

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Комплексный план осуществления действий в области питания матерей, а также детей грудного и раннего возраста¹

[A65/11 – 26 апреля 2012 г. и
A65/11 Corr.1 – 11 мая 2012 г.]

ОБОСНОВАНИЕ

Глобальные проблемы в области питания являются многогранными

1. Адекватное предоставление питательных веществ, начиная с ранних этапов жизни, имеет важное значение для обеспечения хорошего физического и психического развития и долгосрочного здоровья. Недостаточное наличие или доступ к продуктам адекватного питательного качества или же воздействие условий, которые препятствуют усвоению или использованию питательных веществ, приводят к тому, что значительные группы населения в мире недоедают, имеют плохой витаминный и минеральный статус или страдают от ожирения, и в то же время между группами населения наблюдаются значительные различия. Эти состояния часто присутствуют одновременно и являются взаимосвязанными.
2. Среди женщин как низкий индекс массы тела, так и невысокий рост сильно распространены в странах с низким уровнем доходов, приводят к плохому развитию плода, повышенному риску осложнений во время беременности и необходимости квалифицированной помощи при родах². В некоторых странах южно-центральной Азии рост более 10% женщин в возрасте 15-49 лет составляет менее 145 сантиметров. В странах Африки к югу от Сахары, южно-центральной и юго-восточной Азии индекс массы тела у 20% женщин составляет менее 18,5 кг/м² и эта цифра достигает 40% в Бангладеш, Эритрее и Индии. В противоположность этому, все больше женщин беременеют при индексе массы тела более 30 кг/м², что приводит к повышенному риску осложнений при беременности и родах, а также к большей массе тела при рождении и повышенному риску ожирения у детей.
3. Железодефицитная анемия поражает 30% женщин репродуктивного возраста (468 миллионов) и 42% беременных женщин (56 миллионов). Анемия у матерей связана

¹ Одобренный Шестидесятой сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения в резолюции WHA65.6.

² 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/>, по состоянию на 27 марта 2012 г.).

с пониженной массой тела при рождении и с повышенным риском материнской смертности. Показатели анемии за последние два десятилетия заметно не улучшились¹.

4. По оценкам, ежегодно 13 миллионов детей рождаются с задержкой внутриутробного развития² и приблизительно 20 миллионов - с низкой массой тела при рождении³. Ребенок, родившийся с низкой массой тела, в последующей жизни подвержен повышенному риску заболеваемости и смертности, а также большей вероятности неинфекционных заболеваний, таких как диабет и гипертензия.

5. В 2010 г. приблизительно 115 миллионов детей имели пониженную массу тела, 55 миллионов имели низкую массу тела по отношению к росту и 171 миллион детей в возрасте до пяти лет имел задержку развития⁴. Согласно оценкам, доля детей в возрасте до пяти лет, имеющих пониженную массу тела, в развивающихся странах в период между 1990 г. и 2010 г. уменьшилась с 29% до 18%, но этого еще недостаточно, чтобы выполнить указанную в Декларации тысячелетия Задачу 1.С Цели 1 в области развития, состоящую в сокращении вдвое в период между 1990 г. и 2015 г. уровней распространенности пониженной массы тела. Достаточное снижение произошло в Азии и Латинской Америке, но значительные усилия все еще необходимы в Африке. Кроме того, в 2010 г. 43 миллиона детей дошкольного возраста в развивающихся и развитых странах имели избыточную массу тела или страдали от ожирения⁵. Распространенность детского ожирения в странах с низким и средним уровнями доходов за последние 10 лет ускоряется; по оценке ВОЗ, в 2015 г. этот коэффициент достигнет 11%, что приближается к распространенности в странах с уровнем доходов выше среднего (12%). Страдающие ожирением дети вполне вероятно вырастут в страдающих ожирением взрослых; будут иметь повышенный риск диабета типа 2; болезни печени и нарушения дыхания, связанные со сном; и уменьшенные шансы социальных и экономических успехов во взрослой жизни.

6. Анемия поражает 47,4% (293 миллиона) детей в группе дошкольного возраста⁶ и 33,3% (190 миллионов) детей дошкольного возраста во всем мире страдают от дефицита витамина А⁷.

¹ United Nations System Standing Committee on Nutrition. *Progress in nutrition: Sixth report on the world nutrition situation*. Geneva, UNSCN Secretariat, 2010.

² 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.

³ United Nations Children's Fund and World Health Organization, *Low birthweight: country, regional and global estimates*. New York, UNICEF, 2004.

⁴ Underweight and stunting: *World Health Statistics, 2010*. Geneva, World Health Organization, 2010.

⁵ de Onis M, Bloessner M, Borghi E. Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. *The American Journal of Clinical Nutrition* 2010; **92**: 1257–64.

⁶ 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.

⁷ *Global prevalence of vitamin A deficiency in populations at risk 1995–2005: WHO global database on vitamin A deficiency*. Geneva, World Health Organization, 2009.

7. На нутритивный статус влияют также факторы, связанные с окружающей средой. В странах с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции эта инфекция оказывает как прямое влияние на нутритивный статус инфицированных женщин и детей, так и косвенное в результате ухудшения продовольственной безопасности у домашних хозяйств и неправильного выбора практики кормления грудных детей для предотвращения передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку. Плохая продовольственная безопасность повышает вероятность принятия женщинами рискованного поведения, которое подвергает их повышенному риску инфицирования ВИЧ. Употребление табака (как табакокурение, так и употребление бездымного табака) во время беременности отрицательно влияет на здоровье плода. Непосредственное курение матери, так же как воздействие вторичного табачного дыма во время беременности повышает риск осложнений при беременности, включая низкую массу тела ребенка при рождении и преждевременные роды. Во многих странах с низким и средним уровнями доходов, курят все больше людей, особенно молодые девушки и женщины репродуктивного возраста. Несмотря на то, что доля курящих женщин во многих странах является низкой, женщины и их дети по-прежнему подвергаются высокому риску неблагоприятного исхода беременности из-за воздействия на них вторичного табачного дыма. При употреблении табака вредные вещества передаются плоду через плаценту, а новорожденным - через грудное молоко. Расходы на табак ограничивают также возможности семей обеспечить лучшее питание для беременных женщин и детей.

8. По оценкам, недостаточность питания в детском возрасте является причиной 35% всех случаев смерти детей в возрасте до пяти лет. Более двух миллионов детей умирают ежегодно в результате недоедания до достижения ими пяти лет и, как предполагается, железодефицитная анемия способствует значительному числу случаев материнской смерти ежегодно в странах с низким и средним уровнями доходов. На недостаточное питание матерей и детей приходится 11% глобального бремени болезней¹.

9. Недостаточность питания оказывает отрицательное воздействие на когнитивное развитие, успехи в школе и на производительность. Задержка роста и дефицит йода и железа в сочетании с недостаточным когнитивным стимулированием являются ведущими факторами риска, которые способствуют тому, что приблизительно 200 миллионов детей не достигают своего полного потенциала развития. Каждый процент увеличения роста взрослых людей связан с увеличением на 4% заработной платы в сельском хозяйстве², а ликвидация анемии могла бы привести к увеличению производительности взрослых на 5%-17%. Недостаточность питания является препятствием для прогресса в достижении Целей тысячелетия в области развития: Цели 1 (Ликвидация крайней нищеты и голода), Цели 2 (Обеспечение всеобщего начального образования), Цели 3 (Поощрение равенства мужчин и женщин и расширение прав и возможностей женщин), Цели 4 (Сокращение детской смертности), Цели 5 (Улучшение охраны материнства) и Цели 6 (Борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими болезнями).

¹ Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, de Onis M, Ezzati M, Mathers C, Rivera J. Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet*. 2008; **371**: 243-260.

² 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.

Эффективные действия в области питания существуют, но не осуществляются в достаточно широких масштабах

10. Обзор и анализ политики государств-членов в 2009-2010 гг.¹ показал, что большинство стран имеют разнообразные политику и программы по питанию. Однако такая политика часто является неадекватной перед лицом сложности проблем в области питания матерей и детей грудного и раннего возраста и не оказывает ожидаемого воздействия.

11. Даже если политика в области питания существует, она не всегда является официально принятой, часто не имеет оперативных планов и программ работы с четкими целями, задачами, сроками и результатами; не указывает роли и обязанности участников или не определяет потребности в кадрах и возможностях; и не включает оценку процессов и результатов.

12. Обзор политики показал, что исправление положения в отношении недостаточности питания матерей не было приоритетом в странах с высоким бременем материнской смертности. Немногие из 36 стран с наивысшим бременем недостаточности питания осуществляют в национальных масштабах полный набор эффективных мероприятий для предупреждения низкой массы тела у детей и недостаточности питания матерей, а также для содействия раннему развитию ребенка.

13. Мероприятиям, которые могут выполняться непосредственно сектором здравоохранения, не хватает детального руководства по осуществлению и они выполняются лишь частично, если системы здравоохранения являются слабыми. Многие страны приняли комплексные стратегии в области здоровья матерей, новорожденных и детей более старшего возраста, которые включают мероприятия в области питания, но фактическое оказание поддержки питанию в службах здравоохранения часто является неадекватным и имеется мало показателей для измерения охвата.

14. В национальных стратегиях развития не уделяется должное внимание вопросам питания. Национальная политика по продовольствию и питанию часто сосредоточена на моделях информации и информированного выбора и мало внимания обращает на структурные, фискальные и регулирующие меры, направленные на изменение неблагоприятных для питания условий.

15. Осуществление программ недостаточно хорошо координируется между различными участниками. Во всех регионах координация политики и руководство политикой в большинстве случаев происходит в министерствах здравоохранения с различным вкладом со стороны министерств образования, сельского хозяйства, продовольствия и социального обеспечения. Осуществление политики и программ часто зависит от внешнего финансирования и не является стабильным. Мониторинг деятельности проводится либо нерегулярно, либо неудовлетворительно.

16. Осуществление Международного свода правил сбыта заменителей грудного молока и связанных с ним последующих резолюций Ассамблеи здравоохранения не является

¹ *A review of food and nutrition policies*. Geneva, World Health Organization, 2012.

согласованным между странами. Законодательные положения приняты в 103 государствах-членах и составлены в 9; 37 государств-членов полагаются на добровольное соблюдение изготовителями детских смесей, и 25 государств-членов не предприняли никаких действий для соблюдения Кодекса; информация для 20 государств-членов отсутствует¹.

17. В большинстве из этих 103 государств-членов имеются законодательные положения для запрещения пропаганды определенных продуктов среди широких слоев населения, работников здравоохранения и в медицинских учреждениях, а также положения с требованиями в отношении маркировки. Меньше государств-членов имеют положения, касающиеся предупреждений о контаминации и запретов на утверждения о питательной ценности или пользе для здоровья.

18. Менее 50% стран, принявших законодательные меры, имеют также законодательные положения о мониторинге соблюдения Кодекса. Только 37 стран имеют функционирующие механизмы для мониторинга и/или принудительного исполнения, и имеющаяся информация о составе, полномочиях и функциях таких механизмов является ограниченной.

19. Региональные бюро продолжают обновлять информацию об осуществлении Кодекса. Предпринятый недавно ПАОЗ обзор осуществления Кодекса в 1981-2011 гг.² свидетельствует о том, что 16 стран имеют законодательные меры, и шесть из них регулируют осуществление законом. Предпринятый в 2007 г. ЮНИСЕФ обзор 24 стран Западной и Центральной Африки³ показал, что в половине из этих стран имелись всесторонние законодательные меры.

ЦЕЛЬ, ЗАДАЧИ И СРОКИ

20. Данный план направлен на облегчение двойного бремени недостаточности питания у детей, начиная с самых ранних этапов развития. Значительные преимущества могут быть получены посредством концентрации усилий в период с момента зачатия до окончания первых двух лет жизни, однако в то же время необходимо рассмотреть подход, основанный на всем жизненном цикле, чтобы нутритивный статус можно было поддерживать.

21. Прогресса можно достичь за короткий период, и большинство задач в области питания могут быть решены на протяжении жизни нынешнего поколения. Например, с помощью существующих в настоящее время нутриционистских мероприятий за короткий период

¹ Информация получена от ЮНИСЕФ; эти страны включают также все государства-члены, сообщившие о соблюдении Кодекса, как этого требуют его статьи 11.6 и 11.7. Вопросники были направлены государствам-членам в 2007 г. и 2009 г. и результаты кратко представлены в документах A61/17 Add.1, раздел F, и A63/9.

² 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.

³ 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.

времени можно предотвратить по крайней мере одну треть случаев задержки развития¹. Однако полная ликвидация некоторых состояний может потребовать более длительных сроков. Необходимы обязательства на десятилетние инвестиции для расширения нутриционистских мероприятий с целью предотвращения одного миллиона случаев детской смерти ежегодно. Учитывая необходимость согласовать этот план с другими схемами развития, в которых также принимается во внимание питание, предлагается, чтобы этот план был рассчитан на 13-летний срок (2012-2025 гг.). Отчетность будет производиться один раз в два года до 2022 г. и последний доклад будет представлен в 2025 году.

22. Глобальные задачи играют важную роль при определении приоритетных областей и в качестве катализаторов глобальных перемен. Глобальные задачи могут вдохновлять на выбор приоритетов и устремлений на страновом уровне. Они не предназначены для навязывания выбора для отдельных стран и регионов. Глобальные задачи могут служить для оценки достижений и построения механизмов отчетности. Задачи необходимы для таких нутритивных состояний, которые ответственны за значительную часть бремени заболеваемости и смертности, связанных с питанием, с момента зачатия до первых двух лет жизни: задержку развития, материнскую анемию и низкую массу тела при рождении². Пониженная масса тела ребенка, в которой задержка роста представляет значительную долю, является самой крупной причиной смерти и потерянных из-за инвалидности лет жизни у детей в возрасте до пяти лет, а железодефицитная анемия способствует материнской смертности в странах с низким и средним уровнем доходов. Задачи в этом отношении дополняют и поддержат Задачу 1.С Цели тысячелетия в области развития 1 в связи с сокращением распространенности случаев пониженной массы тела у детей. Четвертая задача этой цели, касающаяся избыточной массы тела у детей, является оправданной, учитывая наблюдаемое во всем мире быстрое увеличение распространенности этого состояния. Предложенные задачи основаны на опыте стран и существовании эффективных мероприятий.

23. **Глобальная задача 1: сократить к 2025 г. на 40% случаи задержки развития детей в возрасте до пяти лет.** Эта задача подразумевает сравнительное сокращение к 2025 г. случаев задержки развития детей в возрасте до 5 лет на 40% по сравнению с базовым показателем 2010 года. Это будет означать сравнительное сокращение на 3,9 % в год в период между 2012 г. и 2025 г.³ и подразумевает уменьшение числа детей с задержкой роста с 171 миллиона в 2010 г. до приблизительно 100 миллионов, т.е. примерно на 25 миллионов меньше, чем это число могло бы быть, если бы существующие тенденции не подверглись изменениям⁴. Анализ данных по 110 странам в отношении

¹ 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.

² Разработка глобальных задач была предложена государствами-членами на региональных консультациях. Предварительные тексты задач были обсуждены на региональных консультациях в Регионе стран Америки и Регионе Восточного Средиземноморья, однако необходимо провести более широкие консультации с государствами-членами на сессии Исполнительного комитета и с помощью электронных средств.

³ $R = \ln(P1/P2)/t$.

⁴ de Onis M, Bloessner M, Borghi E. Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children, 1990–2020. *Public Health Nutrition* 2012; 15:142-148.

распространенности задержки роста по крайней мере по двум эпизодам за период 1995-2010 гг.¹ показывает, что в глобальных масштабах задержка роста сокращается темпами, составляющими 1,8% в год (2,6% в странах с распространенностью задержки роста более 30%). За этот период 20% стран снижали задержку роста темпами, составляющими 3,9% или выше.

24. Глобальная задача 2: сократить к 2025 г. на 50% случаи анемии у женщин репродуктивного возраста. Эта задача предполагает сравнительное снижение к 2025 г. на 50% числа небеременных женщин репродуктивного возраста (15-49 лет), страдающих анемией, по сравнению с базовым показателем за период 1993-2005 гг., используемым в качестве точки отсчета. Это будет соответствовать ежегодному сравнительному сокращению числа случаев анемии на 5,3% в период между 2012 г. и 2025 г. и означает снижение числа небеременных женщин, страдающих анемией, до приблизительно 230 миллионов. В некоторых странах наблюдалось снижение распространенности анемии у небеременных женщин, что следует из неоднократно проводимых национальных обзоров, которые упомянуты в Шестом докладе о положении в мире в области питания, подготовленном Постоянным Комитетом Организации Объединенных Наций по питанию²: в Китае с 50% до 19,9% за 21 год (1981-2002 гг.); в Непале с 65% до 34% за 8 лет (1998-2006 гг.); в Шри-Ланке с 59,8% до 31,9% за 13 лет (1988-2001 гг.); в Камбодже с 56,2% до 44,4% за 6 лет (2000-2006 гг.); во Вьетнаме с 40% до 24,3% за 14 лет (1987-2001 гг.); и в Гватемале с 35% до 20,2% за 7 лет (1995-2002 гг.). Эти цифры свидетельствуют о ежегодном относительном снижении на 4%-8%.

25. Глобальная задача 3: снижение к 2025 г. на 30% числа детей с низкой массой тела при рождении. Задача предполагает относительное снижение к 2025 г. на 30% числа детей грудного возраста, имевших при рождении вес менее 2500 гр. по сравнению с базовым показателем, установленным в 2006-2010 гг. и применяемым в качестве эталонной отправной точки. Это будет означать относительное снижение на 3,9% в год за период 2012-2025 годы. В Бангладеш и Индии, где рождается приблизительно половина детей в мире с низкой массой тела, распространенность таких случаев уменьшилась, соответственно, с 30,0% до 21,6% (между 1998 г. и 2006 г.) и с 30,4% до 28,0% (между 1999 г. и 2005 г.). Снижение распространенности низкой массы тела при рождении отмечается в Сальвадоре (с 13% до 7% между 1998 г. и 2003 г.), в Южной Африке (с 15,1% до 9,9% между 1998 г. и 2003 г.) и в Объединенной Республике Танзания (с 13,0% до 9,5% между 1999 г. и 2005 г.). В этих примерах зарегистрированные показатели снижения находятся в диапазоне от 1% до 12% в год. Более высокие темпы снижения наблюдались в странах, где значительная доля низкого веса при рождении объясняется ограничениями внутриутробного развития, частичного устранения которых добиться легче, чем снижения количества преждевременных родов.

26. Глобальная задача 4: отсутствие к 2025 г. роста числа случаев детского ожирения. Задача предполагает, что глобальная распространенность ожирения, составляющая 6,7% (95% доверительный интервал (ДИ) – 5,6-7,7), рассчитанная на 2010 г. согласно нынешним

¹ Получено по 430 точкам данных.

² Постоянный комитет Организации Объединенных Наций по питанию. Шестой доклад о положении в мире в области питания. Женева, 2010 г.

тенденциям¹, не должна возрасти до 10,8% (в 2025 г.) и что число детей в возрасте до пяти лет, страдающих избыточной массой тела, не должно возрасти с 43 миллионов до приблизительно 70 миллионов, как это могло бы выходить из прогнозов. В разных регионах мира показатели роста различны, причем более быстрые темпы отмечаются в странах, в которых быстро расширяются продовольственные системы, в таких как страны Северной Африки. В странах с более высоким уровнем доходов информация, поступающая с национального и регионального уровней, указывает на то, что в социально-экономических группах, занимающих более высокое положение, темпы роста детского ожирения ниже. Образ жизни и работу в области экологии, проводимую в этих условиях, можно взять за образец надлежащей практики. В странах с низким и средним уровнем доходов программный опыт невелик. Программы борьбы против детского ожирения ориентированы главным образом на детей школьного возраста². Помимо этого, важную роль играет предупреждение увеличения распространенности избыточного веса у детей в странах, где ведется работа по предупреждению задержки роста.

27. Глобальная задача 5: увеличить к 2025 г. по крайней мере, на 50% распространенность исключительно грудного вскармливания в первые шесть месяцев жизни. Эта задача предполагает, что текущий глобальный показатель, составляющий, согласно расчетам, 37% за период 2006–2010 гг., должен к 2025 г. возрасти до 50%. Для этого потребуются относительный прирост в 2,3% за год, в результате чего примерно еще 10 миллионов детей будут получать исключительно грудное вскармливание до шестимесячного возраста. Во всем мире показатели исключительно грудного вскармливания увеличилась с 14% в 1985 г. до 38% в 1995 г., но существенно снизилась в большинстве регионов. Однако быстрое и существенное увеличение коэффициентов распространенности исключительно грудного вскармливания, нередко превышающих намечаемую глобальную задачу, достигнуто в отдельных странах всех регионов, в таких как Камбоджа (с 12% до 60% между 2000 г. и 2005 г.) в Мали (с 8% до 38% между 1996 г. и 2006 г.) и в Перу (с 33% до 64% между 1992 г. и 2007 г.).

28. Глобальная задача 6: сократить к 2025 г. распространенность истощения у детей до уровня менее 5% и удержать на этом уровне. Эта задача предполагает, что глобальная распространенность истощения у детей, составляющая, по оценке за 2010 г., 8,6%, должна быть снижена в 2025 г. до менее 5% и должна удерживаться ниже этого уровня³. В период 2005–2010 гг. 53 страны сообщали о распространенности истощения у детей, превышавшей уровень 5% как минимум один раз. Для снижения распространенности истощения необходимы профилактические меры, например доступность высококачественных продуктов и медико-санитарной помощи; улучшение питания и знания санитарных норм и практики; исключительно грудное вскармливание в течение первых шести месяцев и более передовые методы дополнительного кормления всех детей в возрасте от 6 до 24 месяцев; а

¹ de Onis M, Bloessner M, Borghi E. Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2010; 92:1257–1264.

² Population-based prevention strategies for childhood obesity: report of a WHO forum and technical meeting, Geneva, 15–17 December 2009.

³ Глобальные и региональные оценки ВОЗ по тенденциям недоедания у детей.

также более эффективные системы водоснабжения и санитарии и гигиеническая практика, которые оберегают детей от инфекционных заболеваний. Значительные контингенты детей в состоянии тяжелого истощения могут проходить лечение в домашних условиях, без помещения их в медучреждение или в центр терапевтического кормления¹. В случаях умеренной острой недостаточности питания лечение должно проводиться с оптимальным использованием доступных на месте продуктов питания, добавляя при необходимости дополнительные продукты специальной рецептуры.

ПРАКТИЧЕСКИЕ МЕРЫ

29. Этот план действий иллюстрирует ряд приоритетных мероприятий, которые следует совместно осуществлять государствам-членам и международным партнерам. Понадобится адаптация к условиям конкретных стран и регионов под руководством соответствующих национальных и региональных органов.

МЕРА 1: Создать благоприятную среду для осуществления всесторонней политики в области продовольствия и питания

30. Прогресс в достижении целей в области питания требует политической приверженности на высоком уровне и широкой общественной поддержки. Существующую политику в области продовольствия и питания необходимо пересмотреть, чтобы полностью решить все основные задачи в области питания и воздействовать на распределение этих проблем в обществе. Дальнейшей целью такого пересмотра является обеспечение центрального места вопросов питания в политике других секторов и в общей политике развития. Важными факторами для успешного осуществления этой политики являются: (a) официальное принятие соответствующими правительственными органами; (b) создание межсекторального механизма управления; (c) привлечение партнеров по развитию и гражданского общества; и (d) участие местного населения. Частный сектор также может содействовать лучшему снабжению продовольствием и повысить занятость и, следовательно, доходы. Для предотвращения возможных конфликтов интересов должны быть задействованы необходимые гарантии.

31. Действия, предлагаемые для государств-членов

- (a) пересмотреть политику в области питания, чтобы она полностью учитывала двойное бремя недостаточности питания, использовала подход, основанный на правах человека, и была официально одобрена парламентом или правительством;

¹ Ведение тяжелой острой недостаточности питания в общине. Совместное заявление Всемирной организации здравоохранения, Всемирной продовольственной программы, Постоянного комитета системы Организации Объединенных Наций по вопросам питания и Детского фонда Организации Объединенных Наций. ВОЗ, Женева, 2007 г.

- (b) включить вопросы питания в общую политику развития страны, документы в отношении Стратегии по сокращению бедности и в соответствующие секторальные стратегии;
- (c) создать эффективные межсекторальные механизмы стратегического управления для осуществления политики в области питания на национальном и местном уровнях, способствующей интеграции политики во все секторы;
- (d) привлечь местные органы управления и население к разработке планов по расширению мер в области питания и обеспечить их включение в существующие программы работы с населением;
- (e) установить диалог с соответствующими национальными и международными сторонами и сформировать альянсы и партнерства для расширения практических мер в области питания, создавая адекватные механизмы обеспечения гарантий против возможного конфликта интересов.

32. Действия, предлагаемые для Секретариата

- (a) оказать поддержку государствам-членам, по их просьбам, в укреплении национальной политики и стратегий в области питания, а также связанных с питанием компонентов в политике других секторов, включая национальную политику в области развития и документы в отношении Стратегии по сокращению бедности;
- (b) улучшить доступ к нормативным и политическим руководящим принципам, информационным продуктам, практическим средствам и сетям экспертов.

33. Действия, предлагаемые для международных партнеров

- (a) осуществить глобальные информационно-пропагандистские инициативы, повышающие осознание общественностью необходимости расширить практические меры в области питания;
- (b) укрепить международное сотрудничество по вопросам питания, чтобы согласовать стандарты, политику и действия с помощью адекватных механизмов и межправительственных органов, таких как Всемирная ассамблея здравоохранения, Комитет по всемирной продовольственной безопасности и Экономический и Социальный Совет Организации Объединенных Наций;
- (c) принять участие в международных механизмах координации, включая движение за Расширение масштабов действий в области питания и Постоянный комитет по питанию Организации Объединенных Наций.

МЕРА 2: Включить в национальные планы по питанию все необходимые и эффективные действия, влияющие на питание

34. Многие разнообразные действия, направленные на изменение поведения, оказание нутритивной поддержки и уменьшение воздействия ряда экологических факторов риска доказали свою эффективность и должны быть рассмотрены для осуществления в национальных масштабах. Эффективные непосредственные мероприятия в области питания и в области здравоохранения, которые оказывают влияние на питание и могут быть осуществлены системой здравоохранения, кратко изложены в справочном документе, прилагаемом к настоящему плану¹, и соответствующая информация передана в электронную библиотеку ВОЗ Фактической информации о практических действиях в области питания. Этот список включает мероприятия, которые необходимо рассмотреть либо для отдельных групп населения, либо в особых обстоятельствах, включая чрезвычайные ситуации. Принятые в ВОЗ процедуры обеспечивают постоянное обновление фактической информации и выявление пробелов в исследованиях. Эти меры служат в качестве вариантов, приводимых в действие в зависимости от потребностей стран.

35. Наибольшие преимущества получаются в результате улучшения питания на ранних этапах жизни. Вместе с тем необходим также подход к улучшению питания, основанный на всем жизненном цикле, с действиями, направленными на детей более старшего возраста и подростков, помимо детей грудного и раннего возраста, с тем чтобы обеспечить наилучшие возможные условия для матерей до зачатия и уменьшить частоту случаев низкой массы тела при рождении и прервать следующий из поколение в поколение цикл недостаточности питания. Кроме этого для решения проблемы детского ожирения потребуются принимать меры на протяжении всех лет обучения в школе².

36. Мероприятия должны быть в максимально возможной степени интегрированы в существующие системы медико-санитарной помощи. Они должны быть увязаны с существующими программами и осуществляться комплексно, чтобы повысить эффективность с точки зрения затрат. Важное значение будет иметь осуществление принятых ВОЗ подходов и мероприятий: Комплексного ведения детских болезней, Комплексного ведения болезней подростков и взрослых и Комплексного ведения беременности и родов. Кроме того, укрепление систем здравоохранения является центральным элементом успешной стратегии в области питания.

37. Структура комплексных мероприятий может основываться на потребностях страны и на уровне инвестиций. Программы, основанные на общине, объединяющие различные мероприятия, непосредственно осуществляемые в области питания в рамках первичной медико-санитарной помощи, с системами обеспечения всеобщего доступа, должны получить приоритет как эффективные с точки зрения затрат. Группа организаций системы Организации Объединенных Наций совместно разработала программный пакет “OneHealth Costing Tool”, который можно легко приспособить к различным условиям в странах.

¹ *Essential nutrition actions. Improving maternal-newborn-infant and young child health and nutrition.* Geneva, World Health Organization, 2012.

² *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.

38. Действия, предлагаемые для государств-членов

- (а) включить все проверенные мероприятия в области питания, целесообразные для данной страны, в службы охраны здоровья матерей, детей и подростков и обеспечить их доступность для всех;
- (б) учитывать глобальную стратегию по питанию детей грудного и раннего возраста, глобальную стратегию по питанию и физической активности и рекомендации ВОЗ по питанию в национальной политике;
- (с) укрепить системы здравоохранения, содействовать всеобщему охвату и принципам первичной медико-санитарной помощи;
- (d) разработать или, в случае необходимости, укрепить законодательные, регулирующие и другие эффективные меры для борьбы с маркетингом заменителей грудного молока, чтобы обеспечить соблюдение Международного свода правил сбыта заменителей грудного молока и выполнение соответствующих резолюций, принятых Ассамблеей здравоохранения.
- (е) проводить энергичные кампании на местном уровне по пропаганде грудного вскармливания.

39. Действия, предлагаемые для Секретариата

- (а) рассмотреть, обновить и расширить руководство ВОЗ и средства для эффективных мер в области питания, освещать хорошую практику соответствующих механизмов и распространять информацию;
- (б) применять эффективный с точки зрения затрат анализ к здравоохранительным мероприятиям, воздействующим на питание;
- (с) оказывать поддержку государствам-членам, по их просьбам, в осуществлении политики и программ, направленных на улучшение нутритивных результатов;
- (d) оказывать поддержку государствам-членам, по их просьбам, в их усилиях по разработке или, в случае необходимости, укреплению и мониторингу законодательных, регулирующих и других эффективных мер для контроля сбыта заменителей грудного молока;
- (е) созвать совещание с партнерами из академических учреждений для составления приоритизированной повестки дня научных исследований.

40. Действия, предлагаемые для международных партнеров

- (а) согласовать планы по оказанию помощи развитию с мерами в области питания, признанными эффективными;

- (b) оказать поддержку компонентам питания стратегий по охране здоровья матерей и детей, таких как Комплексная стратегия охраны здоровья матерей, новорожденных и детей более старшего возраста.

МЕРА 3: Стимулировать политику и программы в области развития за пределами сектора здравоохранения, которые признают и включают вопросы питания

41. Секторальные стратегии развития, учитывающие вопросы питания, необходимы для сокращения двойного бремени недостаточного питания и избыточной массы тела; они должны быть направлены на содействие спросу на более здоровые продукты питания и снабжение ими и на ликвидацию препятствий для доступа к ним и употребления более здоровых продуктов. Следует привлечь многие секторы, но, главным образом, секторы сельского хозяйства, пищевой промышленности, торговли, социальной защиты, образования, труда и общественной информации. Следует также рассмотреть общие для всех секторов вопросы, такие как гендерное равенство, качество управления и учреждений, а также мир и безопасность. Эти вопросы могут быть рассмотрены во время разработки и осуществления рамочного механизма, подобного Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака, которая придала сильный стимул борьбе против употребления табака.

42. Комитет по всемирной продовольственной безопасности подготавливает глобальные стратегические рамки по продовольственной безопасности и питанию. Тем временем, ряд общих принципов можно получить из существующих политических рамок, опыта стран и анализа фактических данных. Например, хроническая недостаточность питания была успешно сокращена в некоторых странах Юго-Восточной Азии и Латинской Америки благодаря одновременному осуществлению политики и программ, направленных на улучшение продовольственной безопасности, сокращение бедности и социальных неравенств и повышения материнского образования.

43. С точки зрения продовольственной безопасности более широкий доступ к продуктам высокой питательной ценности¹ следует обеспечить на всех внутренних рынках по доступным ценам круглый год, особенно оказывая поддержку мелким сельскохозяйственным предпринимателям и участию женщин, но учитывая потенциальное негативное воздействие вытесняющей трудовые ресурсы механизации и производства товарных культур и давление на время женщин. При производстве пищевых продуктов необходимо улучшить нутритивные характеристики, включая лучшее содержание питательных микроэлементов и уменьшение содержания соли, сахара, а также насыщенных кислот и *трансжиров*. В области образования лучшее образование женщин и улучшение водоснабжения и санитарии связаны с лучшим питанием детей.

44. Политика в области найма имеет чрезвычайно важное значение для продовольственной безопасности домашнего хозяйства, но эта политика должна также обеспечивать адекватную защиту материнства, лучшие условия работы для служащих, включая защиту от пассивного

¹ Высокая питательность и низкие концентрации питательных веществ, связанных с повышенным риском неинфекционных заболеваний.

курения, и доступ к здоровым продуктам. На рабочих местах должны быть созданы надлежащие условия для кормящих матерей. Социальная защита необходима для преодоления неравенств, и она должна достигать до наиболее уязвимых. Денежные переводы малоимущим используются для гарантии удовлетворения продовольственных потребностей. Условные денежные переводы, увязывающие получение денег с отправлением детей в центры здоровья и школы, могут оказать положительное воздействие на нутритивный статус детей, включая увеличение роста и веса при рождении.

45. Торговые меры, налоги и субсидии являются важными средствами гарантии доступа и предоставления возможности для здорового выбора рациона питания. Они могут быть сильным средством, если связаны с адекватной информацией для потребителей посредством маркировки о содержании питательных веществ и ответственного маркетинга продуктов, а также с социальным маркетингом и пропагандой здорового рациона питания и здорового образа жизни.

46. Примеры политических мер с участием различных соответствующих секторов, которые могут быть предусмотрены, включают: инвестиции в мелкие крестьянские хозяйства, содействие производству фруктов и овощей, а также сортов сельскохозяйственных культур, богатых питательными микроэлементами (сельское хозяйство); содействие обогащению пищевых продуктов питательными микроэлементами и снижению уровня содержания соли, сахаров, насыщенных и трансжирных кислот в пищевых продуктах (производство пищевых продуктов); улучшение воды и санитарии (инфраструктура); инвестиции в начальное и среднее образование женщин и в политику в области школьного питания (образование); защиту материнства на рабочих местах и здоровые рабочие места (труд); денежные переводы и продовольственную помощь (социальная защита); создание здоровой окружающей среды (городское планирование); регулирование рекламы пищевых продуктов и напитков для детей, системы маркировки продуктов, меры по регулированию цен на продукты, осуществление Международного свода правил сбыта заменителей грудного молока (торговля); использование акцизных налогов на табак и алкоголь для финансирования расширения программ в области питания (финансы); кампании средств массовой информации и социальный маркетинг для пропаганды грудного вскармливания, а также здорового питания и физической активности (информация и социальная мобилизация).

47. Действия, предлагаемые для государств-членов

- (a) рассмотреть политику секторов сельского хозяйства, социальной защиты, образования, труда и торговли для определения ее воздействия на питание и включить нутритивные показатели в свои рамки оценки;
- (b) установить диалог между сектором здравоохранения и другими правительственными секторами, чтобы рассмотреть политические меры, которые могут улучшить нутритивный статус населения, и рассмотреть потенциальный конфликт между нынешней политикой секторов и политикой здравоохранения, направленной на улучшение питания;
- (c) выполнять рекомендации, касающиеся сбыта продуктов питания и безалкогольных напитков детям (резолюция WHA63.14).

48. Действия, предлагаемые для Секретариата

- (a) разработать методологические руководящие принципы для анализа влияния на здоровье и питание секторальной политики, включая воздействие на различные социально-экономические и другие уязвимые группы (например, коренное население);
- (b) выявить и распространить примеры хорошего практического применения мер секторальной политики, способствующих правильному питанию.

49. Действия, предлагаемые для международных партнеров

- (a) участвовать в консультациях для анализа последствий для здоровья и питания существующей политики, включающей торговлю, сельское хозяйство, труд, образование и социальную защиту, с целью определения и описания вариантов политики для улучшения нутритивных результатов;
- (b) проанализировать фактические данные об эффективности мероприятий, направленных на обеспечение продовольственной безопасности, социального обеспечения и образования в странах с низким уровнем доходов.

МЕРА 4: Предоставить достаточно кадровых и финансовых ресурсов для осуществления мероприятий в области питания

50. Технический и управленческий потенциал необходим для полномасштабного осуществления программ по питанию, а также для разработки и осуществления многосекторальной политики. Создание потенциала должно стать неотъемлемой частью планов по расширению мероприятий в области питания. Отсутствие кадровых ресурсов может ограничить расширение мер в области питания, а доля работников первичной помощи по отношению ко всему населению является важным детерминантом программной эффективности. Создание потенциала в области питания необходимо как на всех уровнях сектора здравоохранения, так и в других секторах.

51. Больше финансовых ресурсов необходимо для расширения охвата мероприятиями в области питания. В настоящее время программы по питанию получают менее 1% общей помощи развитию. Всемирный банк подсчитал, что 10 500 млн. долл. США потребуется ежегодно для осуществления в национальных масштабах самых приоритетных мероприятий в области питания в странах с самым высоким бременем недостаточного питания матерей и детей¹. Кроме того, предсказуемые ресурсы имеют важное значение для сохранения высокого уровня осуществления программ.

52. Необходимы совместные усилия как правительств, так и доноров. Больше ресурсов может поступить от новаторских механизмов финансирования, таких как обсужденные в контексте охраны здоровья матери и ребенка.

¹ Horton S, et al. *Scaling up nutrition. What will it cost?* Washington, DC, The World Bank, 2010.

53. Правительствам необходимо создать бюджетную строку для программ по питанию и установить финансовые задачи для этих программ. Акцизные налоги (например, на табак и алкоголь) могут быть использованы с целью национальных фондов для расширения мероприятий, связанных с питанием.

54. На международном уровне механизмы, рассмотренные для охраны здоровья матери и ребенка, включают международный механизм финансирования, авансовые рыночные обязательства по финансированию исследований и разработок, система "De-Tax" для выделения части взимаемых с товаров и услуг налогов на добавленную стоимость на цели развития и добровольные взносы солидарности посредством продажи электронных авиабилетов или заключения контрактов на мобильные телефоны. Финансирование, основанное на результатах, в качестве стимула для достижения целей также было рассмотрено донорами.

55. В отношении расходов необходимо стремиться к большей эффективности программ финансирования, включая лучшее согласование инвестиций доноров с национальными приоритетами и меры по снижению стоимости добавок питательных микроэлементов и готовых для использования терапевтических продуктов, также посредством снижения расходов патентования.

56. Для лучшей подотчетности и повышения эффективности необходим финансовый мониторинг и транспарентность использования ресурсов.

57. Действия, предлагаемые для государств-членов

- (a) определить и отобразить потребности в отношении потенциала и включить развитие потенциала в планы по расширению действий в области питания;
- (b) применить комплексный подход к созданию потенциала, включая развитие кадровых ресурсов, а также развитие лидерства, укрепление академических учреждений, организационное развитие и партнерства;
- (c) составить калькуляцию плана расширения деятельности и определить количественно ожидаемые преимущества, включая долю расходов, необходимую для создания потенциала и усиления оказания услуг;
- (d) оказать поддержку местным общинам для осуществления действий в области питания на уровне общины;
- (e) создать бюджетную строку и национальные финансовые цели для питания;
- (f) направить средства, полученные от акцизных налогов, на мероприятия в области питания.

58. Действия, предлагаемые для Секретариата

- (a) поддерживать в государствах-членах развитие трудовых ресурсов, лидерства, технического и управленческого потенциала в области питания с помощью семинаров,

дистанционного обучения и сообществ практики и посредством предоставления учебных материалов;

(b) предоставить уточненные средства для создания потенциала и оказать поддержку усилиям государств-членов по созданию потенциала;

(c) предоставить способы расчета стоимости мероприятий в области питания.

59. Действия, предлагаемые для международных партнеров

(a) соблюдать принципы Парижской декларации об эффективности внешней помощи и Аккрскую повестку дня для действий и согласовывать донорскую поддержку на страновом уровне;

(b) установить международные стандарты компетенции, конкретно относящиеся к трудовым ресурсам общественного здравоохранения в области питания и признающие различные категории таких трудовых ресурсов (рядовые сотрудники, руководители и специалисты) и различные условия для политики (то есть возможности для межсекторальных действий) и практики (то есть двойное бремя недостаточности питания), а также оказать поддержку пересмотру учебных планов для дослужебной и служебной подготовки всех уровней работников здравоохранения;

(c) создать академические союзы с целью оказания учрежденческой поддержки созданию потенциала в государствах-членах;

(d) изучить новаторские средства финансирования для финансирования расширения программ в области питания.

МЕРА 5: Осуществлять мониторинг и оценивать осуществление политики и программ
--

60. Четко определенные рамки мониторинга необходимы для оценки прогресса в достижении целей комплексного плана осуществления. Эти рамки должны обеспечить подотчетность за предпринятые действия, ресурсы и результаты и включать показатели для вклада (политических и законодательных мер и кадровых ресурсов), промежуточных результатов (осуществление программ по питанию и продовольственная безопасность) и итоговых результатов (нутритивный статус и смертность).

61. Предложенный набор показателей приводится в справочном документе, разработанном ВОЗ в ходе подготовки настоящего плана¹. Показатели необходимо адаптировать к условиям в стране и приоритетам, но они будут сохранены для целей оценки на глобальном уровне.

¹ *Indicators to monitor the implementation and achievements of initiatives to scale up nutrition actions.* Geneva, World Health Organization, 2012.

Следует рассмотреть дополнительные показатели для мониторинга прогресса в межсекторальных действиях.

62. Следует создать системы эпиднадзора, обеспечивающие регулярный поток информации для политиков. Сроки отчетности должны соответствовать национальным приоритетам и требованиям руководящих органов¹.

63. Действия, предлагаемые для государств-членов

(a) создать или укрепить системы эпиднадзора для сбора информации по отдельным показателям вкладов, результатов и воздействия;

(b) обеспечить соблюдение стандартов ВОЗ в отношении роста и развития детей с тем, чтобы отслеживать индивидуальные особенности роста, а также показатели задержки роста, истощения и ожирения в населении;

(c) обеспечить адекватное представление показателей питания в процессе ежегодного обзора, рекомендованном Комиссией по информации и подотчетности для здоровья женщин и детей в странах с самым низким уровнем доходов и самым высоким уровнем бремени материнской и детской смертности, при адекватном подчеркивании социальных различий.

64. Действия, предлагаемые для Секретариата

(a) оказать методологическую поддержку сбору данных по отдельным показателям вкладов, результатов и воздействия, включая протоколы и построение систем эпиднадзора;

(b) создать базу данных для отдельных вкладываемых ресурсов, промежуточных и итоговых результатов и конечного полезного эффекта;

(c) сообщить о глобальном прогрессе в разработке, укреплении и осуществлении национальных планов, политики и программ в области питания;

(d) оказывать поддержку государствам-членам в соблюдении стандартов ВОЗ в отношении роста и развития детей.

65. Действия, предлагаемые для международных партнеров

(a) принять предложенную систему показателей в качестве средства мониторинга осуществления деятельности по развитию;

¹ Отчетность по выполнению данного плана может быть объединена с двухгодичной отчетностью перед Ассамблеей здравоохранения по Статье 11.7 Международного свода правил сбыта заменителей грудного молока, принятого Ассамблеей здравоохранения в резолюции WHA34.22.

(b) оказать поддержку сбору информации и обмену информацией между организациями с целью обеспечения глобального охвата базами данных о вкладываемых ресурсах, промежуточных и итоговых результатах и конечного полезного эффекта.
