



## 营 养

### 孕产妇和婴幼儿营养：全面实施计划草案

#### 秘书处的报告

1. 2012年1月执行委员会在其第130届会议上讨论了实施计划草案<sup>1</sup>。在EB130(2)号决定中，除其它外，要求总干事通过向所有会员国以及多边组织开放的以互联网为基础的程序，尽早就现有全面实施计划草案中的目标开展进一步协商，以便提供进一步指导以最终确定全面实施计划。2012年2月6-27日进行了有关协商活动<sup>2</sup>。所附计划草案反映了协商结果（见附件）。
2. 2010年5月，卫生大会在关于婴幼儿营养问题的WHA63.23号决议中要求总干事“制定全面的婴幼儿营养问题实施计划，作为全球多部门营养框架的一个关键组成部分”。2011年1月执行委员会注意到关于这项计划的筹备工作，并提出了一些建议，包括修改计划的名称以便将孕产妇营养问题涵盖在内，以及要更加关注营养不足和体重超重造成的双重负担<sup>3</sup>。2011年5月，卫生大会注意到关于这一主题的报告和经修订的计划大纲<sup>4</sup>。
3. 2011年当中，在非洲区域、美洲区域、东南亚区域、东地中海区域和西太平洋区域召集了五次区域磋商会议，以收集关于全面实施计划大纲的反馈意见。总起来说，来自92个会员国不同政府部门（卫生、农业、社会福利、教育、贸易、财政、环境和工业）的代表，以及联合国系统各组织、开发银行、捐助方和民间社会的代表出席了这些磋商会议。

<sup>1</sup> 见文件 EB130/10 和文件 EB130/2012/REC/2 中所载第二和第九次会议摘要记录。

<sup>2</sup> 10 个会员国和 6 个多边组织提交了意见。背景文件和所提交意见的摘要以及秘书处作出的答复可从[http://www.who.int/nutrition/events/2012\\_consultation\\_proposed\\_globaltargets/en/index.html](http://www.who.int/nutrition/events/2012_consultation_proposed_globaltargets/en/index.html)获取（检索日期：2012 年 3 月 21 日）。

<sup>3</sup> 见文件 EB128/18 和 EB128/2011/REC/2，第十次会议摘要记录。

<sup>4</sup> 见文件第六十四届世界卫生大会乙委员会第四次会议摘要记录，第五部分。

4. 附件所载的实施计划草案纳入了会员国在世卫组织理事机构会议以及各次区域磋商会议期间提出的所有意见。草案汇集了《婴幼儿喂养全球战略》<sup>1</sup>、《饮食、身体活动与健康全球战略》<sup>2</sup>以及《预防和控制非传染性疾病全球战略行动计划》<sup>3</sup>中的相关内容。最近对2003年颁布的世卫组织艾滋病毒与婴儿喂养优先行动框架进行了更新，以反映预防艾滋病毒母婴传播方面经修订的世卫组织指南<sup>4</sup>。

5. 在编写这份全面计划草案过程中审议了一些相关的区域战略和计划，包括：非洲联盟经修订的《非洲区域营养战略(2005-2015年)》、《欧洲食品和营养政策第二个行动计划(2007-2012年)》<sup>5</sup>、《减少慢性营养不良的战略和行动计划》<sup>6</sup>、《2010-2019年区域营养战略》<sup>7</sup>、《东南亚区域营养战略》<sup>8</sup>以及《太平洋地区粮食安全行动框架》<sup>9</sup>。

6. 全面实施计划草案提出了其理由，即当前的事实是，世界各地的营养挑战涉及到多方面问题，尽管存在有效的营养行动，但未得到充分推广，而现在又发起了一些新倡议。本计划确定了其目的并制定了五项全球具体目标和时限。它还进一步为会员国、秘书处和国际伙伴建议了五项最优先的行动，同时列出了可对营养产生影响的有效卫生干预措施和非卫生行动，以及用于监测计划实施情况的指标。

## 营养方面的新倡议

7. 确保迅速改善营养的最佳战略需要实施一套具体的营养干预措施并将营养问题纳入卫生、农业、教育、就业、社会福利和发展规划。2010年启动的加强营养运动将营养不良负担沉重国家的政府当局与一个全球伙伴联盟团结起来。该运动呼吁通过这样一种战略加倍努力在2013-2015年期间增强营养。参与该运动的伙伴们承诺要共同努力筹集资源、提供技术支持、开展高层宣传并发展创新性伙伴关系。

---

<sup>1</sup> 经 2002 年卫生大会 WHA55.25 号决议批准。

<sup>2</sup> 经 2004 年卫生大会 WHA57.17 号决议批准。

<sup>3</sup> 经 2008 年卫生大会 WHA61.14 号决议批准。

<sup>4</sup> 抗逆转录病毒药物用于治疗孕妇和预防婴儿感染艾滋病毒：关于一项公共卫生方针的建议 - 2010 年版。日内瓦，世界卫生组织，2011 年；世卫组织、联合国艾滋病规划署、联合国人口基金、联合国儿童基金会。艾滋病毒与婴儿喂养指南。2010 年。《艾滋病毒情况下的婴儿喂养原则和建议以及证据摘要》。日内瓦，世界卫生组织，2010 年。

<sup>5</sup> 由欧洲区域委员会于 2007 年在 EUR/RC57/R4 号决议中通过。

<sup>6</sup> 由泛美卫生组织指导委员会于 2010 年在 CD50.R11 号决议中批准。

<sup>7</sup> 由东地中海区域委员会于 2010 年在 EM/RC57/R.4 号决议中批准。

<sup>8</sup> 东南亚区域委员会于 2011 年在 SEA/RC64/R4 号决议中敦促会员国批准该战略。

<sup>9</sup> 据太平洋岛国论坛秘书处报告，该行动计划在 2010 年太平洋食品峰会（瓦努阿图维拉港，2010 年 4 月 21-23 日）上获得批准，见<http://www.forumsec.org/pages.cfm/newsroom/press-statements/2010/final-outcomes-of-food-summit-1.html>（检索日期：2012 年 3 月 27 日）。

8. 为了克服妨碍有效协调的各种挑战，联合国系统各组织承诺要分别通过联合国营养问题常设委员会的改革和消除儿童饥饿和营养不良的新努力，在全球和国家层面加强其活动的一致性。

9. 旨在消除儿童中新艾滋病毒感染病例和改善感染艾滋病毒母亲的健康与生存的倡议<sup>1</sup>有助于改善母亲及其子女的营养状况。

10. 在区域层面，伙伴关系方面一个成功的实例是2009年启动的促进营养和发展以实现千年发展目标泛美联盟。

11. 全面实施计划草案可通过确定全球具体目标和卫生部门的优先行动以及界定有关各方的责任来促进上述全球倡议。为此组织进行了具体讨论。

## 实施《国际母乳代用品销售守则》

12. 为响应两年提交一次报告的规定<sup>2</sup>，本报告还提供信息说明各国在实施《国际母乳代用品销售守则》方面取得的进展。全面实施计划也涵盖这个方面，并提出了今后可开展的活动。

13. 各国在实施卫生大会WHA34.22号决议通过的《国际母乳代用品销售守则》及随后的相关卫生大会决议方面情况各异。103个会员国已经制定了法规，9个会员国已经完成法规起草工作。约37个会员国依靠婴儿配方粉生产商的自愿遵守，25个会员国未采取任何行动执行《守则》；目前尚缺20个会员国的信息<sup>3</sup>。

14. 在制定了相关法律的会员国中，多数都有规定禁止向大众和卫生工作者以及在卫生保健设施促销指定的产品，并且都有涉及标签要求的规定。少数会员国还有关于污染警告的规定，以及禁止对营养和健康效益作断言的规定。

15. 在拥有法律措施的国家中，不到50%同时具备监测《守则》实施情况的法律规定。只有37个国家确立了运作情况监测机制和/或执法机制，并能提供关于这类机制的组成、职权和职能的有限信息。

<sup>1</sup> 《争取到2015年消除儿童中新艾滋病毒感染病例并保证其母亲的生命全球计划（2011-2015年）》。日内瓦，联合国艾滋病规划署，2011年。

<sup>2</sup> 国际守则第11.7条；定期通过调查问卷形式向会员国征集信息，2008年和2010年发布了关于实施状况的最新调查报告。

<sup>3</sup> 联合国儿童基金会提供的信息；这些国家也包括按《守则》第11.6和11.7条要求报告《守则》实施情况的所有会员国。2007年和2009年向会员国分发了调查问卷，文件A61/17 Add.1 F节以及文件A63/9概述了调查结果。

16. 各区域办事处与政府内的伙伴以及联合国系统的伙伴合作，也提供关于《守则》实施情况的信息。最近泛美卫生组织对1981-2011年期间《守则》实施情况进行了审查，结果表明16个国家制定了法律措施，其中六个对执法工作进行了规范<sup>1</sup>。2007年联合国儿童基金会对非洲西部和中部24个国家进行的审查表明，这些国家中半数制定了全面的法律措施<sup>2</sup>。

17. 2010年秘书处对会员国的营养政策进行了分析<sup>3</sup>，着重强调了以下挑战：法律只能适用于公共卫生机构，未提供明确的实施指导，并且未得到有力执行和充分监测；卫生工作者未得到充分培训；公众对情况了解不足。

## 卫生大会的行动

18. 请卫生大会批准全面的孕产妇和婴幼儿营养问题实施计划。

---

<sup>1</sup> 拉丁美洲实施《守则》30年：1981-2011年该区域在实施《国际母乳代用品销售守则》方面历经的各种不同经验。华盛顿特区，泛美卫生组织，2011年。

<sup>2</sup> Sokol E, Aguayo V, Clark D.在西部和中部非洲保护母乳喂养：实施《国际母乳代用品销售守则》25年。达喀尔，联合国儿童基金会西部和中部非洲区域办事处，2007年。

<sup>3</sup> 见[http://www.who.int/nutrition/EB128\\_18\\_Backgroundpaper1\\_A\\_review\\_of\\_nutritionpolicies.pdf](http://www.who.int/nutrition/EB128_18_Backgroundpaper1_A_review_of_nutritionpolicies.pdf)（检索日期：2012年3月27日）。

## 附件

## 孕产妇和婴幼儿营养全面实施计划草案

## 制定计划的原因

## 全球营养挑战是多方面的

1. 从生命初期开始提供充分营养素对于确保良好的身体和精神发育以及长期健康至关重要。由于难以获得有充足营养的食物或面临影响营养素吸收利用的情况，世界上有很多人营养不良、缺乏维生素和矿物质，或者超重或肥胖；不同人群的情况有很大差异。这些现象经常同时存在并相互关联。
2. 在低收入国家妇女中，身体质量指数低和身材矮小现象很常见，导致胎儿发育不良、妊娠并发症风险上升，因而需要助产<sup>1</sup>。在一些中南亚国家，10%以上15至49岁的妇女身高不足145厘米。在撒哈拉以南非洲、中南亚和东南亚，20%以上妇女的身体质量指数低于18.5 kg/m<sup>2</sup>，在孟加拉、厄立特里亚和印度，该比例高达40%。与此同时，越来越多的妇女怀孕时的身体质量指数高于30 kg/m<sup>2</sup>，导致妊娠和分娩并发症风险增加、婴儿出生体重增加和儿童肥胖症风险增加。
3. 缺铁性贫血影响30%育龄妇女（4.68亿）和42%孕妇（5600万）。孕产妇贫血导致出生体重低和孕产妇死亡风险增加。过去二十年，贫血率未见明显改善<sup>2</sup>。
4. 每年估计有1300万新生儿宫内发育受限<sup>3</sup>，2000万儿童出生体重低<sup>4</sup>。出生体重低的儿童患病和死亡风险更高，也更可能在其生命晚些阶段罹患非传染性疾病，如糖尿病和高血压。

---

<sup>1</sup> Black RE 等，孕产妇和儿童营养不足研究小组。《孕产妇和儿童营养不足：全球和区域形势及其卫生后果》。《柳叶刀》2008；371:243-260。还使用了来自“进行监督和评价以便评估和利用人口和健康调查结果”项目的数据（<http://www.measuredhs.com/Data/>，检索日期：2012年3月27日）。

<sup>2</sup> 联合国系统营养问题常设委员会。《营养方面的进展：有关世界营养形势的第6份报告》。日内瓦，联合国系统营养问题常设委员会秘书处，2010年。

<sup>3</sup> 宫内发育受限：de Onis M, Blössner M, Villar J。《发展中国家宫内发育受限水平和模式》，《欧洲临床营养学杂志》1998;52(Suppl.1):S5-S15。

<sup>4</sup> 联合国儿童基金会和世界卫生组织，《低出生体重：国家、区域和全球情况估计》。纽约，联合国儿童基金会，2004年。

5. 2010 年，全球有 1.15 亿儿童体重过轻，5500 万儿童体重身高比低，1.71 亿 5 岁以下儿童发育迟缓<sup>1</sup>。从 1990 年到 2010 年，发展中国家体重过轻的 5 岁以下儿童比例已经从 29%降到了 18%，但后者仍不足以实现千年发展目标 1 具体目标 1.C 所规定的从 1990 年到 2015 年将体重过轻者数量减半。相关比例在亚洲和拉丁美洲出现充分下降，但非洲还需做出巨大努力。另外，2010 年，发展中国家和发达国家有 4300 万学龄前儿童超重或肥胖<sup>2</sup>。过去 10 年间，低收入和中等收入国家儿童期肥胖症流行率加速上升，据世卫组织估计，将于 2015 年达到 11%，接近中等偏高收入国家的流行率水平（12%）。肥胖儿童很可能成长为肥胖成年人；罹患二型糖尿病、肝病和睡眠相关呼吸障碍的风险更高；在成年生活中的经济和社会机会更少。

6. 贫血影响学龄前儿童的 47.4%（2.93 亿）<sup>3</sup>，全球学龄前人口的 33.3%（1.90 亿）缺乏维生素 A<sup>4</sup>。

7. 营养状况受到几种环境因素的影响。在艾滋病毒感染流行率高的国家，艾滋病毒感染直接影响被感染妇女和儿童的营养状况，同时，由于造成家庭食品安全状况改变和为预防艾滋病毒的母婴传播而选择不适当的婴儿喂养方法，艾滋病毒感染也产生间接影响。食品安全状况不佳导致妇女更多地进行有风险的行为，增加感染艾滋病毒的风险。妊娠期使用烟草（包括吸烟和无烟烟草）对胎儿健康有负面影响。妊娠期内直接吸烟和吸二手烟增加妊娠期并发症风险，包括出生重量低和早产。许多低收入和中等收入国家吸烟者众多，特别是少女和育龄妇女。虽然女性吸烟的比例在许多国家仍然较低，但由于二手烟，妇女及其子女仍面临不良妊娠结局的重大风险。使用烟草时，烟草污染物会穿透胎盘危害到胎儿，通过哺乳危害到新生儿。烟草支出还会限制吸烟者家庭为孕妇和儿童提供更好营养的能力。

8. 据估计，儿童期营养不良是导致 35%五岁以下儿童死亡的根本原因。每年有 2 百万以上五岁以下儿童死于营养不足。缺铁性贫血也在低收入和中等收入国家造成大量孕产妇死亡。孕产妇和儿童营养不足占全球疾病负担的 11%<sup>5</sup>。

---

<sup>1</sup> 体重过轻和发育迟缓：2010 年世界卫生统计，日内瓦，世界卫生组织，2010 年。

<sup>2</sup> de Onis M, Bloessner M, Borghi E. 《全球学龄前儿童体重超重和肥胖的流行率与趋势》。2010 年《美国临床营养学杂志》，92:1257–64。

<sup>3</sup> De Benoist B, McLean E, Egli I, Cogswell M（编辑）。《全球贫血流行率 1993-2005》：世卫组织贫血全球数据库。日内瓦，世界卫生组织，2008 年，pp.1-40。

<sup>4</sup> 1995-2005 年全球风险人口维生素 A 缺乏症患病率：世卫组织全球维生素 A 缺乏症数据库。日内瓦：世卫组织，2009 年。

<sup>5</sup> Black RE 等。孕产妇和儿童营养不足研究小组。《孕产妇和儿童营养不足：全球和区域形势及其卫生后果》。《柳叶刀》2008;371:243-260。

9. 营养不良对认知发育、学业成绩和劳动生产率都有负面影响。发育迟缓、缺碘、缺铁,再加上认知刺激不足,是导致约 2 亿儿童无法充分发挥其发展潜力的主要风险因素。成年人身高每增加 1%, 农业工资就会增加 4%<sup>1</sup>; 消除贫血将会使成人劳动生产率提高 5%至 17%。营养不良是实现千年发展目标 1 (消除极端贫穷和饥饿)、2 (实现普及初等教育)、3 (促进两性平等并赋予妇女权力)、4 (降低儿童死亡率)、5 (改善产妇保健) 和 6 (与艾滋病毒/艾滋病、疟疾和其它疾病作斗争) 的障碍。

### 有效的营养行动是存在的, 但实施规模不够大

10. 2009-2010 年度对会员国进行的政策审议和分析<sup>2</sup>表明, 大多数国家都有一系列有关营养的政策和规划。但是, 此类政策通常不足以应对孕产妇和婴幼儿营养方面的复杂挑战, 往往无法取得预期的效果。

11. 即使存在营养政策, 也并不总是经政府官方通过, 往往不包括设定了明确目标、时间框架和预期成果的具体操作方案或工作计划, 不明确各参与方的具体职能和责任, 不确定相关人力安排和能力需求, 也不包括流程和结果评估。

12. 该政策审议表明, 纠正孕产妇营养不足状况在孕产妇死亡率负担高的国家并非工作重点。营养不足负担最重的 36 国中, 没有几个国家在全国推行全套预防儿童体重过轻和孕产妇营养不足及加强早期儿童发育的有效干预措施。

13. 可以由卫生部门直接管理的干预措施缺乏详细实施指南, 因而在卫生系统弱的国家只得到部分实施。许多国家通过了包括营养干预措施的孕产妇、新生儿和儿童健康综合战略, 但卫生服务中实际提供的营养支持常常不足, 也没有多少可用的指标对措施覆盖率进行测量。

14. 国家发展战略没有给予营养问题充分重视。国家食品和营养政策往往关注信息和知情选择模式, 但不怎么关注以改变不利食品环境为目标的结构性、财政和监管行动。

15. 不同机构之间没有很好地协调实施规划。在所有区域, 大多数政策协调和管理发生在卫生部内部, 教育、农业、食品和福利部门参与程度不一。政策和规划的实施通常依赖外部资金, 也不可持续。对活动的监督不能定期进行或监督质量差。

---

<sup>1</sup> Haddad L Bouis HE. 《营养状况对农业劳动生产率的影响: 来自菲律宾的工资证据》。(英国) 沃里克发展经济学研究中心。论文第 97 号。1989 年。

<sup>2</sup> 见[http://www.who.int/nutrition/EB128\\_18\\_Backgroundpaper1\\_A\\_review\\_of\\_nutritionpolicies.pdf](http://www.who.int/nutrition/EB128_18_Backgroundpaper1_A_review_of_nutritionpolicies.pdf) (检索日期: 2012 年 3 月 27 日)。

16. 在实施《国际母乳代用品销售守则》和随后的相关世界卫生大会决议方面，各国的实践并不一致。103 个会员国已经制定了强制法规；9 个会员国已经起草了强制法规；37 个会员国依赖婴幼儿配方奶粉制造商自愿合规；25 个会员国尚未采取执行《守则》的行动；还有 20 个会员国没有相关信息<sup>1</sup>。

17. 在上述 103 个会员国中的大多数国家，立法规定禁止向一般公众和卫生工作者以及在卫生保健机构内推销特定产品，并明确了产品标签要求。还有一些国家对污染物警告做了规定，并禁止宣传营养和健康效益。

18. 制定了法律措施的国家中，只有不到一半还立法规定对实施《守则》进行监督，其中又只有 37 国建立并运行监督和/或执法机制。有关此类机制组成、职权范围和职能的信息非常有限。

19. 区域办事处继续更新有关《守则》实施的信息。最近，泛美卫生组织对 1981 至 2011 年的实施情况进行了审议<sup>2</sup>，发现有 16 个国家规定了法律措施，其中 6 国还对相关法律法规的实施进行监管。2007 年联合国儿童基金会进行的一项研究发现，24 个西部和中部非洲国家中的一半<sup>3</sup>已经采取了全面法律措施。

## 目的、具体目标和时间框架

20. 计划旨在从发育初期开始减轻儿童营养不良的双重负担。集中关注从受孕到生命前两年能够带来巨大效益，但也有必要同时考虑关注整个生命期的做法，以便保持良好营养状况。

21. 短期内可以取得进展，而且大部分营养挑战可以在这一代人以内解决。例如，目前可以获得的营养干预措施应该能够在短期内逆转至少三分之一发育迟缓情况<sup>4</sup>。但是，全面消除某些现象可能需要更长时间。考虑到本计划的实施有必要与关注营养问题的其

---

<sup>1</sup> 来自联合国儿童基金会的信息：上述国家包括根据《守则》第 11.6 和 11.7 条要求就《守则》实施情况提交报告的所有会员国。2007 年和 2009 年对会员国进行了问卷调查，其结果摘要反应在 A61/17 Add.1 号文件 F 部分以及 A63/9 号文件。

<sup>2</sup> Sokol E, Aguayo V, Clark D. 《在西部和中部非洲保护母乳喂养：实施<国际母乳代用品销售守则>25 年》。达喀尔，联合国儿童基金会西部和中部非洲办事处，2007 年。

<sup>3</sup> 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。华盛顿特区，泛美卫生组织，2011 年。

<sup>4</sup> Bhutta ZA 等，孕产妇和儿童营养不足研究小组。《什么措施有用？孕产妇和儿童营养不足及其生存》。《柳叶刀》，2008 年 371:417-440。



它发展框架协调一致，建议本计划的时间框架为 13 年（2012-2025）。2022 年之前每两年报告一次实施情况，最后一份报告将于 2025 年提交。

22. 全球目标对于确定重点领域和促进全球变化十分重要。全球目标可引导对国家层面确定的重点和目标做出选择。但这并不意味着能够决定每个国家和区域的选择。全球目标可用于衡量工作进展和制定问责制框架。从受孕到生命前两年，发育迟缓、孕产妇贫血和出生体重低是导致与营养有关的疾病和死亡的重要原因，对这几种情况均应确定具体目标<sup>1</sup>。儿童体重过轻——其中发育迟缓占绝大多数——是 5 岁以下儿童死亡和残疾调整生命年的最大原因，而缺铁则是造成低收入和中等收入国家孕产妇死亡的原因之一。相关目标应支持并补充与降低儿童体重过轻流行率有关的千年发展目标 1 具体目标 1.C。为实现这一目标，鉴于全球儿童期超重现象增加迅速，也应就此问题确定具体目标。建议的目标是根据各国经验和现存有效干预措施而确定的。全球目标将需要在国家层面根据国情调整。

23. **全球目标 1：到 2025 年将全球发育迟缓的五岁以下儿童数量减少 40%。**这一目标意味着到 2025 年时发育迟缓儿童的数量与 2010 年的基线相比降低 40%。换言之，在 2012-2025 年期间每年相对减少 3.9%<sup>2</sup>，最终使发育迟缓儿童的数量由 2010 年的 1.71 亿减至近 1 亿，这将比不改变当前趋势可能达到的数量少将近 2500 万<sup>3</sup>。对 1995-2010 年期间至少提供过两次有关发育迟缓患病率数据的 110 个国家进行的分析<sup>4</sup>表明，全球发育迟缓的比率正在以每年减少 1.8% 的速度下降（患病率高于 30% 的国家则每年减少 2.6%）。在这段时期内，20% 的国家每年使发育迟缓比率减少 3.9% 以上。

24. **全球目标 2：到 2025 年将育龄妇女贫血率降低 50%。**这一目标意味着到 2025 年时使患有贫血的未怀孕育龄妇女（15-49 岁）人数与 1993-2005 年期间制定并作为参考起点的基线相比降低 50%。换言之，2012-2025 年期间每年相对减少 5.3%，最终使未怀孕的贫血妇女人数减至近 2.3 亿人。据联合国营养问题常设委员会的第六份世界营养状况报告<sup>5</sup>中提及的多次国家调查表明，在一些国家，未怀孕妇女贫血率已经有所降低：中国在 21 年（1981-2002 年）中由 50% 降至 19.9%；尼泊尔在 8 年（1998-2006 年）中由 65% 降至 34%；斯里兰卡在 13 年（1988-2001 年）中由 59.8% 降至 31.9%；柬埔寨在 6 年（2000-2006 年）中由 56.2% 降至 44.4%；越南在 14 年（1987-2001 年）中由 40% 降

---

<sup>1</sup> 会员国在区域磋商中提出了制定全球目标的要求。美洲区域和东地中海区域在区域磋商中讨论了目标草案，但还需要在执委会和通过电子磋商与会员国进行更广泛的讨论。

<sup>2</sup>  $r = \ln(P1/P2)/t$

<sup>3</sup> de Onis M, Bloessner M, Borghi E. 《1990-2020 年全球学龄前儿童发育迟缓的患病率与趋势》。《公共卫生营养》，2012 年，15:142-148。

<sup>4</sup> 从 430 个数据点获得的数据。

<sup>5</sup> 联合国营养问题常设委员会，第六份世界营养状况报告。日内瓦，2010 年。

至 24.3%；危地马拉在 7 年（1995-2002 年）中由 35%降至 20.2%。这些估算表明每年相对减少 4%-8%。

**25. 全球目标 3：到 2025 年将低出生体重比率降低 30%。**这一目标意味着到 2025 年时，使出生体重不足 2500 克的婴儿数量与 2006-2010 年制定并作为参考起点的基线相比，减少 40%。换言之，在 2012-2025 年期间每年相对减少 3.9%。孟加拉国和印度占全球低出生体重儿童的差不多一半，这两个国家的低出生体重流行率分别从 30.0%下降到 21.6%（1998 年到 2006 年）以及从 30.4%下降到 28.0%（1999 年到 2005 年）。其它国家也记录了低出生体重流行率的下降，包括萨尔瓦多（从 1998 年的 13%下降到 2003 年的 7%）、南非（从 1998 年的 15.1%下降到 2003 年的 9.9%）和坦桑尼亚联合共和国（从 1999 年的 13.0%下降到 2005 年的 9.5%）。这些国家的下降幅度在每年 1%到 12%之间。一些国家的下降幅度较高，是因为其大部分低出生体重婴儿系由宫内发育迟缓所致，削减这类婴儿的数量比削减由早产导致的低出生体重婴儿数量要容易。

**26. 全球目标 4：到 2025 年儿童超重流行率不增加。**该目标意味着根据目前趋势<sup>1</sup>，不得使 2010 年估算的 6.7%这一全球流行率（95%可信区间：5.6-7.7）上升到 10.8%（2025 年），并且不得像预测的那样，使五岁以下超重儿童的数量从 4300 万增加到近 7000 万。就增加速度而言，世界各地有所不同，例如在北非一些正迅速扩大其食品系统的国家中，增加速度较快。在收入较高的国家，来自国家和区域的信息表明，在社会经济状况较好的人群中，儿童期肥胖的增长率较低。可将这类情况下采用的生活方式和环境干预措施作为良好做法的范例。在低收入和中等收入国家，规划方面的经验很少。旨在控制儿童期肥胖的规划主要以学龄儿童为目标<sup>2</sup>。在那些正致力于降低发育迟缓比率的国家，防止儿童超重比率增加也十分重要。

**27. 全球目标 5：到 2025 年将生命最初六个月的纯母乳喂养率提高到至少 50%。**这一目标意味着到 2025 年时使当前针对 2006-2010 年估算的全球平均比率 37%上升到 50%。这将需要每年相对增加 2.3%，从而使生命最初六个月获得纯母乳喂养的儿童数量增加近 1000 万。从 1985 年 1995 年，全球纯母乳喂养率从 14%提高到 38%，但随后在大部分地区出现下降。但所有区域都有个别国家的纯母乳喂养率迅速大幅度上升，甚至超过建议的全球目标，如柬埔寨（从 2000 年的 12%提高到 2005 年的 60%）、马里（从 1996 年的 8%提高到 2006 年的 38%）和秘鲁（从 1992 年的 33%提高到 2007 年的 64%）。

---

<sup>1</sup> de Onis M, Bloessner M, Borghi E. 《全球学龄前儿童体重超重和肥胖的流行率与趋势》。《美国临床营养学杂志》，2010 年，92:1257-1264

<sup>2</sup> 《以人群为基础的儿童期肥胖症预防战略：世卫组织论坛和技术会议报告，日内瓦，2009 年 12 月 15-17 日》。

28. **全球目标 6：将儿童期消瘦比率减少到并维持在 5% 以下。**这一目标意味着到 2025 年时应当使 2010 年的全球儿童期消瘦流行率估算值 8.6% 减至 5% 以下并维持在这一水平之下<sup>1</sup>。2005-2010 年期间，53 个国家至少在一次报告中表示儿童期消瘦比率超过 5%。减少消瘦比率需要实施预防性干预措施，如改善对高质量食品和卫生服务的获取；加强营养以及卫生知识和习惯；推广生命最初六个月中的纯母乳喂养并促进加强所有 6-24 个月儿童的补充喂养措施；以及改善供水和卫生设施系统及个人卫生习惯以避免儿童罹患传染病。大量严重消瘦儿童可在其社区得到治疗，不必到卫生设施或食疗中心住院治疗<sup>2</sup>。对于中度急性营养不良，治疗应当以充分利用当地现有食品为主，必要时可辅之以特别配方的补充食品。

## 行动

29. 本行动计划列出一系列应由会员国和国际伙伴联合实施的重点行动。相关国家和地区机构应牵头根据国家和区域情况进行相应调整。

### 行动 1：创造支持全面食品和营养政策的环境。

30. 实现营养目标需要高层政策承诺和广泛社会支持。需要审议现有食品和营养政策，确保其全面应对所有主要营养挑战和及其对社会的影响。审议的更进一步目的是确保营养在其它部门政策和总体发展政策中居于中心地位。成功实施这些政策的关键因素包括：(a) 由相关政府部门正式通过；(b) 建立跨部门治理机制；(c) 让发展伙伴和民间社会参与进来；(d) 当地社区的参与。私营部门也可以为更好的食品供应、增加就业和提高收入做出贡献。应当确立适当的保障措施以防止潜在的利益冲突。

## 31. 建议会员国采取的行动

(a) 修改营养政策，以基于人权的方式全面处理营养不良的双重负担，由议会或政府正式出面支持；

(b) 将营养问题纳入国家总体发展政策、减贫战略和相关部门战略；

<sup>1</sup> 世卫组织关于儿童营养不良的全球和区域趋势估计，见<http://www.who.int/nutgrowthdb/estimates/en/index.html>（检索日期：2012 年 4 月 23 日）。

<sup>2</sup> 以社区为基础管理严重急性营养不良。世界卫生组织、世界粮食计划署、联合国系统营养问题常设委员会和联合国儿童基金会的联合声明。世卫组织，日内瓦，2007 年。

- (c) 建立有效的跨部门治理机制，在国家和地方层面实施营养政策，促进部门间政策协调；
- (d) 鼓励地方政府和社区参与设计扩大营养行动的计划，确保将计划纳入现有社区规划；
- (e) 与国际国内相关方进行对话，并形成联盟和伙伴关系以扩大营养行动，同时确立适当机制以防止潜在的利益冲突。

### 32. 建议秘书处采取的行动

- (a) 应会员国请求向其提供支持，加强国家营养政策和战略以及其它部门政策包括国家发展政策和减贫战略中的营养相关内容；
- (b) 改进准则性和政策性指南、知识产品、工具和专家网络的获得。

### 33. 建议国际伙伴采取的行动

- (a) 进行全球宣传，提升公众对于扩大营养行动必要性的认识；
- (b) 加强有关营养问题的国际合作，通过充分利用相关机制和政府间机构，如世界卫生大会、世界粮食安全委员会和联合国经济及社会理事会，协调统一相关标准、政策和行动；
- (c) 参与国际协调机制或伙伴关系，包括加强营养运动和联合国营养问题常设委员会。

## 行动 2：将所有对营养有影响的必要有效健康干预措施纳入国家营养计划

34. 有证据表明，多种干预措施都是有效的，应考虑在全国范围实施，包括旨在改变行为、提供营养支持和减少多种环境风险因素的措施。表 1a 和 1b 列出有效的直接营养干预措施和能够由卫生系统实施的、对营养有影响的卫生保健干预措施。其中包括需要为特定人群或在特殊情况下包括突发事件时考虑的干预措施。本计划的背景文件对相关证据的分析进行了总结<sup>1</sup>，世卫组织营养行动证据电子图书馆也包括该分析<sup>2</sup>。世卫组织制定

<sup>1</sup> 《基本营养行动：改善孕产妇、新生儿和婴幼儿的健康和营养》。日内瓦，世界卫生组织，2011。

<sup>2</sup> <http://www.who.int/elena/en/>（检索日期：2012 年 3 月 27 日）。

准则的进程确保相关证据不断得到更新并且发现研究课题中的空白。这类干预措施准备作为可根据国家需要加以实施的备选方案。

35. 改进生命早期的营养状况能够带来最大效益。但是，改善营养也需要考虑整个生命周期，应采取针对比婴幼儿年龄更大的儿童和青少年的活动，以便确保母亲在受孕前处于最佳环境，减少低出生体重发生率，打破营养不良的代际循环。还需要在整个在校学习期间采取行动管理儿童期超重问题<sup>1</sup>。

36. 应尽可能将干预措施纳入现有卫生保健系统。相关措施应与现有规划相联系，并作为一揽子方案实施，以便提高成本效益。实施世卫组织的方法和干预措施——儿童期疾病综合管理、青少年和成人基本综合管理以及妊娠和分娩综合管理——至关重要。另外，加强卫生系统是营养战略成功的要素。

37. 具体一揽子干预措施可根据各国的需求和投资水平设计。应优先推行以社区为基础的规划，将各种直接营养干预措施纳入初级保健并确保普遍获得；这种做法具有成本效益。联合国系统内一些组织共同开发了联合国统一卫生行动成本计算工具这一能够轻松适用于不同国家情况的软件<sup>2</sup>。

### 38. 建议会员国采取的行动

- (a) 将所有已经证实的对国家有意义的营养干预措施纳入孕产妇、儿童和青少年卫生服务并确保予以普及；
- (b) 在国家政策中体现《婴幼儿喂养全球战略》、《饮食、身体活动与健康全球战略》和世卫组织的营养指南；
- (c) 加强卫生系统，促进初级卫生保健普遍覆盖和初级卫生保健原则；
- (d) 制定并加强立法、监管和其它有效措施控制母乳代用品的营销，确保实施《国际母乳代用品销售守则》和世卫大会相关决议；
- (e) 在地方层面大力开展运动促进母乳喂养。

---

<sup>1</sup> 《以人群为基础的儿童期肥胖症预防战略：世卫组织论坛和技术会议报告，日内瓦，2009年12月15日至17日》。日内瓦，世界卫生组织，2010年。

<sup>2</sup> [http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS\\_files/userfiles/OneHealth%20leaflet%20May2011.pdf](http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS_files/userfiles/OneHealth%20leaflet%20May2011.pdf)（检索日期：2012年3月27日）。

### 39. 建议秘书处采取的行动

- (a) 审查、更新并扩大世卫组织有关有效营养行动的指导和工具，突出服务提供方面的良好实践并传播信息；
- (b) 对有营养影响的卫生干预措施进行成本效益分析；
- (c) 应会员国请求向其提供支持，帮助实施改善营养结果的政策和规划；
- (d) 应会员国请求向其提供支持，帮助制定、加强并监督控制母乳代用品营销的立法、监管和其它有效措施；
- (e) 召集与学术伙伴的会议，确定优先研究议程。

### 40. 建议国际伙伴采取的行动

- (a) 协调发展援助计划，支持公认有效的营养行动；
- (b) 支持孕产妇和儿童健康战略的营养相关内容，如孕产妇、新生儿和儿童卫生综合战略。

<b>行动 3：促进卫生部门以外的发展政策和规划承认并包括营养内容</b>
---------------------------------------

41. 需要制定包括营养行动的部门发展战略，以减少营养不足和超重的双重负担；战略应促进对更健康食品的需求和供应，消除获得和使用更健康食品的限制。应当让许多部门参与进来，但主要是农业、食品加工、贸易、社会保障、教育、劳动和公共信息部门。应考虑到跨领域问题，如性别平等、提高治理和机构质量、和平和安全。应在考虑这些事项的基础上制定并实施类似《世界卫生组织烟草控制框架公约》的框架，该《公约》已经大大推动了对烟草使用的控制。

42. 世界粮食安全委员会正在草拟全球粮食安全和营养战略框架。同时，现有政策框架、国家经验和证据分析也可以导出一系列一般原则。例如，由于同时实施了旨在改进粮食安全、减少贫困和社会不平等和加强母亲教育的政策和规划，东南亚和拉丁美洲一些国家已经成功减少了慢性营养不良。

43. 在粮食安全方面，应确保全年均能在所有本地市场以负担得起的价格获得有营养的食品<sup>1</sup>，特别是通过支持小规模农业和妇女参与实现这一目标，但需考虑产生劳动替代效果的机械化和经济作物生产的潜在负面影响和妇女面临的时间压力。在食品制造方面，需要改善营养素成分，包括更好的微量营养素成分并且减少盐、糖、饱和脂肪和反式脂肪酸含量。在教育方面，更好地教育妇女，特别是改善有关水和卫生的教育，可以实现更好的儿童营养。

44. 就业政策对家庭粮食安全至关重要，但劳动政策应确保充分的孕产妇保护，雇员应在更好的环境下工作，包括不受二手烟危害并能够获得健康食品。在工作场所应当为哺乳母亲创造适当环境。需要建立社会保障体系以纠正不平等现象，并应覆盖最弱势人口。利用现金转移支付满足穷人的食品需求。有条件的现金转移支付要求家长把孩子送到卫生中心和学校，这对改善儿童营养状况有积极影响，包括提高身高和出生体重。

45. 贸易措施、税收和补贴是确保获得健康饮食选择的重要手段。再加上通过营养标签和负责任的食物影响向消费者提供充分信息，以及加强对健康饮食和健康生活方式的社会宣传和促进活动，这些手段可以发挥非常有力的作用。

46. 表 2 列出了其它相关部门可以考虑采取的政策措施。

#### 47. 建议会员国采取的行动

(a) 审查农业、社会保障、劳动和贸易政策，确定其对营养的影响，并将营养指标纳入其评估框架；

(b) 在卫生和其它政府部门之间开展对话，探讨能够改善人口营养状况的政策措施并处理现行部门政策与改善营养的卫生政策之间可能存在的相互冲突。

(c) 实施关于向儿童推销食品和非酒精饮料的建议（WHA63.14 号决议）。

#### 48. 建议秘书处采取的行动

(a) 就分析部门政策的卫生和营养影响的方法制定准则，包括对不同社会经济和其它弱势群体（如土著人）的影响；

---

<sup>1</sup> 高营养素密度和低营养素浓度的食品与非传染性基本风险增加有关。

- (b) 发现并传播对改善营养有益的部门政策措施实践。

#### 49. 建议国际伙伴采取的行动

- (a) 参与磋商，分析现行贸易、农业、劳动、教育和社会保障政策的卫生和健康影响，以便确认并描述能够改善营养结果的政策选择
- (b) 分析证据，确认在低收入国家改善粮食安全、社会福利和教育等干预措施的有效性。

### 行动 4：为实施营养干预措施提供充分人力和财力资源

50. 全面实施营养规划以及设计并执行跨部门政策需要相关技术和管理能力。能力建设应成为扩大营养干预措施计划的有机组成部分。人力资源不足会限制营养行动的扩大，初级保健工作者占总人口的比例是规划有效性的主要决定因素。卫生部门各个层次和其它部门均需建设营养方面的能力。

51. 要增加营养干预措施的覆盖面，需要更多资金。目前，营养规划所得到的资金仅占总体发展援助的不到 1%。经世界银行计算，要在孕产妇和儿童营养不足负担最高的国家全面实施最重要的营养干预措施，每年需要 105 亿美元<sup>1</sup>。另外，要保持规划实施水平不断提高，可预测的资金十分重要。

52. 各国政府和捐助方需共同努力。或许可以有创新型的融资机制提供更多资金，如讨论孕产妇和儿童健康时设想的各种机制。

53. 政府需要为营养规划确定预算线和融资目标。可利用消费税（例如烟草和酒精消费税）建立国家基金以扩大营养干预措施。

54. 在国际层面，拟议的孕产妇和儿童健康促进机制包括：国际融资机制、为研发提供资金的预先市场承诺、将商品和服务增值税的一定比例指定用于发展、对电子机票销售和移动电话合同自愿征收团结互助捐等。捐助方还考虑了将以结果为基础的供资作为实现目标的激励措施。

55. 从支出方面看，供资规划需要提高效率，包括使捐助方的投资更符合国家重点工作需求，通过采取降低专利费等措施降低微量营养素补充剂和即用治疗性食品的费用。

---

<sup>1</sup> Horton S 等。《加强营养：需要多少费用？》。华盛顿特区，世界银行，2010 年。



56. 需要对资源利用进行财政监督，实现透明，以便更好地问责和提高效率。

**57. 建议会员国采取的行动**

- (a) 发现和确认能力缺口，将能力建设纳入扩大营养行动的计划；
- (b) 实施全面能力建设，包括扩大工作人员队伍、提升领导能力、加强学术机构、建立组织和伙伴关系；
- (c) 对扩大计划进行成本计算，量化预期效益，包括确定能力建设和加强服务提供所需的比例；
- (d) 就实施社区营养行动向地方社区提供支持；
- (e) 为营养问题设定预算线和国家筹资目标；
- (f) 将来自消费税的资金用于营养干预行动。

**58. 建议秘书处采取的行动**

- (a) 通过举办研讨班、进行远程教育、创建实践社区和提供培训材料支持会员国在营养领域进行人力、领导力、技术和管理能力建设；
- (b) 帮助会员国获得良好能力建设工具，支持其能力建设；
- (c) 提供营养干预措施的成本计算工具。

**59. 建议国际伙伴采取的行动**

- (a) 遵循《关于援助实效的巴黎宣言》和《阿克拉行动议程》的原则，在国家层面协调捐助方支持；
- (b) 针对公共卫生营养人力开发制定国际能力标准，标准应承认人力的不同层次（一线工作者、管理人员和专家）以及不同的政策（即采取跨部门行动的能力）和实践（即营养不良的双重负担）背景，并支持修改各级卫生工作者入职和在职培训课程；
- (c) 建立学术联盟，为会员国的能力建设提供机制性支持；

- (d) 探索创新性融资工具为扩大营养规划提供资金。

## 行动 5：监督并评估政策和规划的实施情况

60. 需要确定一个明确的监督框架，用来评估在实现全面实施计划目标方面的进展。框架应确保所实施的行动、使用的资源和得到的结果可以问责。表 3 列出了建议的投入（政策和立法框架和人力资源）、产出和结果（营养规划实施和粮食安全）以及影响（营养状况和死亡率）指标。

61. 所建议的整套指标均需针对各国国情和重点工作进行相应调整，但整套指标将用于对全球总体工作进行评估。还应考虑为监督跨部门行动所取得的进展确定额外指标。

62. 应建立监控系统确保定期向决策者提供信息。报告期应与国家重点工作和理事机构的要求相一致<sup>1</sup>。

### 63. 建议会员国采取的行动

- (a) 建立并加强监控系统，收集相关投入、产出/结果和影响指标信息；
- (b) 实施世卫组织儿童生长标准以便于监测个体生长模式以及发育迟缓、消瘦和超重儿童数量；
- (c) 在最低收入和孕产妇和儿童死亡负担最高的国家，确保在妇女和儿童健康信息和问责委员会所建议的年度审议流程中充分报告营养指标信息，并充分凸显社会差距。

### 64. 建议秘书处采取的行动

- (a) 为收集相关投入、产出/结果和影响指标信息提供方法支持，包括监控系统协议和设计；
- (b) 建立相关投入、产出/结果和影响指标数据库；
- (c) 就全球在制定、加强和实施国家营养计划、政策和规划方面的进展提交报告；

---

<sup>1</sup> 报告计划实施情况可以与《国际母乳代用品销售守则》第 11.7 条所规定每两年向卫生大会报告一次结合起来。该守则由卫生大会在其 WHA34.22 号决议中通过。

- (d) 支持会员国实施世卫组织儿童生长标准。

## 65. 建议国际伙伴采取的行动

- (a) 采用建议的指标框架作为监督发展活动实施情况的工具；
- (b) 支持在各组织之间收集和交流信息，确保相关投入、产出/结果和影响指标数据库的全球覆盖。

表 1a. 能够通过卫生系统提供并扩大实施的有效直接营养干预措施<sup>1</sup>

所有育龄妇女	特殊情况下的妇女	所有0-24月龄的儿童	特殊情况下的儿童
铁和叶酸补充剂 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 孕妇每日补充</li> <li>- 非贫血孕妇间歇性补充</li> <li>- 生活在贫血已成为公共卫生关切环境下的妇女在经期间歇性补充</li> </ul>	身体质量指数低妇女的特殊保健	就最佳母乳喂养提供咨询和支持（及早开始母乳喂养、最初六个月坚持纯母乳喂养、持续母乳喂养到两岁或以上）	通过以医院和社区为基础的干预措施对严重急性营养不良进行综合管理
通过以食品为基础的饮食指南提供营养咨询	为感染艾滋病毒的孕妇和哺乳期妇女提供营养保健和支持	就适当的辅食添加提供咨询和支持	治疗中度急性营养不良
通过补充钙剂预防和管理先兆子痫和子痫	紧急情况下的营养保健和支持 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 为孕妇补充多种微量营养素</li> </ul>	实施爱婴医院倡议	为艾滋病毒阳性儿童提供营养保健和支持
	补碘（如无法获得碘盐）	实施《国际母乳代用品销售守则》和世界卫生大会WHA34.22号决议之后的相关决议	紧急情况下的营养保健和支持
		为维生素A缺乏人群中的6个月至5岁儿童补充维生素A	就艾滋病毒感染情况下的适当婴儿喂养提供咨询和支持
		为5岁以下儿童补铁	就低出生体重婴儿的适当喂养提供咨询和支持
		补锌管理腹泻	

<sup>1</sup> 以每个国家的需要为基础。

所有育龄妇女	特殊情况下的妇女	所有0-24月龄的儿童	特殊情况下的儿童
		就如何充分照顾患儿提供营养咨询	
		为幼儿用食品进行家庭营养强化	
		将维生素A管理纳入6个月以上儿童麻疹病毒肺炎治疗方案	

**表 1b. 对营养有影响且可以通过卫生系统提供而扩大实施的有效卫生干预措施**

育龄妇女	0-24月龄儿童
预防少女怀孕	出生时钳夹脐带的适当时机
怀孕间隔	儿童驱虫
对高传播区患疟疾的孕妇实施间歇性预防性治疗	提供药浸蚊帐
提供药浸蚊帐	在撒哈拉以南非洲高疟疾传播同时疟原虫对磺胺多辛 - 乙胺嘧啶耐药性不高的地区的疟疾患儿实施间歇性预防性治疗
孕妇防止二手烟风险并停止直接使用烟草、酒精和药物	用肥皂洗手，以及其它个人卫生干预措施
减少室内空气污染	
预防和控制妊娠期职业风险	
预防和控制妊娠期泌尿生殖系感染	
孕妇驱虫	

表 2. 对营养有影响的非卫生干预措施

部门	干预措施
农业	<p>创造就业机会的农业活动</p> <p>小规模农业</p> <p>生产富营养素食品和穷人的主食<sup>1</sup></p> <p>家庭菜园和大规模水果和蔬菜生产</p> <p>富含微量营养素的作物品种（如橙肉甘薯）</p> <p>多样化的食品生产，改进食品存储和加工</p> <p>将营养咨询纳入农业技术推广规划</p> <p>支持妇女在农业中发挥作用</p>
食品制造	<p>营养强化食品的本地生产，包括强化面粉、食用油、盐、糖、酱油和鱼露，以及强化混合食品</p> <p>高营养品质辅助食品的本地生产，同时向各阶层人群提供</p> <p>辅食的微量营养素强化</p> <p>食盐加碘</p> <p>提高食品的营养（减少盐、脂肪和糖的含量，消除反式脂肪酸）</p>
水 and 环境卫生	<p>改善水供应</p> <p>改善环境卫生</p>
教育	<p>妇女接受小学和中学教育</p> <p>在学校和学前班提供健康食品</p> <p>在校营养和体育活动</p>

<sup>1</sup> 《2008 年世界发展报告：农业促发展》。华盛顿特区，世界银行，2008 年。Spielman DJ, Pandya-Lorch R 《供养数以百万人口：农业发展方面业已取得的成就》华盛顿特区，国际粮食政策研究所，2009 年。农业生产有助于加强粮食安全，也就通过增加食品的可获得性和提高穷人的生活水平和收入间接应对了营养不足问题，进而提高穷人养家的能力。

部门	干预措施
劳动政策	<p>就业支持政策</p> <p>工作场所的健康营养</p> <p>工作场所的孕产妇保护，做法是通过并执行2000年国际劳工组织《保护生育公约》（第183号）和建议（第191号）</p> <p>工作场所禁烟</p>
社会保障	<p>有条件现金转移支付</p> <p>无条件现金转移支付</p> <p>支持社会弱势群体获得健康食品</p>
城市规划	健康的环境
贸易	<p>粮食价格监管措施</p> <p>农业补贴</p> <p>在公共机构和私营食品店提供食品</p> <p>食品标签计划</p> <p>监管针对儿童的食品和饮料广告</p> <p>实施《国际母乳代用品销售守则》</p>
财政	利用对烟草和酒精征收的消费税为扩大营养规划提供资金
社会动员	为促进母乳喂养、使用营养强化食品、健康饮食和身体活动进行社会营销

表 3. 监督全面实施计划进展情况的指标

投入	产出/结果	影响
支持营养的政策/战略环境：营养治理评分	6 个月以下儿童纯母乳喂养比例	低出生体重的发生率
人力资源：社区卫生工作者占总人口的比例	接受过两剂维生素 A 补充剂的 5 岁以下儿童比例 <sup>1</sup>	5 岁以下发育迟缓儿童比例
法律框架：通过并有效实施《国际母乳代用品销售守则》	使用碘盐家庭的比例	5 岁以下身体虚弱儿童的比例
	可持续获得改善水源的人口比例	瘦弱育龄女性的比例 <sup>2</sup>
	个别食品消费评分	血红蛋白浓度低于 11g/dl 的 5 岁以下儿童比例
	6-23 月龄儿童接受最低可接受饮食的比例	血红蛋白浓度低于 12 g/dl 的育龄妇女（15 至 49 岁）比例
	（0-59 月龄）患腹泻儿童接受口服补液疗法和治疗性锌的比例	6 至 12 岁儿童尿碘浓度中位数(μg/l)
	接受铁和叶酸补充剂的孕妇比例	孕产妇死亡率（每 10 万例活产）
		婴儿死亡率（每千例活产）
		5 岁以下儿童死亡率（每 10 000/天）

= = =

<sup>1</sup> 生活在维生素 A 缺乏已成为公共卫生问题环境下的 6 至 59 月龄儿童。<sup>2</sup> 身体质量指数低于 18.5kg/m<sup>2</sup> 的妇女