي ١٩٩٠ و٢٠١٠، ولكن يظل هذا المعدل غير كافٍ لتحقيق الغاية ١- جيم من الهدف الأول من الأهداف (المرامي) الإنمائية للألفية والذي يتمثل في تراجع مستويات انخفاض الوزن عند الميلاد إلى النصف في الفترة بين عامي ١٩٩٠ و٢٠١٥. وقد شهدت آسيا وأمريكا اللاتينية تراجعاً كافياً، ولكن ما زالت هناك حاجة إلى بذل جهود كبيرة في أفريقيا. وفي المقابل كان هناك في عام ٢٠١٠ ثلاثة وأربعون مليون طفل دون سن الدراسة يعانون من زيادة الوزن أو البدانة في البلدان النامية والمتقدمة^٤. وقد تسارعت معدلات انتشار البدانة في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل خلال السنوات العشر الماضية؛ وسيبلغ هذا المعدل وفقاً لتقديرات منظمة الصحة العالمية ١١٪ بحلول عام ٢٠١٥، ليقترّب بذلك من معدل الانتشار في بلدان الشريحة العليا من البلدان المتوسطة الدخل (١٢٪). والأطفال البدناء أكثر عرضة من غيرهم لأن يصبحوا بدناء عندما يكبرون؛ وهم أكثر عرضة كذلك لخطر الإصابة بالنوع الثاني من السكري وأمراض الكبد واضطرابات التنفس المرتبطة بالنوم؛ وتقل احتمالات أدائهم الجيد في المجال الاجتماعي والاقتصادي في حياتهم المستقبلية.

٦- ويصيب فقر الدم ٤٧،٤٪ (٢٩٣ مليون) من فئة الأطفال دون سن الدراسة^٥، كذلك فإن ٣٣،٣٪ (١٩٠ مليون) من فئة الأطفال دون سن الدراسة مصابون بعوز فيتامين ألف^٦.

٧- وتتأثر الحالة التغذوية أيضاً بعدة عوامل بيئية. ففي البلدان التي يرتفع فيها معدل انتشار الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري، تؤثر الإصابة بالفيروس على الحالة التغذوية للنساء والأطفال المصابين تأثيراً مباشراً وتأثيراً غير مباشر من خلال تبديل حالة الأمن الغذائي للأسرة واختيار ممارسات تغذية الأطفال غير الملائمة في سبيل الوقاية من انتقال الفيروس من الأم إلى طفلها. كذلك فإن تراجع الأمن الغذائي يؤدي إلى زيادة السلوك الذي ينطوي على مخاطرة من جانب النساء مما يجعلهن أكثر عرضة للإصابة بعدوى فيروس العوز المناعي البشري. كما يؤثر استعمال التبغ (سواء التدخين أو التبغ العديم الدخان) أثناء الحمل سلباً على صحة الجنين. ويزيد التدخين المباشر وكذلك تعرض الأم للتدخين غير المباشر أثناء الحمل من احتمال حدوث مضاعفات الحمل، بما في ذلك انخفاض الوزن عند الميلاد والولادة المُبتسرة. وتشهد أعداد المدخنين تزايداً في العديد من البلدان المنخفضة إلى المتوسطة الدخل، لاسيما بين الفتيات والنساء في سن الإنجاب. ورغم انخفاض

١ de Onis M, Blössner M, Villar J. Levels and patterns of intrauterine growth retardation in developing countries. *European Journal of Clinical Nutrition*, 1998; 52(Suppl.1):S5-S15.

٢ United Nations Children's Fund and World Health Organization, *Low birthweight: country, regional and global estimates*. New York, United Nations Children's Fund, 2004.

٣ Underweight and stunting, in: *World Health Statistics 2010*, Geneva, World Health Organization, 2010.

٤ de Onis M, Bloessner M, Borghi E. Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. *Am J Clin Nutr* 2010;92:1257-6.

٥ De Benoist B, McLean E, Egli I, Cogswell M (Eds). *Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005: WHO global database on anaemia*. Geneva, World Health Organization, 2008, pp.1-40.

٦ *Global prevalence of vitamin A deficiency in populations at risk 1995-2005: WHO global database on vitamin A deficiency*. Geneva, World Health Organization, 2009.

نسبة المدخنات في العديد من البلدان، إلا أن النساء وأطفالهن لا يزالون يواجهون مخاطر الحمل الجسيمة بسبب تعرضهم للتدخين غير المباشر. ومن ناحية أخرى يتسبب استعمال التبغ في نقل الملوثات إلى الجنين عبر المشيمة وإلى المواليد عبر الرضاعة الطبيعية. كما يحد الإنفاق على التبغ من قدرة الأسر على توفير تغذية أفضل للنساء الحوامل والأطفال.

٨- ويُعد سوء التغذية لدى الأطفال السبب المؤدي للوفاة في نسبة تقدر بنحو ٣٥٪ من إجمالي وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر. ويموت ما يزيد عن ٢ مليون طفل سنوياً قبل بلوغهم سن الخامسة من جراء نقص التغذية، كما يُقدَّر أن فقر الدم الناجم عن عوز الحديد يسهم سنوياً في وفاة عدد كبير من الأمهات في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. ويتسبب نقص التغذية لدى الأمهات والأطفال في ١١٪ من إجمالي عبء المرض العالمي^١.

٩- ويؤثر سوء التغذية سلباً على نمو المدارك، والأداء المدرسي، والإنتاجية. ويُعد التقرُّم وعوز اليود والحديد، بالإضافة إلى عدم كفاية الحفز المعرفي، ضمن العوامل الرئيسية التي تسهم في عجز ما يقدر بنحو ٢٠٠ مليون طفل عن تحقيق كامل إمكاناتهم الإنمائية. وترتبط كل زيادة بنسبة ١٪ في طول قامة البالغين بزيادة قدرها ٤٪ في الأجر الزراعي^٢ كما أن القضاء على فقر الدم من شأنه أن يؤدي إلى زيادة بنسبة ٥٪ إلى ١٧٪ في إنتاجية البالغين. ويمثل سوء التغذية عائقاً في سبيل التقدم صوب تحقيق الهدف الأول من الأهداف الإنمائية للألفية (القضاء على الفقر المدقع والجوع) والهدف الثاني (تحقيق تعميم التعليم الابتدائي)، والهدف الثالث (تعزيز المساواة بين الجنسين)، والهدف الرابع (تخفيض معدل وفيات الأطفال)، والهدف الخامس (تحسين صحة الأمومة)، والهدف السادس (مكافحة فيروس العوز المناعي البشري/ الأيدز والملاريا وغيرها من الأمراض).

هناك إجراءات فعالة بشأن التغذية ولكن لم يتم التوسع في تنفيذها بالقدر الكافي

١٠- أشار استعراض وتحليل للدول الأعضاء في الفترة ٢٠٠٩-٢٠١٠ إلى أن معظم البلدان تطبق مجموعة من السياسات والبرامج بشأن التغذية. ولكن هذه السياسات غالباً ما تكون غير كافية لمواجهة ما تتسم به التحديات التي تطرحها تغذية الأمهات والرضع وصغار الأطفال من تعقيد، ولذا تعجز عن بلوغ النتائج المتوقعة.

١١- وحتى في حال وجود السياسات التغذوية، فإنها لا تكون دائماً قد اعتمدت رسمياً، وعادة ما لا تنص على خطط تشغيلية وبرامج عمل واضحة الأهداف والغايات، والأطر الزمنية، والمنجزات، ولا تُحدد أدوار ومسؤوليات كل من الأطراف المعنية، ولا تُعرَّف الاحتياجات من القوى العاملة والقدرات؛ كما أنها لا تتضمن تقييم العملية وحصائلها.

١٢- وقد أشار استعراض السياسات إلى أن معالجة نقص التغذية لدى الأمهات لا يُمثل إحدى الأولويات في البلدان التي تعاني من ارتفاع عبء وفيات الأمهات. ومن البلدان الستة والثلاثين التي لديها العبء الأكبر من نقص التغذية، هناك عدد قليل يُطبَّق المجموعة الكاملة من التدخلات الفعالة على نطاق وطني للوقاية من انخفاض الوزن لدى الأطفال ونقص التغذية لدى الأمهات، وتعزيز النمو في مرحلة الطفولة المبكرة.

١ Black RE et al. Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet*. 2008; **371**:243–260.

٢ Haddad L, Bouis HE. *The impact of nutritional status on agricultural productivity: wage evidence from the Philippines*. Warwick (United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland), Development Economics Research Centre. Papers, No. 97, 1989.

٣ انظر http://www.who.int/nutrition/EB128_18_Backgroundpaper1_A_review_of_nutritionpolicies.pdf (اطَّلِع عليه في ٢٧ آذار/ مارس ٢٠١٢).

١٣- وتفتقر التدخلات التي يمكن أن يديرها قطاع الصحة مباشرة إلى إرشادات التنفيذ المُفصَّلة، ولا تُطبق سوى جزئياً حيثما تتسم النُظم الصحية بالضعف. وقد اعتمد العديد من البلدان استراتيجيات متكاملة لصحة الأم والوليد والطفل تتضمن التدخلات التغذوية، ولكن تقديم مرافق الخدمات الصحية للدعم التغذوي الفعلي عادة ما يكون غير كافٍ، ولا يتوفر سوى عدد قليل من المؤشرات لقياس مدى التغطية.

١٤- كذلك فإن استراتيجيات التنمية الوطنية لا تولي التغذية الاهتمام اللازم. وعادة ما تُركز سياسات الغذاء والتغذية على المعلومات وعلى نماذج الخيارات المستتيرة، وقلما تهتم بالإجراءات الهيكلية والمالية والتنظيمية الهادفة إلى تغيير البيئات الغذائية غير المواتية.

١٥- ولا يوجد تنسيق جيد بين مختلف الأطراف الفاعلة في تنفيذ البرامج. ففي كافة الأقاليم تم تنسيق السياسات وإدارتها في معظمه داخل وزارات الصحة، وشاركت وزارات التعليم، والزراعة، والغذاء، والرعاية الاجتماعية، بمدخلات متغيرة. ويعتمد تنفيذ السياسات والبرامج في كثير من الأحوال على التمويل الخارجي ولا يتسم بطابع الاستدامة. أما رصد الأنشطة فلا يُنفَّذ بانتظام أو يُنفَّذ تنفيذاً سيئاً.

١٦- ولم يتم تنفيذ المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم، ولا قرارات جمعية الصحة اللاحقة ذات الصلة، بالقدر نفسه في جميع البلدان. فقد وُضعت اللوائح القانونية في ١٠٣ دول أعضاء وصيغت في تسع دول أخرى، في حين يعتمد نحو ٣٧ دولة من الدول الأعضاء على الامتثال الطوعي لمصنعي بدائل لبن الأم، ولم تتخذ ٢٥ دولة عضواً أي إجراءات لإنفاذ المدونة، ولا تتوفر المعلومات بالنسبة لعشرين دولة أخرى.^١

١٧- وفي معظم الدول الأعضاء المائة وثلاث تنص التشريعات على أحكام تحظر ترويج منتجات معينة بين الجمهور العام، والعاملين في مجال الصحة، وفي مرافق الرعاية الصحية، وتفرض شروط التوسيم. وهناك عدد أقل من الدول الأعضاء التي وضعت أحكاماً بشأن التحذير من التلوث، وعدم السماح بالمزاعم التغذوية والصحية.

١٨- ووضع أقل من ٥٠٪ من البلدان التي اتخذت التدابير القانونية أحكاماً قانونية بشأن رصد تنفيذ المدونة. ويبلغ عدد البلدان التي أنشأت آليات للأداء و/أو الرصد و/أو الإنفاذ ٣٧ بلداً فقط، ولا يتوفر إلا القليل من المعلومات حول تشكيل هذه الآليات وولاياتها ووظائفها.

١٩- وتواصل المكاتب الإقليمية تحديث المعلومات حول تنفيذ المدونة. ويشير استعراض حديث أجرته منظمة الصحة للبلدان الأمريكية للتنفيذ في الفترة ١٩٨١-٢٠١١ إلى أن ١٦ بلداً قد وضعت تدابير قانونية وأن ستة منها تنظم تنفيذ القانون ذا الصلة. وأشار استعراض أجرته اليونيسيف في عام ٢٠٠٧ إلى أن نصف بلدان غرب ووسط أفريقيا الأربعة والعشرين^٣ قد وضع تدابير قانونية شاملة.

١ المعلومات الواردة من اليونيسيف؛ تتضمن هذه البلدان أيضاً الدول الأعضاء التي أبلغت عن تنفيذ المدونة كما ينبغي بموجب المدونة في المادتين ٦-١١ و ٧-١١. أرسلت الاستبيانات إلى الدول الأعضاء في عامي ٢٠٠٧ و ٢٠٠٩ وتضمنت الوثيقتان ج ١٧/٦١ إضافة ١، الفرع "واو"، وج ٩/٦٣ موجزاً للنتائج.

٢ Sokol E, Aguayo V, Clark D. *Protecting breastfeeding in West and Central Africa: 25 years implementing the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes*. Dakar, UNICEF Regional Office for West and Central Africa, 2007.

٣ 30 años del Código en América Latina: Un recorrido sobre diversas experiencias de aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en la Región entre 1981 y 2011. Washington DC, PAHO, 2011.

الهدف والغايات والإطار الزمني

٢٠- تهدف الخطة إلى تخفيف العبء المزدوج الناجم عن سوء التغذية لدى الأطفال، بدءاً من مراحل النمو المبكرة. ويمكن تحقيق الفوائد الهامة بتركيز الجهود على فترة الحمل والعامين الأولين من العمر، ولكن ينبغي في الوقت نفسه النظر في اتباع نهج شامل لمراحل الحياة حتى يمكن الحفاظ على الحالة التغذوية الجيدة.

٢١- ويمكن إحراز التقدم على المدى القريب، إذ إن معظم مشكلات التغذية للجيل الحالي قابلة للحل. فالتدخلات التغذوية الحالية على سبيل المثال، قادرة على درء ثلث حالات التقزم على الأقل على المدى القريب.^١ ومع ذلك فإن القضاء التام على بعض الحالات يتطلب إطاراً زمنياً أطول، وينبغي الالتزام بالاستثمار لمدة عقد من الزمن في التوسع في التدخلات التغذوية بهدف تجنب وفاة مليون طفل سنوياً. ومراعاة للحاجة إلى مواصلة تنفيذ الخطة مع سائر أطر التنمية المراعية أيضاً لموضوع التغذية، فإن من المقترح أن يمتد إطار هذه الخطة الزمني إلى ١٣ عاماً (٢٠١٢-٢٠٢٥)، على أن يتم الإبلاغ عنها مرة واحدة كل سنتين حتى عام ٢٠٢٢، ويُعدّ آخر تقرير عنها في عام ٢٠٢٥.

٢٢- وتُعد الغايات العالمية هامة من أجل تحديد المجالات ذات الأولوية والتحفيز على إحداث تغيير عالمي، وقد تكون مصدر إلهام للتوصل إلى خيارات بشأن الأولويات والتطلعات الراسخة على الصعيد القطري. ولا يُقصد بهذه الغايات فرض خيارات فرادى البلدان والأقاليم، وإنما هي غايات قد يُستعان بها في قياس الإنجازات ووضع أطر المساءلة. ومن الضروري تحديد الغايات فيما يتعلق بالظروف التغذوية المسؤولة عن عبء كبير من الأمراض والوفيات ذات الصلة بالتغذية في فترة الحمل وخلال العامين الأولين من العمر، ألا وهي: التقزم، وفقر الدم لدى الأمهات، وانخفاض الوزن عند الميلاد.^٢ أما انخفاض وزن الطفل - والذي يُمثل التقزم النسبة الأكبر منه - فهو السبب الرئيسي للوفاة وسنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز لدى الأطفال دون الخامسة، في حين يسهم عوز الحديد في وفيات الأمهات في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. وستكون هذه الغايات مكملية للغايات ١- جيم من الهدف الأول من الأهداف الإنمائية للألفية ومُعززة لها، فيما يتعلق بالحد من انتشار انخفاض الوزن لدى الأطفال. وهناك ما يستدعي تحديد غاية رابعة في إطار هذا الهدف بشأن الأطفال ذوي الأوزان الزائدة، نظراً للزيادة السريعة التي يشهدها العالم في انتشار هذه الظاهرة. وتستند الغايات المقترحة إلى خبرات البلدان وإلى وجود تدخلات فعالة قائمة بالفعل.

٢٣- **الغاية العالمية ١: بحلول عام ٢٠٢٥ خفض التقزم لدى الأطفال دون سن الخامسة بنسبة ٤٠٪.** تنطوي هذه الغاية على تحقيق تخفيض نسبي قدره ٤٠٪ في عدد الأطفال المصابين بالتقزم بحلول عام ٢٠٢٥ بالمقارنة مع البيانات الأساسية لعام ٢٠١٠. وسيعني ذلك تحقيق تخفيض نسبي نسبته ٣,٩٪ سنوياً في الفترة الواقعة بين عامي ٢٠١٢ و ٢٠٢٥،^٣ وسيدل ضمناً على تقليل عدد الأطفال المصابين بالتقزم من ١٧١ مليون طفل في عام ٢٠١٠ إلى ما يقارب ١٠٠ مليون طفل، أي تخفيض عددهم بمقدار ٢٥ مليون طفل تقريباً في حال لم تتغير الاتجاهات المخططة حالياً.^٤ وأجري تحليل في الفترة الواقعة بين عامي ١٩٩٥ و ٢٠١٠ في

١ Bhutta ZA et al. for the Maternal and Child Undernutrition Study Group. What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. *Lancet* 2008; 371:417-440.

٢ طالبت الدول الأعضاء بتحديد الغايات العالمية أثناء المشاورات الإقليمية. وقد نوقشت مسودة الغايات أثناء المشاورات الإقليمية في إقليم الأمريكتين وإقليم شرق المتوسط، ولكن يلزم عقد مشاورات أكثر توسعاً مع الدول الأعضاء في المجلس التنفيذي ومن خلال المشاورات الإلكترونية.

٣ $r = \ln(P1/P2)/t$

٤ de Onis M, Bloessner M, Borghi E. Prevalence and trends of stunting among pre-school children, 1990-2020. *Pub Health Nut* 2012;15:142-148.

٥ حُصِلَ عليها من ٤٣٠ معلومة.

١١٠ بلدان ينتشر فيها التقرُّم في حالتين اثنتين على الأقل، كشف النقاب عن أن معدلات التقرُّم في العالم أخذت في الانخفاض بواقع نسبته ١,٨٪ سنوياً (٢,٦٪ في البلدان التي ترتفع فيها معدلات انتشار التقرُّم إلى أكثر من ٣٠٪). وقد حققت البلدان في هذه الفترة تخفيضاً نسبته ٢٠٪ بواقع ٣,٩٪ أو أعلى.

٢٤- الغاية العالمية ٢: بحلول عام ٢٠٢٥ خفض الإصابة بفقر الدم لدى النساء في سن الإنجاب بنسبة ٥٠٪. تنطوي هذه الغاية على تحقيق تخفيض نسبي مقداره ٥٠٪ بحلول عام ٢٠٢٥ في عدد النساء غير الحوامل اللاتي في سن الإنجاب (١٥-٤٩ عاماً) من المصابات بفقر الدم بالمقارنة مع البيانات الأساسية المحددة في الفترة ١٩٩٣-٢٠٠٥ والمُستخدمة كنقطة انطلاق مرجعية. وسيعني ذلك تحقيق تخفيض نسبي بنسبة ٥,٣٪ سنوياً في الفترة الواقعة بين عامي ٢٠١٢ و٢٠٢٥، وسيشير ضمناً إلى تخفيض عدد النساء غير الحوامل من المصابات بفقر الدم إلى ما يقارب ٢٣٠ مليون امرأة. وأثبتت بلدان عديدة أنها حققت تخفيضاً في معدلات انتشار الإصابة بفقر الدم بين النساء غير الحوامل على غرار ما ورد في دراسات استقصائية وطنية متكررة أُبلغ عن إجرائها في التقرير السادس عن حالة التغذية في العالم الصادر عن اللجنة الدائمة التابعة لمنظومة الأمم المتحدة والمعنية بالتغذية: ١ خُفّضت المعدلات في الصين من ٥٠٪ إلى ١٩,٩٪ في غضون ٢١ عاماً (١٩٨١-٢٠٠٢)؛ وفي نيبال من ٦٥٪ إلى ٣٤٪ في غضون ٨ أعوام (١٩٩٨-٢٠٠٦)؛ وفي سري لانكا من ٥٩,٨٪ إلى ٣١,٩٪ في غضون ١٣ عاماً (١٩٨٨-٢٠٠١)؛ وفي كمبوديا من ٥٦,٢٪ إلى ٤٤,٤٪ في غضون ٦ أعوام (٢٠٠٠-٢٠٠٦)؛ وفي فييت نام من ٤٠٪ إلى ٢٤,٣٪ في غضون ١٤ عاماً (١٩٨٧-٢٠٠١)؛ وفي غواتيمالا من ٣٥٪ إلى ٢٠,٢٪ في غضون ٧ أعوام (١٩٩٥-٢٠٠٢). وتشير هذه المعدلات إلى تحقيق تخفيض نسبي يتراوح مقداره بين ٤٪ و٨٪ سنوياً.

٢٥- الغاية العالمية ٣: بحلول عام ٢٠٢٥ خفض معدلات انخفاض الوزن عند الميلاد بنسبة ٣٠٪. تنطوي هذه الغاية على تحقيق تخفيض نسبي قدره ٤٠٪ بحلول عام ٢٠٢٥ في عدد الرضع الذين تقل أوزانهم عن ٢٥٠٠ غرام عند الميلاد بالمقارنة مع البيانات الأساسية المحددة في الفترة ٢٠٠٦-٢٠١٠ والمُستخدمة كنقطة انطلاق مرجعية. وسيعني ذلك تحقيق تخفيض نسبي نسبته ٣,٩٪ سنوياً في الفترة الواقعة بين عامي ٢٠١٢ و٢٠٢٥. وفي بنغلاديش والهند، حيث يولد قرابة نصف أطفال العالم ذوي الأوزان المنخفضة عند الميلاد، تراجع معدل انتشار انخفاض الوزن عند الميلاد من ٣٠,٠٪ إلى ٢١,٦٪ (بين عامي ١٩٩٨ و٢٠٠٦) ومن ٣٠,٤٪ إلى ٢٨,٠٪ (بين عامي ١٩٩٩ و٢٠٠٥). وقد لوحظ انخفاض في معدل انتشار انخفاض الوزن عند الميلاد في السلفادور (من ١٣٪ إلى ٧٪ بين عامي ١٩٩٨ و٢٠٠٣)، وفي جنوب أفريقيا (من ١٥,١٪ إلى ٩,٩٪ بين عامي ١٩٩٨ و٢٠٠٣)، وفي جمهورية تنزانيا المتحدة (من ١٣,٠٪ إلى ٩,٥٪ بين عامي ١٩٩٩ و٢٠٠٥). وفي هذه الأمثلة، يتراوح الانخفاض المسجل ما بين ١٪ و١٢٪ سنوياً. ولوحظت معدلات انخفاض أعلى في البلدان التي تُعزى فيها نسبة كبيرة من انخفاض الوزن عند الميلاد إلى تأخر نمو الجنين داخل الرحم الذي يكون تخفيضه أسهل من الولادات المبكرة.

٢٦- الغاية العالمية ٤: بحلول عام ٢٠٢٥ توقف زيادة الوزن لدى الأطفال. تنطوي هذه الغاية على أنه ينبغي ألا يزيد معدل الانتشار العالمي البالغة نسبته ٦,٧٪ (بنسبة ٩٥٪ من فترة الثقة ٥,٦-٧,٧) بحسب تقديرات عام ٢٠١٠، عن نسبة ١٠,٨٪ (في عام ٢٠٢٥) وفقاً للاتجاهات المختطة حالياً^٢ وألا يزيد عدد الأطفال دون سن الخامسة ممن يعانون من زيادة وزنهم من ٤٣ مليون طفل إلى ٧٠ مليون طفل تقريباً بحسب التوقعات. وتتوفر معدلات الزيادة في أصقاع مختلفة من العالم، وثمة زيادات أسرع وقعاً في البلدان التي تعجل في توسيع

١ اللجنة الدائمة التابعة لمنظومة الأمم المتحدة والمعنية بالتغذية. التقرير السادس عن حالة التغذية في العالم. جنيف، ٢٠١٠.

٢ de Onis M, Bloessner M, Borghi E. Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. Am J Clin Nutr 2010; 92:1257-64.

نطاق نظمها الغذائية، مثلما هو الحال في شمال أفريقيا. أما في البلدان المرتفعة الدخل فتشير المعلومات المستقاة على الصعيدين الوطني والإقليمي إلى انخفاض معدلات الزيادة في سمنة الأطفال المنحدرين من شرائح أفراد ذوي مستوى اجتماعي واقتصادي عال. ويمكن الاستعانة بأساليب الحياة والتدخلات البيئية المطبقة في هذه الظروف بوصفها نموذجاً لإحدى الممارسات الجيدة في هذا المضمار. ولا تمتلك البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل إلا القليل من الخبرة في مجال وضع البرامج. وأطفال المدارس هم المستهدفون في المقام الأول بالبرامج الموجهة نحو كبح جماح السمنة لدى الأطفال.^١ وسيكون لازماً أيضاً منع حصول زيادة في معدلات زيادة الوزن لدى الأطفال في البلدان العاكفة على معالجة مشكلة الحد من التقرُّم.

٢٧- **الغاية العالمية ٥: بحلول عام ٢٠٢٥ زيادة معدل الاقتصار على الرضاعة الطبيعية خلال الأشهر الستة الأولى بنسبة ٥٠٪ على الأقل.** تدل هذه الغاية ضمناً على أنه ينبغي بحلول عام ٢٠٢٥ أن تُرَاد إلى ٥٠٪ النسبة العالمية الحالية التي قُدِّرَت بنحو ٣٧٪ عن الفترة ٢٠٠٦-٢٠١٠، الأمر الذي سينطوي على إحداث زيادة نسبية قدرها ٢,٣٪ سنوياً وسيفضي إلى حصول زيادة في عدد المقصورة تغذيتهم من الأطفال على الرضاعة الطبيعية خلال الأشهر الستة الأولى من العمر تبلغ حوالي ١٠ ملايين طفل. وزادت معدلات الاقتصار على الرضاعة الطبيعية في العالم من ١٤٪ في عام ١٩٨٥ إلى ٣٨٪ في عام ١٩٩٥، ولكنها عاودت الانخفاض ثانية في معظم الأقاليم. ومع ذلك فإن بلداناً مُعَيَّنة في جميع الأقاليم قد حققت زيادة سريعة وكبيرة في معدلات الاقتصار على الرضاعة الطبيعية، تجاوزت في أحيان كثيرة الغاية العالمية المقترحة، ومنها كمبوديا (من ١٢٪ إلى ٦٠٪ بين عامي ٢٠٠٠ و٢٠٠٥)، ومالي (من ٨٪ إلى ٣٨٪ بين عامي ١٩٩٦ و٢٠٠٦)، وبيرو (من ٣٣٪ إلى ٦٤٪ بين عامي ١٩٩٢ و٢٠٠٧).

٢٨- **الغاية العالمية ٦: بحلول عام ٢٠٢٥ خفض معدلات إصابة الأطفال بالهزال إلى أقل من ٥٪ والحفاظ على هذا الخفض.** تنطوي ضمناً هذه الغاية على أنه ينبغي بحلول عام ٢٠٢٥ أن تُخَفَّض إلى أقل من ٥٪ معدلات انتشار الهزال بين الأطفال في العالم التي قُدِّرَت بنسبة ٨,٦٪ في عام ٢٠١٠، وأن يُواظَب على خفضها إلى ما دون هذه المستويات.^٢ وأفاد ٥٣ بلداً في الفترة الممتدة بين عامي ٢٠٠٥ و٢٠١٠ بارتفاع معدلات إصابة الأطفال بالهزال إلى أكثر من ٥٪ مرة واحدة على الأقل. ويستدعي خفض معدلات الإصابة بالهزال تنفيذ تدخلات وقائية من قبيل إتاحة الأغذية العالية الجودة والرعاية الصحية؛ وتحسين التغذية والمعارف والممارسات الصحية؛ وتشجيع اقتصار الرضاعة الطبيعية في الأشهر الستة الأولى من العمر وتعزيز اتباع ممارسات محسنة في مجال التغذية التكميلية لجميع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٦ أشهر و ٢٤ شهراً؛ وتحسين نظم الإمداد بالمياه والصرف الصحي وتعزيز الممارسات الصحية لحماية الأطفال من الأمراض السارية. ويمكن معالجة أعداد كبيرة من الأطفال المصابين بهزال شديد داخل مجتمعاتهم المحلية من دون إدخالهم إلى مرفق صحي أو مركز للتغذية العلاجية.^٣ وبالنسبة إلى سوء التغذية الحاد المعتدل، ينبغي أن يستند العلاج إلى الاستخدام الأمثل لما يُتاح محلياً من أغذية تُستكمل عند اللزوم بأغذية تكميلية معدة خصيصاً لهذا الغرض.

١ Population-based prevention strategies for childhood obesity: report of a WHO forum and technical meeting, Geneva, 15–17 December 2009.

٢ WHO global and regional trend estimates for child.

٣ Community-based management of severe acute malnutrition. A Joint Statement by the World Health Organization, the World Food Programme, the United Nations System Standing Committee on Nutrition and the United Nations Children's Fund. WHO, Geneva, 2007.

الإجراءات

٢٩- توضح خطة العمل هذه سلسلة من الإجراءات ذات الأولوية ينبغي أن تشترك في تنفيذها الدول الأعضاء والشركاء الدوليون. وستنشأ الحاجة إلى المواءمة الإقليمية والقُطرية المُحددة، التي تقودها المؤسسات الوطنية والإقليمية ذات الصلة.

الإجراء ١: إيجاد بيئة داعمة لتنفيذ السياسات الغذائية والتغذوية الشاملة

٣٠- يستلزم التقدم نحو تحقيق أهداف التغذية التزاماً رفيع المستوى في مجال السياسات ودعمًا مجتمعيًا واسع النطاق. وتحتاج السياسات الغذائية والتغذوية القائمة إلى مراجعة، بحيث تُعالج جميع تحديات التغذية الرئيسية وتوزيع تلك المشكلات داخل المجتمع معالجةً شاملةً. وثمة هدف آخر من هذا الاستعراض وهو ضمان دمج التغذية كمحور مركزي في السياسات القطاعية الأخرى وفي سياسة التنمية الشاملة. ومن بين العوامل الحاسمة لنجاح تنفيذ هذه السياسات ما يلي: (أ) الاعتماد الرسمي من قبل الهيئات الحكومية ذات الصلة؛ (ب) إنشاء آلية مشتركة بين القطاعات لتصريف الشؤون؛ (ج) إشراك شركاء التنمية والمجتمع المدني؛ (د) إشراك المجتمعات المحلية. ويجوز للقطاع الخاص أيضاً أن يسهم في تحسين إمدادات الغذاء وزيادة فرص العمل ومن ثم الدخل المُدر. وينبغي أن تكون هناك ضمانات قائمة كافية تحول دون وقوع ما يُحتمل نشوبه من حالات تضارب المصالح.

٣١- الأنشطة المقترحة للدول الأعضاء

- (أ) مراجعة سياسات التغذية بحيث توفر معالجة شاملة للعبء المزدوج الناجم عن سوء التغذية من خلال نهج قائم على حقوق الإنسان وتأييد رسمي من البرلمان أو الحكومة؛
- (ب) إدراج التغذية في سياسة التنمية الشاملة للبلد، وورقات استراتيجية الحد من الفقر والاستراتيجيات القطاعية ذات الصلة؛
- (ج) إنشاء آليات فعالة لتصريف الشؤون مشتركة بين القطاعات لتنفيذ سياسات التغذية على المستويات الوطنية والمحلية، وتسهم في تكامل السياسات عبر القطاعات؛
- (د) إشراك الحكومات والمجتمعات المحلية في تصميم خطط لتوسيع نطاق إجراءات التغذية، وضمان إدماجها في البرامج المجتمعية القائمة؛
- (هـ) إقامة حوار مع الأطراف المعنية الوطنية والدولية، وتشكيل تحالفات وشراكات لتوسيع نطاق إجراءات التغذية عن طريق إنشاء ما يلزم من آليات لتوفير ضمانات تحول دون وقوع ما يُحتمل نشوبه من حالات تضارب المصالح.

٣٢- الأنشطة المقترحة للأمانة

- (أ) تقديم الدعم إلى الدول الأعضاء، بناءً على طلبها، في تعزيز السياسات والاستراتيجيات التغذوية الوطنية، وعناصر التغذية في السياسات القطاعية الأخرى بما في ذلك سياسات التنمية الوطنية وورقات استراتيجية الحد من الفقر؛
- (ب) تحسين إمكانية الوصول إلى المبادئ التوجيهية المتعلقة بوضع القواعد والسياسات، والمنتجات المعرفية والأدوات وشبكات الخبراء.

٣٣- الأنشطة المقترحة للشركاء الدوليين

- (أ) تنفيذ مبادرات الدعوة العالمية التي تزيد من وعي الجمهور بالحاجة إلى توسيع نطاق الإجراءات المتعلقة بالتغذية؛
- (ب) تعزيز التعاون الدولي في مجال التغذية من أجل موازنة المعايير والسياسات والإجراءات من خلال الآليات الملائمة والهيئات الحكومية الدولية، مثل جمعية الصحة العالمية، ولجنة الأمن الغذائي العالمي والمجلس الاقتصادي والاجتماعي للأمم المتحدة؛
- (ج) المشاركة في آليات أو شراكات التنسيق الدولية، بما في ذلك حركة تعزيز التغذية واللجنة الدائمة لمنظومة الأمم المتحدة المعنية بالتغذية.

الإجراء ٢: إدراج جميع التدخلات الصحية اللازمة والفعالة ذات الأثر على التغذية في خطط التغذية الوطنية

٣٤- تبين أن العديد من التدخلات المتنوعة التي تهدف إلى تغيير السلوكيات، وتوفير الدعم الغذائي، والحد من التعرض لعوامل المخاطر البيئية المتعددة يتسم بطابع فعال، وينبغي النظر في دخوله حيّز التنفيذ على المستوى الوطني. ويرد في ورقة مرجعية لهذه الخطة^١ ملخص للتدخلات التغذوية الفعالة والمباشرة وتدخلات الرعاية الصحية ذات الأثر على التغذية، والتي يمكن أن ينفذها النظام الصحي، كما أنها مبينة في مكتبة المنظمة الإلكترونية لبيانات الإجراءات التغذوية. وتشمل القوائم التدخلات التي ينبغي النظر فيها إما لفئات سكانية معينة أو لظروف خاصة، بما في ذلك حالات الطوارئ. وتكفل عملية التوجيه في المنظمة المواظبة على تحديث البيانات وتحديد الثغرات في البحوث. والغرض من هذه التدخلات هو أن تكون بمثابة خيارات يمكن تنفيذها على أساس احتياجات البلد.

٣٥- ويتأتى أكبر قدر من الفوائد من تحسين التغذية في المراحل المبكرة من العمر. ولكن هناك حاجة أيضاً إلى نهج لتحسين التغذية في مختلف المراحل العمرية، من خلال أنشطة تستهدف الأطفال الأكبر سناً والمراهقين بالإضافة إلى الرضع والأطفال الصغار، من أجل ضمان أفضل بيئة ممكنة للأمهات قبل الحمل وذلك للحد من حالات انخفاض الوزن عند الميلاد وكسر حلقة سوء التغذية المستمرة من جيل إلى آخر. كما أن التدبير العلاجي لزيادة الوزن في مرحلة الطفولة يتطلب أيضاً العمل طوال سنوات الدراسة.^٢

٣٦- وينبغي إدماج التدخلات في نظم الرعاية الصحية القائمة إلى أقصى حد ممكن. وينبغي أن تكون مرتبطة بالبرامج القائمة وأن تُقدم في صورة حزم، من أجل تحسين المردودية. وسيكون ضرورياً كذلك تنفيذ نهج وتدخلات منظمة الصحة العالمية - التدبير العلاجي المتكامل لأمراض الطفولة، والتدبير العلاجي المتكامل لأمراض المراهقين والبالغين، والتدبير العلاجي المتكامل للحمل والولادة. وعلاوة على ذلك، يُمثل تعزيز النظم الصحية عنصراً محورياً في استراتيجية التغذية الناجحة.

٣٧- ويمكن أن يستند تصميم حزم التدخل إلى احتياجات البلد ومستوى الاستثمار. أما البرامج المجتمعية التي تعمل على دمج مختلف التدخلات التغذوية المباشرة في الرعاية الصحية الأولية مع أنظمة تهدف إلى ضمان

^١ Essential nutrition actions. Improving maternal-newborn-infant and young child health and nutrition. Geneva, World Health Organization, 2012.

^٢ Population-based prevention strategies for childhood obesity: report of a WHO forum and technical meeting, Geneva, 15-17 December 2009. Geneva, World Health Organization, 2010.

وصول الجميع، فينبغي أن تحظى بالأولوية لكونها الأعلى مردودية. وقد اشتركت مجموعة من منظمات الأمم المتحدة في إصدار أداة الأمم المتحدة OneHealth لدراسة التكاليف - وهي برامج يمكن أن تتكيف بسهولة مع الظروف السائدة في مختلف البلدان.

٣٨- الأنشطة المقترحة للدول الأعضاء

- (أ) إدراج كافة التدخلات التغذوية المهمة للبلد في الخدمات الصحية للأمهات والأطفال وللمراهقين وضمان إتاحتها للجميع؛
- (ب) تجسيد السياسات الوطنية للاستراتيجية العالمية لتغذية الرضع وصغار الأطفال والاستراتيجية العالمية بشأن أنماط التغذية والنشاط البدني الصحي والمبادئ التوجيهية للمنظمة بشأن التغذية؛
- (ج) تعزيز النظم الصحية، والنهوض بالتغطية الشاملة ومبادئ الرعاية الصحية الأولية؛
- (د) وضع التدابير التشريعية والتنظيمية وغيرها من التدابير الفعالة، أو تعزيزها، حيثما يلزم، لمراقبة تسويق بدائل لبن الأم ضماناً لتنفيذ المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم والقرارات ذات الصلة التي اعتمدها جمعية الصحة.
- (هـ) المشاركة في حملات نشيطة لتعزيز الرضاعة الطبيعية على المستوى المحلي.

٣٩- الأنشطة المقترحة للأمانة

- (أ) مراجعة وتحديث وتوسيع إرشادات منظمة الصحة العالمية بشأن إجراءات التغذية الفعالة وأدواتها، وإبراز الممارسات الجيدة لآليات التنفيذ ونشر المعلومات؛
- (ب) تطبيق تحليل كفاءة المردودية على التدخلات الصحية التي تؤثر على التغذية؛
- (ج) تقديم الدعم إلى الدول الأعضاء، بناءً على طلبها، في تنفيذ السياسات والبرامج الهادفة إلى تحسين حصائل التغذية؛
- (د) تقديم الدعم إلى الدول الأعضاء، بناءً على طلبها، في جهودها الرامية إلى تطوير ورصد التدابير التشريعية والتنظيمية وغيرها من التدابير الفعالة، وتعزيزها عند الاقتضاء، للسيطرة على تسويق بدائل لبن الأم؛
- (هـ) عقد اجتماع مع الشركاء الأكاديميين لوضع جدول أعمال بحثي محدد الأولويات.

٤٠- الأنشطة المقترحة للشركاء الدوليين

- (أ) مواصلة خطط مساعدات التنمية مع الإجراءات التغذوية التي ثبتت فاعليتها؛
- (ب) دعم عناصر التغذية بالاستراتيجيات الصحية المتعلقة بصحة الأم والطفل، مثل الاستراتيجية المتكاملة لصحة الأم والوليد والطفل.

الإجراء ٣: تحفيز سياسات التنمية وبرامجها خارج قطاع الصحة والتي تعترف بالتغذية وتتضمنها

٤١- يوجد حاجة إلى استراتيجيات التنمية القطاعية المراعية لقضايا التغذية من أجل تخفيف العبء المزدوج الناجم عن سوء التغذية وزيادة الوزن، وهي استراتيجيات يجب أن تُوجّه إلى تعزيز عمليتي العرض والطلب على الغذاء الصحي والقضاء على المعوقات أمام إمكانية الحصول عليه وتناوله. وينبغي إشراك العديد من القطاعات، أهمها الزراعة وتجهيز الأغذية والتجارة والحماية الاجتماعية والتعليم والعمل والمعلومات العامة. كما ينبغي أن تُراعى القضايا المتشعبة مثل المساواة بين الجنسين ونوعية تصريف الشؤون والمؤسسات والسلام والأمن. فيمكن النظر في هذه المسائل عند تطوير وتنفيذ إطار عمل أقرب إلى اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ، التي ولدت قوة دافعة كبيرة للسيطرة على استهلاك التبغ.

٤٢- وتعكف لجنة الأمن الغذائي العالمي على إعداد إطار استراتيجي عالمي للأمن الغذائي والتغذية. ويمكن في هذه الأثناء استنباط سلسلة من المبادئ العامة من أطر السياسة القائمة والخبرة القطرية وتحليل البيانات. وتم مثلاً الحد من سوء التغذية المُزمن في بعض بلدان جنوب شرق آسيا وأمريكا اللاتينية بفضل التنفيذ المتزامن للسياسات والبرامج الهادفة إلى تحسين الأمن الغذائي والحد من الفقر والتفاوت الاجتماعي وتعزيز ثقافة الأمهات.

٤٣- ولتحقيق الأمن الغذائي، لا بد من ضمان زيادة فرص الحصول على الأغذية ذات الجودة التغذوية العالية^١ في جميع الأسواق المحلية بأسعار مناسبة على مدار السنة، بوسائل منها تحديداً تقديم الدعم لزراعة أصحاب الحيازات الصغيرة ومشاركة المرأة، على أن تُراعى الآثار السلبية التي يُحتمل أن تترتب على آليات تشريد العمالة وإنتاج المحاصيل النقدية والضغط على وقت المرأة. أما في مجال تصنيع الأغذية، فثمة حاجة إلى تحسين الوضع العام للمُغذيات، بوسائل منها إعداد محتوى أفضل من المغذيات الدقيقة وخفض محتوى الملح والسكر والدهون المتحولة. وفي مجال التعليم، يرتفع حصول المرأة على فرص تعليم أفضل وإدخال التحسينات في مجال المياه والإصحاح بتحسين تغذية الأطفال.

٤٤- وتُعد سياسات التوظيف أساسية للأمن الغذائي على مستوى الأسرة، ولكن يجب أن تكفل سياسات العمل أيضاً توفير حماية كافية للأمهات وأن تضمن للموظفين العمل في بيئة أفضل، بما يشمل الحماية من دخان التبغ غير المباشر، وإمكانية الحصول على الغذاء الصحي. وينبغي أن تُهيأ في مكان العمل بيئة مناسبة للأمهات المرضعات. ويلزم توفير حماية اجتماعية لمعالجة أوجه التفاوت ويجب أن تصل إلى الفئات الأضعف. وأن تُستخدم التحويلات النقدية للفقراء لتوفير الاحتياجات التغذوية. كما أن التحويلات النقدية المشروطة، وربط استلام المال بإحضار الأطفال إلى المراكز الصحية والمدارس، قد يكون له أثرٌ إيجابي على الحالة التغذوية للأطفال، بما في ذلك زيادة الطول والوزن عند الميلاد.

٤٥- والتدابير التجارية والضرائب والإعانات هي من الوسائل الهامة لضمان إمكانية الحصول على الموارد والتمكين من إتاحة خيارات تغذية سليمة. وكذلك يمكن أن تكون أدوات قوية عند ربطها بالمعلومات الوافية للمستهلكين من خلال وضع التوسيم الخاص بالتغذية والتسويق المسؤول للأغذية، مع التسويق الاجتماعي وتعزيز النظم التغذوية وأنماط الحياة الصحية.

٤٦- وقد تشمل أمثلة تدابير السياسة التي تُشرك مختلف القطاعات ذات الصلة والتي يمكن النظر فيها ما يلي: الاستثمار في زراعة النطاقت الصغيرة، وتعزيز إنتاج الخضر والفاكهة وتعزيز المحاصيل المتنوعة الغنية بالمغذيات الدقيقة (الزراعة)؛ وتعزيز إغناء الطعام بالمغذيات الدقيقة وتعزيز خفض محتوى الملح والسكر والأحماض الدهنية المتحولة (إنتاج الأغذية)؛ وتحسين المياه والإصحاح (البنية التحتية)؛ والاستثمار في التعليم

١ Food with high nutrient density and low concentrations of nutrients associated with increased risk of noncommunicable diseases.

الابتدائي والثانوي للمرأة والسياسات الخاصة بالتغذية في المدارس (التعليم)؛ وحماية الأمومة في أماكن العمل وأماكن العمل الصحية (العمل)؛ والتحويلات النقدية والمعونة الغذائية (الضمان الاجتماعي)؛ والبيئات المبنية على نحو صحي (التخطيط العمراني)؛ وتنظيم الإعلان عن المأكولات والمشروبات للأطفال ومخططات توسيم الأغذية وتدابير تنظيم أسعار الأغذية، وتنفيذ المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم (التجارة)؛ واستخدام ضرائب المكوس المفروضة على التبغ والكحول في تمويل التوسع في برامج التغذية (المالية)؛ والحملات الإعلامية الواسعة النطاق والتسويق الاجتماعي لتعزيز الرضاعة الطبيعية والنظام الغذائي الصحي والنشاط البدني (الإعلام والتعبئة الاجتماعية).

٤٧- الأنشطة المقترحة للدول الأعضاء

- (أ) مراجعة السياسات القطاعية في مجالات الزراعة والحماية الاجتماعية والتعليم والعمل والتجارة لتحديد تأثيرها على التغذية، وإدراج مؤشرات التغذية في أطر تقييمها؛
- (ب) إقامة حوار بين قطاع الصحة والقطاعات الحكومية الأخرى من أجل النظر في تدابير السياسة العامة التي يمكن أن تحسن الحالة التغذوية للسكان، والتي تعالج التعارض المحتمل بين السياسات القطاعية والسياسات الصحية الحالية التي تهدف إلى تحسين التغذية.
- (ج) تنفيذ التوصيات المتعلقة بتسويق الأغذية والمشروبات غير الكحولية للأطفال (القرار جص ع٦٣-١٤)

٤٨- الأنشطة المقترحة للأمانة

- (أ) وضع خطوط توجيهية منهجية لتحليل الآثار الصحية والتغذوية للسياسات القطاعية، بما في ذلك أثرها على مختلف الفئات الاجتماعية الاقتصادية وغيرها من الفئات الضعيفة (الشعوب الأصلية على سبيل المثال)؛
- (ب) تحديد ونشر أمثلة للممارسات الجيدة لتدابير السياسات القطاعية التي تعود بالفائدة على التغذية.

٤٩- الأنشطة المقترحة للشركاء الدوليين

- (أ) الدخول في مشاورات من أجل تحليل الآثار الصحية والتغذوية للسياسات القائمة التي تشتمل على مجالات التجارة والزراعة والعمل والتعليم والحماية الاجتماعية، بهدف تحديد ووصف خيارات السياسات لتحسين حصائل التغذية؛
- (ب) تحليل البيانات على فعالية التدخلات الرامية إلى تحسين الأمن الغذائي والرعاية الاجتماعية والتعليم في البلدان ذات الدخل المنخفض.

الإجراء ٤: إتاحة ما يكفي من الموارد البشرية والمالية لتنفيذ التدخلات التغذوية

٥٠- هناك حاجة إلى القدرات التقنية والإدارية لتنفيذ برامج التغذية على نطاق واسع وكامل لتصميم السياسات متعددة القطاعات وتنفيذها. وينبغي أن يكون تطوير القدرات جزءاً لا يتجزأ من خطط توسيع نطاق التدخلات التغذوية. فيحد عدم توافر الموارد البشرية من توسع جهود التغذية، كما أن نسبة العاملين في مجال الرعاية الأولية للسكان هي محدد رئيسي لمدى فعالية البرنامج. والمطلوب هو بناء القدرات في مجال التغذية في كل من قطاع الصحة على جميع المستويات وسائر القطاعات.

٥١- وثمة حاجة أيضاً إلى مزيد من الموارد المالية لزيادة رقعة التدخلات التغذوية، إذ لا تحصل حالياً برامج التغذية إلا على أقل من ١٪ من إجمالي مساعدات التنمية. ووفقاً لحسابات البنك الدولي، سيلزم توفير مبلغ قدره ١٠ ٥٠٠ مليون دولار أمريكي سنوياً لتنفيذ التدخلات التغذوية ذات الأولوية القصوى على نطاق وطني في البلدان التي ترزح تحت وطأة أكبر عبء ناجم عن سوء تغذية الأمهات والأطفال^١. وعلاوة على ذلك، فإن الموارد التي يمكن التنبؤ بتوفيرها تُعد ضرورية للمواظبة على تنفيذ البرنامج بمستوى متزايد.

٥٢- ويلزم أن تبذل الحكومات والجهات المانحة جهوداً مشتركة. وقد تُحقق زيادة في الموارد بفضل آليات التمويل المبتكرة، كتلك التي نوقشت في سياق صحة الأمهات والأطفال.

٥٣- وينبغي أن تخصص الحكومات بنداً في الميزانية بشأن برامج التغذية وتحدد أهداف تمويلها. ويمكن استخدام ضرائب المكوس (من قبيل المفروض منها على التبغ والكحول) لأغراض إنشاء صناديق وطنية لتوسيع التدخلات التغذوية.

٥٤- وعلى الصعيد الدولي، فإن الآليات الجاري النظر فيها من أجل صحة الأمهات والأطفال تشمل مرفق التمويل الدولي، والتزامات السوق المسبقة لتمويل البحث والتطوير و"الإعفاء الضريبي" لتخصيص حصة من ضرائب القيمة المضافة على السلع والخدمات من أجل التنمية ومساهمات التضامن الطوعي من خلال مبيعات تذاكر الطيران الإلكترونية أو عقود الهاتف النقال. وكذلك بحثت الجهات المانحة التمويل المعتمد على النتائج كحافز لتحقيق الأهداف.

٥٥- ومن ناحية المصروفات، ينبغي السعي إلى زيادة كفاءة برامج التمويل، بوسائل منها تحسين مواعيد استثمارات المانحين مع الأولويات الوطنية، واتخاذ تدابير لخفض تكلفة المكملات التغذوية الدقيقة والأغذية العلاجية جاهزة الاستخدام، وأيضاً عن طريق خفض رسوم تسجيل براءات الاختراع.

٥٦- وستكون المراقبة المالية والشفافية في استخدام الموارد ضروريتين لتحسين المساءلة وزيادة الكفاءة.

٥٧- الأنشطة المقترحة للدول الأعضاء

(أ) تحديد احتياجات بناء القدرات ورسم خرائط لها، وإدراج تنمية القدرات في خطط توسيع نطاق الإجراءات التغذوية؛

(ب) تنفيذ نهج شامل لبناء القدرات، بما في ذلك تنمية القوى العاملة، فضلاً عن تنمية المهارات القيادية، وتعزيز المؤسسات الأكاديمية، والتطوير التنظيمي والشراكات؛

(ج) تحديد تكلفة خطة التوسع والفوائد المتوقعة، بما في ذلك نسبة التكاليف اللازمة لتنمية القدرات وتعزيز تقديم الخدمات؛

(د) تقديم الدعم للمجتمعات المحلية بغرض تنفيذ الإجراءات التغذوية على مستوى المجتمع المحلي؛

(هـ) تخصيص بند في الميزانية للتغذية وتحديد الأهداف المالية الوطنية لها؛

(و) توجيه الأموال التي تم الحصول عليها من ضرائب المكوس للتدخلات التغذوية.

٥٨ - الأنشطة المقترحة للأمانة

- (أ) دعم تطوير القوى العاملة والقيادة والقدرات التقنية والإدارية في مجال التغذية في الدول الأعضاء من خلال ورش العمل والتعلم عن بعد وجماعات الممارسة وتوفير المواد التدريبية؛
- (ب) إتاحة الأدوات المحسنة لبناء القدرات، ودعم جهود بناء القدرات التي تبذلها الدول الأعضاء؛
- (ج) توفير أدوات تقدير تكاليف التدخلات التغذوية.

٥٩ - الأنشطة المقترحة للشركاء الدوليين

- (أ) الالتزام بمبادئ إعلان باريس بشأن فعالية المعونة وبرنامج عمل أكرا، وتوحيد دعم الجهات المانحة على المستوى القطري؛
- (ب) وضع معايير للكفاءة الدولية تختص بتنمية القوى العاملة في مجال الصحة العمومية والتغذية، وتراعي المستويات المختلفة في القوة العاملة (عمال الخطوط الأمامية والمديرين والمتخصصين) ومختلف سياقات السياسة (أي القدرة على العمل المشترك بين القطاعات) والممارسة (أي العبء المزدوج الناجم عن سوء التغذية)، وتدعم تنقيح المناهج الدراسية للتدريب قبل الانخراط في الخدمة وأثناء الخدمة لجميع مستويات العاملين في مجال الصحة؛
- (ج) إقامة التحالفات الأكاديمية التي تهدف إلى توفير الدعم المؤسسي لتنمية القدرات في الدول الأعضاء؛
- (د) استكشاف أدوات التمويل المبتكرة لتمويل توسيع نطاق برامج التغذية.

الإجراء ٥: رصد وتقييم تنفيذ السياسات والبرامج

- ٦٠ - ثمة حاجة إلى إطار رصد واضح المعالم لتقييم التقدم المُحرز نحو تحقيق أهداف خطة التنفيذ الشاملة. وينبغي أن يوفر الإطار المساهمة حول الإجراءات التي تم تنفيذها، والموارد والنتائج. وأن يشمل المؤشرات الخاصة بالمدخلات (السياسات والأطر التشريعية والموارد البشرية)، والمخرجات والحصائل (تنفيذ برامج التغذية والأمن الغذائي) والأثر (الحالة التغذوية والوفيات).
- ٦١ - وترد مجموعة مؤشرات مقترحة في الوثيقة المرجعية التي وضعتها المنظمة في إطار إعداد هذه الخطة.^١ وينبغي موازنة المؤشرات مع السياق القطري وأولوياته، مع الاحتفاظ بها لأغراض التقييم على المستوى الدولي. وينبغي النظر في مؤشرات إضافية لرصد التقدم المُحرز في العمل المشترك بين القطاعات.
- ٦٢ - وينبغي وضع نظم مراقبة لضمان التدفق المنتظم للمعلومات لصانعي السياسات. كذلك ينبغي أن تتماشى توقيات الإبلاغ مع الأولويات الوطنية واشتراطات الأجهزة الرئاسية.^٢

^١ Indicators to monitor the implementation and achievements of initiatives to scale up nutrition actions. Geneva, World Health Organization, 2012.

^٢ يمكن الجمع بين الإبلاغ عن تنفيذ الخطة وبين التقارير التي تقدم كل سنتين إلى جمعية الصحة وفقاً للمادة ١١-٧ من المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم، المعتمدة في القرار ج ص ع ٣٤-٢٢.

٦٣- الأنشطة المقترحة للدول الأعضاء

- (أ) وضع أو تعزيز أنظمة المراقبة لجمع المعلومات عن مدخلات ومخرجات/ حصائل محددة ومؤشرات قياس الأثر؛
- (ب) تطبيق معايير المنظمة بشأن نمو الطفل لرصد فرادى أنماط النمو بين الأفراد ومستويات الإصابة بالتقزم والهزال وزيادة الوزن؛
- (ج) ضمان إدراج معلومات وافية عن مؤشرات التغذية في عملية الاستعراض السنوي الذي أوصت به اللجنة المعنية بالمعلومات والمساءلة عن صحة المرأة والطفل في البلدان ذات الدخل المنخفض وأعلى عبء لوفيات الأمهات والأطفال، فضلاً عن تسليط ضوء كافٍ على الفروق الاجتماعية.

٦٤- الأنشطة المقترحة للأمانة

- (أ) توفير الدعم المنهجي لجمع المدخلات والمخرجات/ الحصائل المحددة ومؤشرات قياس الأثر، بما في ذلك البروتوكولات وتصميم نظم المراقبة؛
- (ب) إنشاء قاعدة بيانات للمدخلات والمخرجات/ الحصائل المحددة ومؤشرات قياس الأثر؛
- (ج) رفع التقارير عن التقدم المحرز على الصعيد العالمي في تطوير خطط التغذية الوطنية وسياساتها وبرامجها وتعزيزها وتنفيذها؛
- (د) دعم الدول الأعضاء في تطبيق معايير المنظمة بشأن نمو الطفل.

٦٥- الأنشطة المقترحة للشركاء الدوليين

- (أ) اعتماد إطار العمل المقترح للمؤشرات كأداة لرصد تنفيذ أنشطة التنمية؛
- (ب) دعم جمع وتبادل المعلومات بين المنظمات، وذلك بهدف ضمان أن تمنح قواعد بيانات المدخلات والمخرجات/ الحصائل ومؤشرات قياس الأثر تغطية على صعيد عالمي.