



## **Питание**

### **Питание матерей и детей грудного и раннего возраста: проект комплексного плана осуществления деятельности**

#### **Доклад Секретариата**

1. В ходе Сто тридцатой сессии Исполнительного Комитета в январе 2012 г. обсуждался проект комплексного плана работы<sup>1</sup>. В решении EB130(2), в числе прочего, Генеральному директору предлагается, по возможности в ближайшее время, провести открытые для всех государств-членов и многосторонних организаций дополнительные интернет-консультации по задачам, установленным в комплексном плане работы, чтобы сформулировать дополнительные указания по окончательной доработке комплексного плана работы. Консультация была проведена 6-27 февраля 2012 года<sup>2</sup>. Проект плана отражает результаты этой консультации (см. Приложение).

2. В мае 2010 г. Ассамблея здравоохранения в резолюции WHA63.23 о питании детей грудного и раннего возраста предложила Генеральному директору "разработать комплексный план осуществления деятельности в области питания детей грудного и раннего возраста в качестве важнейшего компонента глобальной многосекторальной рамочной программы в области питания". В январе 2011 г. Исполнительный комитет принял к сведению подготовительную работу к составлению такого плана, сделал ряд предложений в отношении его содержания, включая изменение его названия для охвата питания матерей и обращение большего внимания на двойное бремя недостаточности питания и избыточного веса<sup>3</sup>. В мае 2011 г. Ассамблея здравоохранения приняла к сведению доклад на эту тему и краткую схему пересмотренного плана<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> См. документ EB130/10 и протоколы второго и девятого заседаний в документе EB130/2012/REC/2.

<sup>2</sup> Были получены комментарии десяти государств-членов и шести многосторонних организаций. Базовый документ и резюме полученных комментариев, а также ответы Секретариата находятся по адресу: [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) (по состоянию на март 2012 г.).

<sup>3</sup> См. документы EB128/18 и EB128/2011/REC/2, протокол десятого заседания.

<sup>4</sup> См. протокол четвертого заседания Комитета В, раздел 5. Шестидесят четвертой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения.

3. В течение 2011 г. для получения информации в ответ на разосланное краткое изложение комплексного плана осуществления было проведено пять региональных консультаций - в регионах стран Африки, Америки, Юго-Восточной Азии, Восточного Средиземноморья и Западной части Тихого океана. В общей сложности в этих консультациях приняли участие представители различных правительственных секторов (здравоохранения, сельского хозяйства, социального обеспечения, образования, торговли, финансов, окружающей среды и промышленности) из 92 государств-членов, организаций системы Организации Объединенных Наций, банков развития, доноров и гражданского общества.

4. Прилагаемый проект плана осуществления включает все замечания, полученные от государств-членов во время совещаний руководящих органов ВОЗ и региональных консультаций. В нем объединены соответствующие элементы глобальной стратегии по кормлению детей грудного и раннего возраста<sup>1</sup>, Глобальной стратегии по питанию, физической активности и здоровью<sup>2</sup>, и плана действий для глобальной стратегии по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними.<sup>3</sup> Схема приоритетных действий ВОЗ в области ВИЧ и кормления грудных детей, обнародованная в 2003 г., была недавно обновлена с целью включения пересмотренных руководящих принципов ВОЗ, касающихся предотвращения передачи ВИЧ от матери ребенку<sup>4</sup>.

5. При подготовке данного проекта комплексного плана был рассмотрен ряд взаимосвязанных региональных стратегий и планов: Пересмотренная африканская региональная стратегия в области питания (2005-2015 гг.), Второй европейский план действий для осуществления политики в области пищевых продуктов и питания (2007-2012 гг.)<sup>5</sup>, Стратегия и План действий по сокращению хронической недостаточности питания<sup>6</sup>, Региональная стратегия по питанию на 2010–2019 гг.<sup>7</sup>,

---

<sup>1</sup> Одобренной Ассамблеей здравоохранения в резолюции WHA55.25 в 2002 г.

<sup>2</sup> Одобренной Ассамблеей здравоохранения в резолюции WHA57.17 в 2004 г.

<sup>3</sup> Одобренного Ассамблеей здравоохранения в резолюции WHA61.14 в 2008 г.

<sup>4</sup> *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: recommendations for a public health approach – 2010 version*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 г.; WHO, UNAIDS, UNFPA, UNICEF. *Guidelines on HIV and infant feeding. 2010. Principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 г.

<sup>5</sup> Принятый Европейским региональным комитетом в резолюции EUR/RC57/R4 в 2007 г.

<sup>6</sup> Одобренные Руководящим советом ПАОЗ в резолюции CD50.R11 в 2010 г.

<sup>7</sup> Одобренная Региональным комитетом для стран Восточного Средиземноморья в резолюции EM/RC57/R.4 в 2010 г.

региональная стратегия по питанию для Юго-Восточной Азии<sup>1</sup> и Схема действий в области продовольственной безопасности в странах Тихого океана<sup>2</sup>.

6. В проекте комплексного плана осуществления излагается его обоснование, а именно тот факт, что во всем мире проблемы питания являются многогранными, эффективные нутриционистские действия существуют, но недостаточно распространены, и что начаты новые инициативы. План определяет свои цели и пять глобальных задач с временными рамками. В нем предлагается серия из пяти высокоприоритетных мер для государств-членов, Секретариата и международных партнеров и перечисляются эффективные практические мероприятия в области здравоохранения и не связанная со здравоохранением деятельность, которая воздействует на питание, а также показатели для мониторинга выполнения этого плана.

### **Новые инициативы в области питания**

7. Оптимальная стратегия, направленная на обеспечение быстрых улучшений в области питания, требует осуществления группы конкретных мероприятий в этой области и интеграции вопросов питания в программы здравоохранения, сельского хозяйства, образования, занятости, социального обеспечения и развития. Движение за расширение действий в области питания (SUN), начатое в 2010 г., объединило правительственные органы из стран с высоким бременем недостаточности питания и глобальную коалицию партнеров. Оно призывает активизировать усилия для расширения действий в области питания в течение 2013-2015 гг. с помощью такой стратегии. Партнеры, участвующие в этом движении, обязались работать вместе над мобилизацией ресурсов, оказывать техническую поддержку, осуществлять на высоком уровне пропаганду и создавать новаторские партнерства.

8. Для решения задач по успешной координации организации системы Организации Объединенных Наций обязались лучше согласовывать свою деятельность на глобальном уровне посредством реформирования Постоянного комитета Организации Объединенных Наций по питанию (ПКП ООН), а на страновом уровне - посредством инициативы по Обновленным усилиям по борьбе с голодом и недостаточностью питания детей (REACH).

9. Инициатива по ликвидации новых случаев ВИЧ-инфекции у детей и улучшению здоровья и выживания ВИЧ-инфицированных матерей<sup>1</sup> поддерживает улучшение нутритивного статуса матерей и их детей.

---

<sup>1</sup> Призыв к ее принятию содержится в резолюции SEA/RC64/R4, принятой Региональным комитетом для стран Юго-Восточной Азии в 2011 г.

<sup>2</sup> Секретариат Форума островных государств Тихого океана сообщил о поддержке плана действий Саммитом тихоокеанских государств по вопросам продовольствия (Порт Вила, Вануату, 21-23 апреля 2010 г.). См. <http://www.forumsec.org/pages.cfm/newsroom/press-statements/2010/final-outcomes-of-food-summit-1.html> (по состоянию на 27 марта 2012 г.).

10. На региональном уровне успешным примером регионального партнерства является созданный в 2009 г. Панамериканский альянс по питанию и развитию для достижения Целей тысячелетия в области развития.

11. Данный проект комплексного плана осуществления содействует глобальной инициативе посредством выявления глобальных задач и приоритетных действий в секторе здравоохранения и определения ролей для соответствующих сторон. С этой целью были организованы тематические обсуждения.

## **ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ МЕЖДУНАРОДНОГО СВОДА ПРАВИЛ СБЫТА ЗАМЕНИТЕЛЕЙ ГРУДНОГО МОЛОКА**

12. В ответ на требование двухгодичной отчетности<sup>2</sup> настоящий доклад содержит также информацию о прогрессе, достигнутом странами в осуществлении Международного свода правил сбыта заменителей грудного молока. Комплексный план осуществления охватывает также эту область и предлагает будущие виды деятельности.

13. Осуществление Международного свода правил сбыта заменителей грудного молока, принятого Ассамблеей здравоохранения в резолюции WHA34.22, и выполнение связанных с ним последующих резолюций Ассамблеи здравоохранения не являются согласованными между странами. Законодательные положения приняты в 103 государствах-членах и составлены в девяти. Приблизительно 37 государств-членов полагаются на добровольное соблюдение фирмами-изготовителями детских смесей, и 25 государств-членов не предприняли никаких действий для применения Кодекса; для 20 государств-членов информация отсутствует<sup>3</sup>.

14. В составе государств-членов, принявших законодательные меры, большинство имеют положения о запрещении 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.

15. 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

---

<sup>1</sup> *Global plan towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive, 2011-2015*. Geneva, UNAIDS, 2011.

<sup>2</sup> Статья 11.7 Международного кодекса; информация периодически собирается в государствах-членах с помощью вопросника; последние обследования состояния осуществления выпущены в 2008 г. и 2010 г.

<sup>3</sup> Информация получена от ЮНИСЕФ. Эти страны включают также все государства-члены, сообщившие об осуществлении Кодекса, как этого требуют Статьи Кодекса 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.

исполнения, и имеющаяся информация о составе, полномочиях и функциях таких механизмов является ограниченной.

16. Информация об осуществлении Кодекса предоставляется также региональными бюро в сотрудничестве с партнерами в правительствах и в системе Организации Объединенных Наций. Предпринятый недавно ПАОЗ обзор осуществления Кодекса в 1981-2011 гг. свидетельствует о том, что 16 стран имеют законодательные меры и шесть из них регулируют осуществление законом<sup>1</sup>. Предпринятый в 2007 г. ЮНИСЕФ обзор 24 стран Западной и Центральной Африки показал, что в половине из этих стран имелись всесторонние законодательные меры<sup>2</sup>.

17. Проведенный Секретариатом в 2010 г. анализ политики государств-членов в области питания<sup>3</sup> подчеркнул следующие проблемы: законодательные меры могут применяться только к государственным медицинским учреждениям, не дают четкого оперативного руководства, плохо применяются и неадекватно контролируются; работники здравоохранения не имеют адекватной подготовки; и население адекватно не проинформировано.

## **ДЕЙСТВИЯ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

18. Ассамблее здравоохранения предлагается принять комплексный план осуществления действий в области питания матерей и детей грудного и раннего возраста.

---

<sup>1</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. Washington DC, PAHO, 2011.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> См. [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) (по состоянию на 27 марта 2012 г.).



## ПРИЛОЖЕНИЕ

**ПРОЕКТ КОМПЛЕКСНОГО ПЛАНА ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ДЕЙСТВИЙ  
В ОБЛАСТИ ПИТАНИЯ МАТЕРЕЙ, А ТАКЖЕ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО  
И РАННЕГО ВОЗРАСТА****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 родах<sup>1</sup>. 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/м<sup>2</sup> и эта цифра достигает 40% в Бангладеш, Эритрее и Индии. В противоположность этому, все больше женщин беременеют при индексе массы тела более 30 кг/м<sup>2</sup>, 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 с пониженной массой тела при рождении и с повышенным риском материнской смертности. Показатели анемии за последние два десятилетия заметно не улучшились<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> 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.).

<sup>2</sup> United Nations System Standing Committee on Nutrition. *Progress in nutrition: Sixth report on the world nutrition situation*. Geneva, UNSCN Secretariat, 2010.

4. По оценкам, ежегодно 13 миллионов детей рождаются с задержкой внутриутробного развития<sup>1</sup> и приблизительно 20 миллионов - с низкой массой тела при рождении<sup>2</sup>. 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 развития<sup>3</sup>. 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 1С 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 ожирения<sup>4</sup>. 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 возраста<sup>5</sup>, и 33,3% (190 миллионов) детей дошкольного возраста во всем мире страдают от дефицита витамина А<sup>6</sup>.

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

---

<sup>1</sup> IUGR: 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.

<sup>2</sup> United Nations Children's Fund and World Health Organization, *Low birthweight: country, regional and global estimates*. New York, UNICEF, 2004.

<sup>3</sup> Underweight and stunting: *World Health Statistics, 2010*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 г.

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> 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.

<sup>6</sup> *Global prevalence of vitamin A deficiency in populations at risk 1995-2005: WHO global database on vitamin A deficiency*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2009 г.



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 болезней<sup>1</sup>.

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 хозяйстве<sup>2</sup>, 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).

---

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.<sup>1</sup> 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.

---

<sup>1</sup> См. ([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)) (по состоянию на 27 марта 2012 г.)

16. Осуществление Международного свода правил сбыта заменителей грудного молока и связанных с ним последующих резолюций Ассамблеи здравоохранения не является 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 отсутствует<sup>1</sup>.

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.<sup>2</sup> 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 Африки<sup>3</sup> 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

---

<sup>1</sup> Информация получена от UNICEF; 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 и 2009 гг. и результаты кратко представлены в документах A61/17 Add.1, раздел F, и A63/9.

<sup>2</sup> 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.

<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. Washington DC, PAHO, 2011.

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 времени можно предотвратить по крайней мере одну треть случаев задержки развития<sup>1</sup>. Однако полная ликвидация некоторых состояний может потребовать более длительных сроков и 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 рождении<sup>2</sup>. 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 1С 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

---

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.

на 3,9 % в год в период между 2012 г. и 2025 г.<sup>1</sup> 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 изменениям.<sup>2</sup> Анализ данных по 110 странам в отношении распространенности задержки роста по крайней мере по двум эпизодам за период 1995-2010 гг.<sup>3</sup> 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 питанию<sup>4</sup>: 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% низкого веса при рождении.** Задача предполагает сравнительное снижение к 2025 г. на 40% числа детей грудного возраста, имевших при рождении вес менее 2500 гр. по сравнению с базовым показателем, установленным в 2006-2011 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.). Сокращение 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

---

<sup>1</sup>  $R = \ln(P1/P2)/t$ .

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> Получено по 430 точкам данных.

<sup>4</sup> Постоянный комитет Организации Объединенных Наций по питанию. Шестой доклад о положении в мире в области питания. Женева, 2010 г.

(с 13,0% до 9,5% между 1999 г. и 2005 г.). В этих примерах зарегистрированные сокращения 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 тенденциям<sup>1</sup>, 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 возраста<sup>2</sup>. 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 потребуется 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.).

---

<sup>1</sup> 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.

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

## ПРАКТИЧЕСКИЕ МЕРЫ

28. Данный план действий иллюстрирует ряд приоритетных мер, которые должны быть совместно осуществлены государствами-членами и международными партнерами. Потребуется специфическая адаптация этих мер в регионах и странах под руководством соответствующих национальных и региональных учреждений.

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

29. 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: (а) официальное принятие соответствующими правительственными органами; (b) создание межсекторального механизма управления; (с) 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.

### 30. Действия, предлагаемые для государств-членов

- (а) 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;
- (b) включить вопросы питания в общую политику развития страны, документы в отношении Стратегии по сокращению бедности и в соответствующие секторальные стратегии;
- (с) 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;
- (е) 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.

**31. 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.

**32. 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**

33. 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. В Таблицах 1a и 1b, соответственно, перечислены эффективные непосредственные мероприятия в области питания и в области здравоохранения, которые оказывают влияние на питание и могут быть осуществлены системой здравоохранения. Этот список включает мероприятия, которые необходимо рассмотреть либо для отдельных групп населения, либо в особых обстоятельствах, включая чрезвычайные ситуации. Анализ фактических данных кратко изложен в справочном документе, прилагаемом к этому плану<sup>1</sup>, и передан в электронную библиотеку ВОЗ Фактической информации о практических действиях в области питания<sup>2</sup>. Принятые в ВОЗ процедуры обеспечивают постоянное обновление

<sup>1</sup> *Essential nutrition actions. Improving maternal-newborn-infant and young child health and nutrition.* Geneva, World health organization, 2011.

<sup>2</sup> <http://www.who.int/elena/en/> (по состоянию на 27 марта 2012 г.).



фактической информации и выявление пробелов в исследованиях. Эти меры служат в качестве вариантов, приводимых в действие в зависимости от потребностей стран.

34. 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 поколения в поколение цикл недостаточности питания. Кроме этого для решения проблемы детского ожирения потребуются принимать меры на протяжении всех лет обучения в школе<sup>1</sup>.

35. 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.

36. 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<sup>2</sup>.

#### 37. Действия, предлагаемые для государств-членов

- (a) 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;
- (b) учитывать Глобальную стратегию по питанию детей грудного и раннего возраста, Глобальную стратегию по питанию, физической активности и здоровью и рекомендации ВОЗ по питанию в национальной политике;

---

<sup>1</sup> *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.

<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) (по состоянию на 12 марта 2012 г.).

(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.

### 38. Действия, предлагаемые для Секретариата

(a) рассмотреть, обновить и расширить руководство ВОЗ и средства для эффективных мер в области питания, освещать хорошую практику соответствующих механизмов и распространять информацию;

(b) 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;

### 39. Действия, предлагаемые для международных партнеров

(a) 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.

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

40. 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 придавала сильный стимул борьбе против употребления табака.

41. 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.

42. С точки зрения продовольственной безопасности более широкий доступ к продуктам высокой питательной ценности<sup>1</sup> 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.

43. 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 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,

---

<sup>1</sup> Высокая питательность и низкие концентрации питательных веществ связанных с повышенным риском неинфекционных заболеваний.

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.

44. 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.

45. В Таблице 2 приведены примеры политических мер, участие в которых могут принимать различные соответствующие сектора.

**46. Действия, предлагаемые для государств-членов**

(а) 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;

(с) выполнять рекомендации, касающиеся сбыта продуктов питания и безалкогольных напитков детям (резолюция WHA63.14).

**47. Действия, предлагаемые для Секретариата**

(а) 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.

**48. Действия, предлагаемые для международных партнеров**

(а) 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**

49. 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.

50. 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 детей<sup>1</sup>. Кроме того, предсказуемые ресурсы имеют важное значение для сохранения высокого уровня осуществления программ.

51. 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.

52. 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.

53. 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.

---

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

54. 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.

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

**56. 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.

**57. 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.

**58. 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**

59. 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. В Таблице 3 перечислены предложенные 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).

60. Предложенный набор показателей необходимо адаптировать к условиям в стране и приоритетам, но он будет сохранен для целей оценки на глобальном уровне. Следует рассмотреть дополнительные показатели для мониторинга прогресса в межсекторальных действиях.

61. Следует создать системы эпиднадзора, обеспечивающие регулярный поток информации для политиков. Сроки отчетности должны соответствовать национальным приоритетам и требованиям руководящих органов<sup>1</sup>.

**62. Действия, предлагаемые для государств-членов**

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

---

<sup>1</sup> 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) 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.

**63. 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.

**64. Действия, предлагаемые для международных партнеров**

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

(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.



**Таблица 1а. Эффективные непосредственные мероприятия в области питания, осуществление которых может быть расширено через систему здравоохранения<sup>1</sup>**

<b>Все женщины репродуктивного возраста</b>	<b>Женщины в особых обстоятельствах</b>	<b>Все дети в возрасте от 0 до 24 месяцев</b>	<b>Дети в особых обстоятельствах</b>
<p>Добавки железа и фолиевой кислоты</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– ежедневно для беременных женщин</li> <li>– периодически для неанемичных беременных женщин</li> <li>– периодически для менструирующих женщин, живущих в местах, где анемия является проблемой общественного здравоохранения</li> </ul>	<p>Надлежащая помощь женщинам с низким индексом массы тела</p>	<p>Консультирование и поддержка для оптимального грудного вскармливания (раннее начало, исключительное грудное вскармливание в течение первых шести месяцев и продолжение грудного вскармливания до достижения возраста двух лет или старше)</p>	<p>Комплексное ведение тяжелой острой недостаточности питания с помощью мероприятий в учреждениях и общинах</p>
<p>Консультирование по вопросам питания с помощью основанных на отдельных продуктах принципах правильного питания</p>	<p>Нутритивная помощь и поддержка для ВИЧ-инфицированных беременных и кормящих женщин</p>	<p>Консультирование и поддержка для надлежащего прикармливания</p>	<p>Лечение острой недостаточности питания умеренной тяжести</p>
<p>Добавление кальция для профилактики и лечения преэклампсии и эклампсии</p>	<p>Нутритивная помощь и поддержка в чрезвычайных ситуациях</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– множественное добавление питательных микроэлементов для беременных женщин</li> </ul>	<p>Осуществление Инициативы по созданию в больницах условий, благоприятных для новорожденных</p>	<p>Нутритивная помощь и поддержка для ВИЧ-позитивных детей</p>

<sup>1</sup> Исходя из потребностей отдельных стран.

Все женщины репродуктивного возраста	Женщины в особых обстоятельствах	Все дети в возрасте от 0 до 24 месяцев	Дети в особых обстоятельствах
	Добавление йода (в случае отсутствия йодированной соли)	Осуществление Международного свода правил сбыта заменителей грудного молока и соответствующих резолюций Всемирной ассамблеи здравоохранения после резолюции WHA34.22	Нутритивная помощь и поддержка в чрезвычайных ситуациях
		Добавление витамина А для детей в возрасте от шести месяцев до пяти лет в группах населения с дефицитом витамина А	Консультирование и поддержка для надлежащего кормления детей в контексте ВИЧ-инфекции
		Добавление железа для детей в возрасте до пяти лет	Консультирование и поддержка для надлежащего кормления младенцев с низкой массой тела при рождении
		Добавление цинка для ведения диареи	
		Нутритивное консультирование для адекватной помощи больным детям	
		Домашнее обогащение пищи, предназначенной для детей раннего возраста	
		Назначение витамина А в качестве части лечения связанной с корью пневмонии у детей старше шести месяцев	

**Таблица 1в. Эффективные мероприятия здравоохранения, воздействующие на питание, осуществление которых может быть расширено через систему здравоохранения**

<b>Женщины репродуктивного возраста</b>	<b>Дети в возрасте от 0 до 24 месяцев</b>
Профилактика подростковой беременности	Своевременное отсекание пуповины во время родов
Увеличение интервалов между беременностями	Дегельминтация детей
Периодическое профилактическое лечение малярии у беременных женщин в районах с высокой передачей	Предоставление пропитанных инсектицидом надкроватных сеток
Предоставление пропитанных инсектицидом надкроватных сеток	Периодическое профилактическое лечение малярии у младенцев в районах с высокой передачей стран, расположенных к югу от Сахары, где резистентность плазмодия к сульфадоксин-пириметамину является невысокой
Профилактика воздействия вторичного дыма и прекращение прямого употребления табака, алкоголя и лекарственных средств беременными женщинами	Мытье рук с мылом и другие гигиенические меры
Уменьшение загрязнения воздуха внутри помещений	
Профилактика профессиональных рисков во время беременности и борьба с ними	
Профилактика урогенитальных инфекций и борьба с ними во время беременности	
Дегельминтация беременных женщин	

Таблица 2. Мероприятия в других секторах, влияющие на питание

Сектор	Мероприятие
Сельское хозяйство	<p>Сельскохозяйственная деятельность, создающая рабочие места</p> <p>Мелкие крестьянские хозяйства</p> <p>Производство питательных продуктов и основных продуктов бедных слоев населения<sup>1</sup></p> <p>Домашнее садоводство и крупномасштабное производство овощей и фруктов</p> <p>Богатые питательными микроэлементами сорта сельскохозяйственных культур (например, сладкий батат)</p> <p>Диверсифицированное производство пищевых продуктов и улучшенное хранение и обработка продуктов</p> <p>Нутритивное консультирование, включенное в программы расширения сельскохозяйственного производства</p> <p>Поддержка роли женщин в сельском хозяйстве</p>
Производство пищевых продуктов	<p>Местное производство обогащенных продуктов, включая обогащенные муку, масло, соль, сахар, сою и рыбный соус, а также обогащенные смешанные продукты</p> <p>Местное производство продуктов для прикорма высокой питательной ценности, сопровождаемое мерами обеспечения его доступности для всех слоев населения</p> <p>Обогащение питательными микроэлементами продуктов для прикорма</p> <p>Йодирование соли</p> <p>Повышение нутритивного качества пищевых продуктов (уменьшение содержания соли, жиров и сахаров и исключение трансжирных кислот)</p>
Вода и санитария	<p>Улучшение водоснабжения</p> <p>Улучшение санитарии</p>
Образование	<p>Начальное и среднее образование женщин</p> <p>Обеспечение здоровыми продуктами школ и дошкольных учреждений</p> <p>Просвещение по вопросам питания и физической активности в школах</p>

<sup>1</sup> Доклад о мировом развитии 2008 г. *Сельское хозяйство на службе развития*. Вашингтон, Округ Колумбия, Всемирный банк, 2008 г. Spielman DJ, Pandya-Lorch R. Millions fed: proven successes in agricultural development. Washington, DC, International Food Policy Research Institute, 2009. Сельскохозяйственное производство способствует продовольственной безопасности и, следовательно, косвенно компенсирует недостаточность питания посредством как увеличения наличия продуктов, так и приумножению средств к существованию и доходов бедных слоев населения, повышая тем самым их способность прокормить свои семьи.

Сектор	Мероприятие
Политика в области труда	Политика поддержки занятости Здоровое питание в местах работы Охрана материнства на рабочем месте (посредством принятия и применения Конвенции МОТ об охране материнства, 2000 г. ((No. 183) и Рекомендации (No. 191)) Бездымная среда на рабочих местах
Социальная защита	Условный перевод денег Безусловный перевод денег Поддержка социально неблагополучных групп для предоставления доступа к здоровым продуктам
Городское планирование	Здоровая застроенная среда
Торговля	Меры регулирования цен на продукты Сельскохозяйственные субсидии Предоставление продуктов в общественных учреждениях и пунктах выдачи продуктов Системы маркировки продуктов Регулирование рекламы пищевых продуктов и напитков для детей Осуществление Международного свода правил сбыта заменителей грудного молока
Финансы	Использование акцизных налогов на табак и алкоголь для финансирования расширения программ в области питания
Социальная мобилизация	Социальный маркетинг для пропаганды грудного вскармливания, использования обогащенных продуктов, здорового питания и физической активности

**Таблица 3. Показатели для мониторинга выполнения комплексного плана действий**

Вклады	Результаты	Воздействие
Политическая/стратегическая среда для питания: оценка управления в области питания	Распространенность исключительного грудного вскармливания детей в возрасте до шести месяцев	Частота случаев низкой массы тела при рождении
Кадровые ресурсы: отношение работников здравоохранения в общине к общей численности населения	Доля детей в возрасте до пяти лет, получивших две дозы добавок витамина А <sup>1</sup>	Доля задержки развития среди детей в возрасте до пяти лет
Законодательные рамки: принятие и эффективное осуществление Международного свода правил сбыта заменителей грудного молока	Доля домашних хозяйств, употребляющих йодированную соль	Доля ослабленных детей в возрасте до пяти лет
	Доля населения, имеющего стабильный доступ к улучшенному источнику водоснабжения	Доля худых женщин <sup>2</sup> репродуктивного возраста
	Оценка потребления отдельных продуктов	Доля детей в возрасте до пяти лет концентрацией гемоглобина <11 г/дл.
	Доля детей, получающих минимально приемлемый рацион питания в возрасте 6-23 месяца	Доля женщин репродуктивного возраста (15-49 лет) с концентрацией гемоглобина <12 г/дл.
	Распространенность детей (в возрасте 0–59 месяцев) с диареей, получающих оральную регидратационную терапию и терапевтический цинк	Средняя концентрация йода в моче (мкг/л) у детей в возрасте 6-12 лет

<sup>1</sup> Дети в возрасте 6-59 месяцев в условиях, когда дефицит витамина А является проблемой общественного здравоохранения.

<sup>2</sup> Женщины с индексом массы тела <18,5 кг/м<sup>2</sup>.

Вклады	Результаты	Воздействие
	Доля беременных женщин, получающих добавки железа и фолиевой кислоты	Коэффициент материнской смертности (на 100 000 живорожденных)
		Коэффициент младенческой смертности (на 100 000 живорожденных)
		Коэффициент смертности в возрасте до пяти лет (на 10 000/день)

= = =