



孕产妇和婴幼儿营养

秘书处的报告

1. 执行委员会在其第 138 届会议上审议了本报告前一版本¹。执委会一致同意应在执行委员会第 138 届会议与第六十九届世界卫生大会之间的时期里进一步讨论有关决议草案。本报告第 2 段、第 10 段、第 26-30 段和第 36 段已根据 138 届会议提出的意见和会后的行动得到修正。
2. 本报告介绍了卫生大会在 WHA65.6 号决议（2012 年）中认可的孕产妇和婴幼儿营养全面实施计划的执行进展情况；就实施 WHA34.22 号决议（1981 年）中通过并经卫生大会随后各相关决议更新的《国际母乳代用品销售守则》的国家措施现状提供了信息；按 WHA65.6 号决议的要求，在防范制定政策和实施营养规划时的可能利益冲突方面，总结了制定风险评估、披露和管理工具的进展情况。响应执委会要求，秘书处按卫生大会在 WHA67(9)号决定（2014 年）中的要求，并考虑到执委会第 138 届会议讨论期间提出的意见和会后四周当中提出的书面意见以及一次非正式磋商会议（日内瓦，2016 年 4 月 8 日）的结果²，修订了为终止关于婴幼儿营养的 WHA63.23 号决议（2010 年）中提及的婴幼儿食品不当促销形式而制定的指导草案。

孕产妇和婴幼儿营养全面实施计划的执行进展情况

3. 以下段落介绍了实现全面实施计划所规定全球营养目标方面的进展以及为实施计划各部分行动正在采取的步骤³。世卫组织及其伙伴定期收集该领域内的数据。例如，使用世卫组织、儿童基金会和欧洲委员会联合制定的目标跟踪工具，对国家进展情况进行监测⁴。但是，在整体上，49%的国家没有足够的营养数据，所以不能确定它们是否正在按计划实现各项全球目标。

¹ 见文件 EB138/8 和执行委员会第 138 届会议第十二次会议摘要记录，第 4 节（文件 EB138/2016/REC/2）。

² 见文件 A69/7 Add.1。

³ 文件 WHA65/2012/REC/1，附件 2。

⁴ 见 <http://www.who.int/nutrition/trackingtool/>（2016 年 4 月 6 日访问）。

全球目标进展情况

4. **全球目标 1 (发育迟缓)**。在 1990 年，全球发育迟缓的五岁以下儿童总数为 2.55 亿人。在 2014 年，该数字为 1.59 亿人，其中 57% 生活在亚洲，37% 生活在非洲。趋势继续下行。在 2015 年可获得数据的 114 个国家中，与 2014 年的 24 个国家相比，39 个国家正在按计划实现全球目标¹。

5. **全球目标 2 (贫血)**。最近的估计显示 2011 年育龄妇女中贫血的全球流行率为 29%。如果这一百分比用于联合国发表的最新人口估计数，在 2011 年估计就有 5.33 亿育龄妇女罹患贫血。发生率最高的地方是非洲中部和西部以及南亚。

6. **全球目标 3 (低出生体重)**。正在准备并预计将在 2016 年发表关于低出生率流行情况的全球估计值，但还有待儿童基金会、伦敦卫生和热带医学院、约翰·霍普金斯大学和世卫组织代表组成的一个小组目前正在开展的方法研究工作的结果。目前，2005-2010 年的全球估计值保持不变，即 15% 的新生儿体重不足 2.5 公斤。

7. **全球目标 4 (超重)**。在全球，2014 年估计有 4100 万五岁以下儿童超重。虽然与 2013 年相比，该数字有所下降，但总趋势是上升的。非洲南部 (14%)、中亚 (11%) 和非洲北部 (11%) 五岁以下儿童超重的比例很高。

8. **全球目标 5 (母乳喂养)**。2007-2014 年期间，全球估计有 36% 的六个月以下婴儿接受纯母乳喂养。根据该时期的调查估计，33 个国家的母乳喂养率超过 50%，98 个国家的母乳喂养率低于该阈值。

9. **全球目标 6 (消瘦)**。2014 年全球消瘦的五岁以下儿童估计达 5000 万人，其中 1600 万为严重消瘦。消瘦儿童的 68% 生活在亚洲，28% 生活在非洲。南亚地区占全球消瘦儿童的半数以上。

¹ 国际粮食政策研究所。《2015 年全球营养报告：推动营养和可持续发展的行动与问责》。华盛顿特区：国际粮食政策研究所；2015 年 (<http://ebrary.ifpri.org/utils/getfile/collection/p15738coll2/id/129443/filename/129654.pdf>, 2016 年 4 月 6 日访问)。

实施计划各部分行动的步骤

10. **行动 1: 创造支持实施全面食品和营养政策的环境。** 一项重大事态发展是联合国大会通过了 2030 年可持续发展议程¹。《议程》包括的一项目标是消除饥饿，实现粮食安全，改善营养和促进可持续农业。这项目标 2 下的具体目标 2.2 是“到 2030 年时，消除一切形式的营养不良，包括到 2025 年实现国际社会商定的解决 5 岁以下儿童矮小和消瘦问题的目标，满足少女、孕妇、哺乳期妇女和老年人的营养需求”。2016 年 4 月 1 日，联合国大会就第二次国际营养会议（罗马，2014 年 11 月 19-21 日）及其后续行动通过了第三份决议²，其中宣布 2016-2025 年为联合国营养问题行动十年并促请粮农组织和世卫组织编制一项工作方案。更多细节载于文件 A69/7 Add.2。

11. 若干世卫组织区域制定了与全面实施计划相一致的区域营养战略，例如：泛美卫生组织预防儿童和青少年肥胖症的行动计划（2014-2019 年）³；欧洲粮食和营养行动计划（2015-2020 年）⁴；以及减轻西太平洋区域营养不良双重负担的行动计划（2015-2020 年）⁵。非洲区域营养战略（2015-2025 年）⁶包括世卫组织全面实施计划中提出的六项全球目标。目前正在制定东南亚区域的区域营养行动计划，其中将反映全面实施计划。东地中海区域已认可各项全球目标并确认了需要立刻加强的一揽子营养干预措施。

12. 自第二次国际营养会议以来，世卫组织、粮农组织和儿童基金会向非洲中部地区的 7 个国家（喀麦隆、乍得、刚果、刚果民主共和国、赤道几内亚、加蓬以及圣多美和普林西比）提供了技术支持，以便制定路线图（2015-2017 年）供国家开展后续行动。此外，东地中海区域制定了一个区域路线图，经调整在摩洛哥、索马里和苏丹用于国家层面。

13. 为营养政策创建支持性环境是加强营养运动的一项目标，该运动现在包括 56 个国家。在 2015 年，参与该运动的 28 个国家报告说已建立国家共同成果框架，21 个已制定行动计划。该运动中的许多国家正在显现营养不良显著减少的情况⁷。同样，联合国各

¹ 联合国大会 70/1 号决议。《改变我们的世界：2030 年可持续发展议程》（http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E，2016 年 4 月 6 日访问）。

² 联合国大会 70/259 号决议。联合国营养问题行动十年（2016-2025）。

³ 由泛美卫生组织第五十三届指导委员会/美洲区域委员会第六十六届会议于 2014 年 10 月批准。

⁴ 由欧洲区域委员会第六十四届会议于 2014 年 9 月通过。

⁵ 根据西太平洋区域委员会第六十三届会议于 2012 年 9 月通过的关于在西太平洋区域加强营养的 WPR/RC63.R2 号决议制定。

⁶ 由非洲联盟国家和政府首脑于 2015 年 6 月认可。

⁷ 加强营养。加强营养运动年度进展报告；2015 年 9 月。

组织已商定了联合国全球营养议程，以便促进对国家的联合支持¹。根据世卫组织全球数据库中关于营养行动实施情况目前可得的数据，76个国家有关于孕产妇和婴幼儿营养的最近计划和战略，能够全面应对营养方面的挑战，跨越不同的部门并包括监测和评价。在非洲、东南亚和西太平洋区域的60个国家中，国家政策中最经常涵盖的目标是纯母乳喂养、发育迟缓和贫血，但较少涉及超重。其中约半数国家具有定量目标，正在努力加快进展以超越当前趋势；在许多情况下，志向水平高于全球目标。为了协助国家制定国家目标并规划实现目标的进展，世卫组织及各伙伴制定了基于网络的跟踪工具²。

14. 在2014-2015年，近60个国家在世卫组织的支持下，参照全面实施计划和第二次国际营养会议的结果，审查了本国的粮食与营养行动计划³（非洲区域有11个国家；美洲区域有3个国家；东南亚区域有7个国家；欧洲区域有22个国家；东地中海区域有9个国家；西太平洋区域有6个国家）。

15. 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。世卫组织制定、发表并酌情更新了以证据为基础的指导方针，以便支持与营养干预措施和健康饮食相关的若干领域内的公共卫生战略⁴。其中包括以下方面的指导方针：预防和控制碘缺乏症的食用盐碘强化；育龄妇女中预防神经管缺损的血清和红血球最佳叶酸浓度；延迟脐带结扎以改善孕产妇和婴儿的健康和营养结果；以及成人和儿童的糖摄入量。世卫组织与儿童基金会和世界粮食计划署一起发表了关于罹患埃博拉病毒病的儿童和成人在治疗中心接受营养护理的临时指导方针。世卫组织以证据为基础的指导方针可以在线获取或者通过世卫组织营养行动证据电子数据库的门户获取。目前，在线数据库载有100种营养干预措施的详细情况。自2011年启动以来，已有100多万用户查阅过该网站。

16. 世卫组织编写了与每项全球目标相联系的政策简报⁵，指导国家和地方决策者应当采取何种行动以及以何种规模开展行动，以便达到2025年改善孕产妇和婴幼儿营养的全球目标。政策简报汇集了关于需要加强哪些干预措施和投资领域的证据，并指导决策者采取行动予以实施。为加强实现六项全球目标的有效重点干预措施，世卫组织建议的行动应当使用部门间的方法，包括政策、卫生系统和社区层面上专用于营养和对营养问题敏感的投资。

¹ 见 http://www.unscn.org/files/Activities/SUN/UN_Global_Nutrition_Agenda_final.pdf（2016年4月6日访问）。

² 见 <http://www.who.int/nutrition/trackingtool/en/>（2016年4月6日访问）。

³ 包括国家营养与粮食安全战略和行动计划、国家婴幼儿喂养战略、突发事件中的国家营养战略以及预防儿童期肥胖的路线图或行动计划。

⁴ 世卫组织营养指导方针。可自 <http://www.who.int/publications/guidelines/nutrition/en/>获取（2016年4月6日访问）。

⁵ 世卫组织。2025年全球营养目标：政策简报丛刊（WHO/NMH/NHD/14.2）。日内瓦：世界卫生组织；2014年。

17. 在 55 个国家，有证据显示正在通过世卫组织建议的方法应对发育迟缓、消瘦和贫血。在世卫组织的积极支持下，若干国家在实现全民健康覆盖的工作中正在开始考虑有效的营养规划。其中包括以下方面的规划：通过延迟脐带结扎和皮肤接触，把尽早开始母乳喂养和减少贫血与实施新生儿早期基本保健联系起来¹；国家实施和执行《国际母乳代用品销售守则》²；爱婴医院行动³；微量营养素补充⁴；监测和促进生长⁵；以及稳定和紧急情况中的急性营养不良管理⁶。

18. 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。世界粮食安全委员会确立了营养问题工作流程，以便落实第二次国际营养会议的结果并实施 2030 年可持续发展目标，目的是要发展更健康的食品体系。

19. 多数会员国采用粮食系统的方法，采取行动改善营养。世卫组织表示，作为公共卫生综合营养行动的一部分，根据需要或者营养缺乏或不足的风险进行食品强化是有作用的。世卫组织为第一次全球食品强化问题首脑会议（坦桑尼亚联合共和国阿鲁沙，2015 年 9 月 9-11 日）提供了技术支持。目前，159 个国家具有食品强化国家计划。世卫组织向非洲区域、东地中海区域、印度和所罗门群岛提供了关于食品强化的技术支持。

20. 在东南亚、东地中海和西太平洋区域，世卫组织支持制定了以粮食为基础的饮食指导方针。欧洲区域办事处制定了一个营养概况模型，用于限制向儿童营销食品。美洲、东地中海和西太平洋区域开展了类似的行动，以便指导学校供膳计划、财政政策以及营销高热能和低营养食品及非酒精类饮料的条规。欧洲区域的 12 个国家讨论了促进健康饮食的价格政策，菲律宾讨论了加糖饮料的税收问题。在美洲区域，巴巴多斯、多米尼加共和国和墨西哥制定了针对加糖饮料的消费税，目的是为了预防肥胖症。根据世卫组织 2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划，若干国家（美洲区域有 4 个国

¹ 阿富汗、柬埔寨、中国、哥伦比亚、洪都拉斯、老挝人民民主共和国、蒙古、巴布亚新几内亚、菲律宾、所罗门群岛、苏丹、阿拉伯联合酋长国和越南。

² 巴西、柬埔寨、智利、洪都拉斯、伊拉克、约旦、老挝人民民主共和国、蒙古、纳米比亚、尼泊尔、阿拉伯联合酋长国和越南。

³ 多民族玻利维亚国、巴西、柬埔寨、中国、哥伦比亚、危地马拉、洪都拉斯、牙买加、塞舌尔和阿拉伯联合酋长国。

⁴ 孟加拉国、不丹、多民族玻利维亚国、巴西、哥伦比亚、多米尼加共和国、厄瓜多尔、萨尔瓦多、危地马拉、印度、伊拉克、朝鲜民主主义人民共和国、印度尼西亚、老挝人民民主共和国、马尔代夫、缅甸、尼泊尔、尼加拉瓜、秘鲁、斯里兰卡、阿拉伯叙利亚共和国、泰国、东帝汶和也门。

⁵ 孟加拉国、巴林、不丹、布基纳法索、哥伦比亚、埃塞俄比亚、洪都拉斯、印度尼西亚、约旦、科威特、马尔代夫、摩洛哥、缅甸、尼泊尔、尼日尔、阿曼、卡塔尔、塞拉利昂、所罗门群岛、斯里兰卡、泰国、东帝汶、多哥、乌干达、坦桑尼亚联合共和国和瓦努阿图。

⁶ 阿富汗、孟加拉国、多民族玻利维亚国、柬埔寨、萨尔瓦多、埃塞俄比亚、危地马拉、伊拉克、莱索托、毛里塔尼亚、尼泊尔、巴基斯坦、菲律宾、索马里、南苏丹、苏丹、阿拉伯叙利亚共和国、斯威士兰、东帝汶、乌干达、越南和也门。

家，欧洲区域有 7 个国家，东地中海区域有 10 个国家）确立了减少反式脂肪的政策。东地中海区域以及蒙古也正在采取步骤促进减少游离糖。美洲区域的若干国家已制定或正在制定方便消费者的营养标签（玻利维亚多民族国、智利、厄瓜多尔和秘鲁）。在西太平洋区域，世卫组织支持各国实施包装正面标签（斐济）以及制定或修订标签规定（库克群岛、斐济、基里巴斯、萨摩亚和图瓦卢）。

21. 在越南，世卫组织支持修订社会健康保险法，目前正在支持把营养服务纳入一揽子福利计划的工作。巴西、哥伦比亚和墨西哥的数据显示，纳入有条件现金转移支付规划的营养行动对营养结果有积极的影响。

22. 行动 4：为实施营养干预措施提供充分人力和财力资源。为营养提供的资金正在开始增多，但还不能满足全球需求。提交报告的捐助者专用于营养和对营养问题敏感的投资从 2010 年的 13 亿美元增加到 2012 年的 15 亿美元，即增加了 15%¹。在 2015 年 4 月，发起了营养力量基金，有潜力产生多达 10 亿美元的公立和私立部门新资金。在 2015 年 6 月，比尔和梅琳达·盖茨基金会宣布为营养工作提供 7.76 亿美元新的资金。根据最近在世卫组织技术支持下开展的评估，需要 420 亿美元的额外资金，即每名儿童 8.50 美元，37 个“负担最重”的国家才能在今后 10 年达到关于发育迟缓的全球目标²。把全球目标纳入营养领域内主要捐助者的战略文件（比尔和梅琳达·盖茨基金会以及美国国际开发署），促进了资金更一致的使用。

23. 在加拿大外交、贸易和发展部资助的加速改善营养项目的背景下，世卫组织在 11 个国家（布基纳法索、埃塞俄比亚、马里、莫桑比克、卢旺达、塞内加尔、塞拉利昂、乌干达、坦桑尼亚联合共和国、赞比亚和津巴布韦）加强了营养领域内卫生工作者的能力。社区、卫生设施和区县级的 1800 多名卫生工作者接受了关于营养监测的培训，还有同样数量的卫生工作者接受了关于管理严重急性营养不良、促进青少年、孕产妇和婴幼儿营养以及为营养进行计划和制定预算的培训。在东南亚区域的 5 个国家（孟加拉国、朝鲜民主主义人民共和国、印度尼西亚、马尔代夫和斯里兰卡）、西太平洋区域的 6 个国家（中国、老挝人民民主共和国、蒙古、菲律宾、汤加和越南）以及东地中海区域出现突发事件的 10 个国家，世卫组织正在支持营养领域内的卫生专业人员培训，重点是监测和促进生长以及实施《国际母乳代用品销售守则》。

¹ 加强营养。加强营养运动年度进展报告；2014 年 9 月。

² 世界银行集团、发展成果、儿童投资基金会、千日伙伴关系、比尔和梅琳达·盖茨基金会。实现针对营养不良的全球目标：需要多少费用，谁来支付？第三次发展筹资问题国际会议上的发言，亚的斯亚贝巴，2015 年 7 月 13-16 日。

24. **行动 5：监督并评估政策和规划的实施情况。**世卫组织和儿童基金会共同设立了一个营养监测问题技术专家咨询小组，支持实施第六十七届和第六十八届世界卫生大会批准的全球营养监测框架¹。自 2014 年以来，全球营养报告汇集了各利益攸关方，介绍了应对营养不良的进展情况，识别了空白，并建议了填补空白的办法。2015 年的报告要求进行营养数据革命并建议所有国家，包括高收入国家，与联合国机构联系，促进把本国的数据纳入联合国机构的国际数据库²。

25. 通过加速改进营养项目，世卫组织向非洲 8 个国家（布基纳法索、埃塞俄比亚、马里、莫桑比克、塞内加尔、乌干达、坦桑尼亚联合共和国和津巴布韦）提供了支持，以便审查营养指标并将其纳入卫生管理和信息系统。欧洲区域办事处确立了一个世卫组织欧洲儿童期肥胖症监测行动，在 31 个会员国收集具有国家代表性、经国家衡量和国际上可比的小学生超重和肥胖数据。在东地中海区域 8 个国家和领地（阿富汗、巴林、科威特、阿曼、巴基斯坦、沙特阿拉伯、阿拉伯叙利亚共和国以及西岸和加沙地带）、西太平洋区域 6 个国家（中国、斐济、基里巴斯、老挝人民民主共和国、所罗门群岛和图瓦卢）以及美洲区域的一些国家，世卫组织还支持开展了营养监测活动。

《国际母乳代用品销售守则》实施进展情况

26. 根据《守则》第 11.1 条，要求会员国“按照其社会和立法体系的方式采取行动来实施本《守则》的各项原则与目标，包括国家制定国家法规、条例或采取其它适宜的措施”。在《守则》得到通过的 WHA34.22 号决议（1981 年）中，卫生大会强调采用和遵守《守则》是对所有国家的最低要求，并敦促所有会员国“全面”实施《守则》。会员国实施和执行《守则》以及随后的卫生大会决议中包含的标准和建议是至关重要的，以便确保采用适当的婴幼儿喂养方法，并确保父母及其他照护者不受到不当和误导性信息的影响。

27. 2014 年，请会员国，作为《国际母乳代用品销售守则》之下定期报告要求的一部分，提供关于《守则》实施现状的最新信息。会员国提供了关于立法和采取的其它措施，包括现有立法文件的信息。世卫组织已将这些信息纳入了世卫组织营养行动实施情况全球数据库。联合国儿童基金会的《守则》国家实施情况数据库和国际《守则》文献中心数据库提供了关于会员国中《守则》法律地位的补充信息。

¹ 见 WHA67(9)号决定（2014 年）和 WHA68(14)号决定（2015 年）。

² 国际粮食政策研究所。《2015 年全球营养报告：推动营养和可持续发展的行动与问责》。华盛顿特区：国际粮食政策研究所；2015 年（<http://ebrary.ifpri.org/utils/getfile/collection/p15738coll2/id/129443/filename/129654.pdf>，2016 年 4 月 6 日访问）。

28. 2011 年国家实施《守则》现状的报告显示, 194 个会员国中总共有 103 个具备某种形式的立法措施¹。2011 年以来, 在采纳国家法律措施执行《守则》以及随后的卫生大会相关决议方面有大幅提高。截至 2016 年 3 月, 该数字达到 136 个会员国。这一大幅提高部分上是因为会员国通过了新立法或其它法律措施, 但也因为加强了关于现有法律措施的信息。截至同一时间, 39 个会员国制定了体现《守则》全部或多数条款的全面立法或其它法律措施。该数字与 2011 年报告的数字 (37 个会员国) 近似。32 个会员国现具备包含许多条款的法律措施, 并另有 65 个会员国制定了含有少数条款的法律措施。46 个会员国有非法律措施或无适当措施, 11 个会员国没有相关信息。自 2011 年的现状报告以来, 21 个会员国制定或更新了相关的立法 (阿尔及利亚、亚美尼亚、波斯尼亚-黑塞哥维那、巴西、布隆迪、中国、科摩罗、萨尔瓦多、印度尼西亚、肯尼亚、科威特、马达加斯加、墨西哥、缅甸、巴拿马、摩尔多瓦共和国、所罗门群岛、南非、坦桑尼亚联合共和国、委内瑞拉和越南)。2015 年, 中国修订了其广告法和食品安全法, 对母乳代用品的生产进行管制并禁止在大众媒体和公共场所为此类产品进行广告宣传。此外, 欧洲联盟于 2013 年通过了对欧盟以及欧洲经济区所有成员国适用的新法规。

29. 《守则》的成功实施需要有独立和透明的监测与执行机制, 不受商业影响, 能够识别违反国家立法的情况并有足够的权力进行制裁。但是, 迄今很少有会员国具备符合所有这些标准或多数标准并正常运转的监测和执行机制。截至 2016 年 3 月, 从 54 个会员国获得的信息表明总共 27 个会员国具备某种机制。据报告, 这些机制是透明的 (23 个会员国); 独立的 (23 个会员国); 不受商业影响 (23 个会员国); 有预算或得到资助 (9 个会员国); 有权采取行政和法律行动 (22 个会员国); 具有可持续性 (10 个会员国)。

30. 在许多国家, 与《守则》相关事项的数据和专门技术的可得性以及有责任的利益攸关方之间的协调力度很弱。此外, 对国家的《守则》监测和执行工作的政治承诺以及持续资助仍然不够。根据这些持续存在的挑战, 世卫组织和儿童基金会建立了一个全球网络, 包括民间社会组织和若干国家的专家, 以便为那些国家提供技术支持, 改进为监测和执行《守则》实施工作做出的努力 (NetCode)。

营养规划中利益冲突的风险评估和风险管理工具

31. 2015 年 10 月 8 日和 9 日在日内瓦召开了一次技术协商会, 目的是: 制定定义、标准和指标以便协助识别和强调国家级孕产妇和婴幼儿营养全面实施计划倡导的政策制

¹ 世卫组织。2011 年各国实施《国际母乳代用品销售守则》状况报告。日内瓦, 世卫组织, 2013 年 (修订版)。

定和实施工作中的利益冲突；确认全面实施计划倡导的政策制定和实施工作涉及政府与非国家行为者（重点为私立部门）之间相互作用并可导致利益冲突的情况；以及确认可以帮助识别和管理利益冲突的工具、方法和做法清单。与会人员包括利益冲突风险评估、披露和管理领域内的专家以及其它领域的专家和作为观察员与会的会员国代表¹。

32. 协商会认为，会员国有义务确保不为除公共利益之外的其它利益对负责公共决策的个人或机构施加实际或可见的不当影响，因为这种做法会影响廉正和公信力。会议还认为，利益冲突可以是经济性或非经济性的，直接或间接的；会员国也有义务考虑社会上不同行为者之间以及不同政府行为者之间的不同利益；而且利益冲突可以在决策过程的不同阶段出现：对确立一项政策或一个规划的必要性作出决定时，确立政策和规划时，开展实施工作时，以及进行监测时。第二和第三阶段是较通常有可能接触私立部门的阶段，需要一套工具来识别和处理利益冲突。

33. 协商会进一步认为，会员国发起政策讨论时，需要进行初步风险评估。这可能涉及调查不同的利益，了解企业的策略以及了解与公立和私立行为者进行不同类型接触时的相关风险水平。为了防止利益冲突，会员国可以确立准则，规定谁应当参与负责制定政策和规范性工作的机构；确立关于利益披露和透明的规定；并确立管理利益冲突的政策（包括撤销投资、筛查、取消资格、对违反规定进行制裁、离职后的政策规定以及道德守则）。当会员国决定建立伙伴关系，确定明确的交往规则可以减少利益冲突。这些规则可以规定明确的治理结构和职权范围；规定必须对公共卫生目标给予明确的优先地位；为伙伴关系规定细则并确定不同行为者的作用；以及要求对利益进行披露并保持透明。参考全球政策，例如《国际母乳代用品销售守则》或《婴幼儿喂养全球战略》，可以有助于保护伙伴关系免受不当影响。其它有用的做法包括透明和独立的监测、赞助规定、游说登记册以及保护举报人的政策。辅助行动包括公职人员关于管理利益冲突的能力建设以及通过提高公众认识来加强民间社会。

关于终止婴幼儿食品不当促销形式的指导草案

34. 2010年5月，第六十三届世界卫生大会在WHA63.23号决议中认识到母乳代用品和某些婴幼儿商业食品的促销不利于最佳婴幼儿喂养方面的进展。2012年5月，第六十五届世界卫生大会在WHA65.6号决议中要求总干事“对WHA63.23号决议中列举的婴幼

¹ 协商会的报告可自 http://www.who.int/nutrition/publications/technicalconsultation_conflictinterest_nutprogram_report.pdf 获取（2016年4月6日访问）。

儿食品的不当促销形式提供澄清和指导，同时考虑到食品法典委员会正在进行的工作”。据此，秘书处建立了关于婴幼儿食品不当促销形式的科技咨询小组，该小组在 2013 年编制了第一份报告，为“不当促销形式”提供了定义¹，并在 2015 年编写了第二份报告，其中载有帮助实现目标终止婴幼儿食品不当促销形式的指导草案²。

35. 根据科技咨询小组的报告，众多国家的证据显示，正在促销据称适合于六个月以下婴儿的食品（在此背景下系指食品和饮料，包括辅助食品和母乳代用品）；通过与商业辅助食品相联系，正在间接促销母乳代用品；而且不准确地声称这些产品会改善儿童的健康或智力表现。此外，如果提供的量占热能要求的一大部分，已表明辅助食品会取代母乳的摄入。商业辅助食品的质量差异很大，有些通过提供幼儿饮食中缺少或含量不足的营养素来改进营养摄入，而另一些值得关注，因为添加了大量的糖或盐。不当促销婴幼儿商业食品，可以在营养和健康相关质量以及这些食品的安全使用和按年龄适当使用方面误导父母及其他照护者。尤其是，对为不同年龄儿童促销的奶制品之间的差异还没有很好的了解。此外，六个月以下婴儿食品的促销会造成提早停止纯母乳喂养。

36. 在关于婴幼儿食品不当促销形式的科技咨询小组的支持下，秘书处编写了一份讨论文件³，其中载有关于终止婴幼儿食品不当促销形式的一套建议。从 2015 年 7 月 20 日至 8 月 10 日，提供了该文件供公众评论。此外，为了进一步修订该文本，秘书处在 2015 年 8 月 17 日召集与世卫组织有正式关系的非政府组织和私立部门实体开展非正式对话，并在 2015 年 8 月 18 日与会员国及其它联合国组织举行了非正式协商会。执行委员会在其 2016 年 1 月第 138 届会议上审议了文件 EB138/8 连同关于终止婴幼儿食品不当促销形式的指导草案。遵循会员国代表在执委会届会期间提出的意见以及（按执委会要求）在会后四周内提交秘书处的书面意见，秘书处编写了指导草案的新版本，并在第六十九届世界卫生大会之前发给会员国以方便闭会期间就指导以及决议草案的定稿进行磋商。

卫生大会的行动

37. 请卫生大会注意本报告。

= = =

¹ 见 http://www.who.int/nutrition/publications/2013_STAG_meeting_24to25Jun_report.pdf?ua=1（2015 年 12 月 11 日访问）。

² 见 <http://www.who.int/nutrition/events/stag-report-inappropriate-promotion-infant-foods-en.pdf>（2016 年 4 月 6 日访问）。

³ 见 <http://www.who.int/nutrition/events/draft-inappropriate-promotion-infant-foods-en.pdf?ua=1>（2016 年 4 月 6 日访问）。