برنامج الأغذية العالمي

Programme Alimentaire Mondial

World Food Programme

Programa Mundial de Alimentos

المجلس التنفيذي

الدورة العادية الأولى

روما، 19- 2007/2/21

قضايا السياسات

البند 5 من جدول الأعمال

مبادرة القضاء على الجوع ونقص التغذية بين الأطفال

إطار عالمي للعمل

هذه الوثيقة هي ضميمة للوثيقة WFP/EB.1/2007/5-A

مقدمة للمجلس للعلم*

A

Distribution: GENERAL
WFP/EB.1/2007/5-A/Add.1
30 January 2007
ORIGINAL: ENGLISH

* وفقاً لقرارات المجلس التنفيذي بشأن التسيير والإدارة التي اعتمدت في الدورة السنوية والدورة العادية الثالثة لعام 2000، فإن الموضوعات المقدمة للمجلس للعلم والإحاطة ينبغي عدم مناقشتها إلاّ إذا طلب أحد أعضاء المجلس ذلك تحديداً قبل بداية الدورة ووافق رئيس المجلس على الطلب على أساس أن المناقشة تتفق مع الاستخدام السليم لوقت المجلس.

طبعت هذه الوثيقة في عدد محدود من النسخ. يمكن الإطلاع على وثائق المجلس التنفيذي في صفحة برنامج الأغذية العالمي في شبكة انترنت على العنوان التالي: (http://www.wfp.org/eb)

إطار عالمي للعمل

مسودة منقحة. ديسمبر/كانون الأول 2006

مبادرة القضاء على الجوع ونقص التغذية بين الأطفال

شركاء المبادرة

برنامج الأغذية العالمي ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف)

إطار عالمي للعمل

مسودة منقحة. ديسمبر/كانون الأول 2006

© 2006 برنامج الأغذية العالمي ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة

هذه الوثيقة تحل محل وثيقة إطار عالمي للعمل، مسودة للاستعراض، نوفمبر/تشرين الثاني 2006 وجميع النسخ السابقة.

مبادرة القضاء على الجوع ونقص التغذية بين الأطفال

شركاء المبادرة

برنامج الأغذية العالمي، الأمم المتحدة

Via C.G.Viola 68, Parco de' Medici, 00148, Rome, Italy

منظمة الأمم المتحدة للطفولة

UNICEF House, 3 United Nations Plaza, New York, New York 10017, U.S.A.

لا يجوز استنساخ أو حفظ أي جزء من هذا المنشور على أي نظام لاسترجاع المعلومات، أو نقله في أي شكل أو بأية وسيلة إلكترونية أو رقمية أو آلية أو باستخدام النسخ التصويري أو التسجيل أو أي وسيلة أخرى، بدون الحصول على إذن كتابي مُسَبق من برنامج الأغذية العالمي ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف). ولا تنطوي التسميات المستخدمة وطريقة عرض المواد في هذا المنشور على الإعراب عن أي رأي من جانب برنامج الأغذية العالمي فيما يتعلق بالمركز القانوني والسياسي لأي بلد أو إقليم أو مدينة أو منطقة أو لسلطاتها أو لتعيين تخومها أو حدودها. وتمثّل الخطوط المتقطعة في الخرائط حدوداً تقريبية قد لا يكون قد تم التوصل إلى اتفاق تام بشأنها. وقد اتخذ برنامج الأغذية العالمي جميع الاحتياطات المعقولة للتحقق من المعلومات والبيانات الواردة في هذا المنشور. على أن المادة المنشورة توزّع بدون أي ضمانات من أي نوع، صريحة كانت أم ضمنية، بما في ذلك بشأن دقة البيانات. وتقع على القارئ المسؤولية عن تفسير واستعمال المواد الواردة في هذا المنشور. ولا يتحمل برنامج الأغذية العالمي أي مسؤولية بأي حال من الأحوال عن الأضرار الناشئة عن تفسيرها أو استعمالها أو الاعتماد عليها.

المحتويات

الأشكال والأطر والجداول 6

حول هذه الوثيقة 7

ملخص 8

1 - مبادرة للقضاء على الجوع ونقص التغذية بين الأطفال 10

1-1 هدف المبادرة ونتائجها ومناهجها 11

2-1 الفرص الجديدة للعمل 13

2 - الجوع ونقص التغذية بين الأطفال اليوم: التحديات والفرص 15

2-1 نتائج جوع الأطفال ونقص تغذيتهم 16

2-2 التوزيع الجغرافي لنقص التغذية 16

2-3 التجارب القطرية الناجحة 19

2-4 التدخلات الناجحة 21

2-5 تدخلات لمكافحة جوع الأطفال ونقص تغذيتهم 26

2-6 تكاليف مجموعة نمطية مركزة من التدخلات 27

2-7 الأولويات والمناهج الإقليمية 30

3 - الحصائل والنتائج والاستراتيجيات 35

الحصيلة 1: زيادة الوعي بالجوع ونقص التغذية وفهم الحلول الممكنة 36

الحصيلة 2: تعزيز السياسات والبرامج الوطنية المؤثرة على الجوع والتغذية 38

الحصيلة 3: زيادة قدرات المجتمعات المحلية على العمل المباشر للحد من جوع الأطفال 44

الحصيلة 4: زيادة فعلية ومسؤولية الجهود العالمية للحد من جوع الأطفال ونقص تغذيتهم من خلال رصد وتقييم المبادرة وتدخلات البرامج وأثرها على الأطفال 47

4 - التنسيق مع الجهود الإنمائية الأخرى 50

4-1 الجهود ذات الأولوية المرتبطة بالمبادرة 50

5- إطار ومبادئ الشراكة 53

5-1 إدارة الشراكة العالمية 53

5-2 أدوار الشركاء الرئيسيين 55

6 - الملحق الأول: فرقة العمل المعنية بالجوع التابعة لمشروع ألفية الأمم المتحدة 57

6-1 التوصيات 57

7 - الملحق الثاني: أدوار المجموعات الرئيسية 58

7-1 الآحاد من الشركاء 58

7-2 اللجنة التوجيهية 58

7-3 فريق الشركاء 59

7-4 الأمانة 61

8 - الحواشي 62

الأشكال والأطر والجداول

الشكل 1 – مبادرة القضاء على الجوع ونقص التغذية بين الأطفال: مؤشر الأهداف والغايات والتأثيرات 9
الإطار 1 – اتفاقية حقوق الطفل 10
الإطار 2 – مساهمة مبادرة القضاء على الجوع ونقص التغذية بين الأطفال في تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية وصلتها بها 13
الإطار 3 – المحكات السياسية والبرامجية والتقنية الرئيسية..... 14
الإطار 4 – تعريف الجوع..... 15
الشكل 2 – العوامل المساهمة في النمو الصحي للأطفال في المجتمع..... 15
الشكل 3 – توزيع الأطفال المصابين بنقص الوزن في العالم بحسب الإقليم 17
الجدول 1 – البلدان مصنَّفة بحسب حصتها العالمية من الأطفال المصابين بنقص الوزن 18
الجدول 2 – البلدان مصنَّفة بحسب مدى انتشار نقص الوزن بين الأطفال 18
الشكل 4 – الجهود الوطنية الناجحة والأقل نجاحاً في الحد من وفيات الأطفال منذ عام 1960.... 20
الشكل 5 – تدخلات للتصدي لجوع الأطفال ونقص تغذيتهم..... 26
الجدول 3 – التدخلات في مجال الصحة والنظافة الصحية والتغذية (التكلفة السنوية للأسرة) ... 28
الجدول 4 – التوزيع التقريبي للتكاليف الإجمالية الإضافية للقضاء على جوع الأطفال ونقص تغذيتهم 28
الشكل 6 – توزيع الأطفال الذين يعانون نقص الوزن في أمريكا اللاتينية (الأطفال لكل كيلومتر مربع)..... 31
الشكل 7 – توزيع الأطفال المصابين بنقص الوزن في أفريقيا (الأطفال لكل كيلو متر مربع).... 32
الشكل 8 – توزيع الأطفال المصابين بنقص الوزن في آسيا (الأطفال لكل كيلو متر مربع)..... 34
الجدول 5 – الحصائل والنتائج الرئيسية..... 36
الشكل 9 – إجراءات الدعوة للسياسات على المستوى القطري 40
الشكل 10 – إطار البرمجة على المستوى الوطني 43
الشكل 11 – ربط الأطفال المعرضين للمخاطر بمصادر الدعم..... 45
الشكل 12 – مستويات العمل 50
الإطار 5 – بعض الجهود الرئيسية الجارية المرتبطة بمبادرة القضاء على الجوع ونقص التغذية بين الأطفال..... 51
الشكل 13 – المجموعات والعلاقات الرئيسية للمضي قدما بالمبادرة 54

حول هذه الوثيقة

إطار العمل العالمي هو وثيقة الاستراتيجية الأولية لمبادرة القضاء على الجوع ونقص التغذية بين الأطفال. ومبادرة القضاء على الجوع ونقص التغذية بين الأطفال هي شراكة مكرسة لتمسك بزمام القيادة في التصدي لأبعاد الجوع والتغذية في الهدف الإنمائي الأول (الذي يرمي إلى خفض عدد الجوعى إلى النصف بحلول عام 2015)، وتحقيق طموحات زعماء العالم التي عبروا عنها في إعلان الألفية بضمان عالم "متحرر من الجوع" ونقص التغذية.

وقد أعدت هذه الوثيقة لكي يستخدمها الشركاء ويواصلوا تطويرها. والغرض من **الإطار العالمي** هو تعزيز وإثراء وتدعيم الاستراتيجيات الإقليمية وخطط العمل الوطنية التي تتصدى للجوع. وتستند محتويات هذه الوثيقة إلى الفكر الراهن وأفضل الممارسات، والهدف منها هو تركيز اهتمام الشركاء المحتملين على طبيعة وحجم مشكلة جوع الأطفال ونقص تغذيتهم اليوم، وهي حالة عالمية ملحة تتيح فرصا جديدة هائلة لبذل وتسريع وتيرة الجهود الجارية بالفعل على أرض الواقع، والعمل معا على نشر الحلول المعروفة والفعالة في أشد البلدان والمجتمعات المحلية تضررا.

وتصدر هذه "المسودة المنقحة" قبل الطبعة الأولى للوثيقة التي ينتظر موافقة أعضاء فريق شركاء المبادرة عليها واستعمالها للاسترشاد بها في مشاركاتهم ومساهماتهم. وسيجري تحديث الاستراتيجية العالمية في المستقبل حتى تظل مواكبة لروح العصر وملائمة له استنادا إلى ما يستجد من معارف وممارسات بين الشركاء وآخر ما يتم التوصل إليه من أدلة بشأن أكثر التدخلات نجاحا. وسوف تساعد سلسة لانست عن تغذية الأم والطفل التي ستصدر قريبا، على إثراء التعديلات في مجموعة التدخلات التي تركز عليها المبادرة بشكل خاص.

***

وهذه النسخة من إطار عالمي للعمل (ديسمبر/كانون الأول 2006) هي ثمرة عملية الإعداد والتصميم التي بدأت في عام 2005 استنادا إلى مذكرة مفاهيم المبادرة التي وضعها **البرنامج** ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف) بالتعاون مع البنك الدولي. وفي عام 2006، دعا **البرنامج** واليونيسف، بوصفهما الوكالتين المبادرتين، إلى تكوين فرقة عمل لمواصلة تطوير المبادرة على أساس مذكرة المفاهيم. وعقدت مشاورات واسعة مع الخبراء والتقنيين قبيل التوصل إلى صياغة المسودة الأولى. ووردت تعليقات إضافية من الشركاء وأصحاب المصلحة الرئيسيين، بما في ذلك المنظمات غير الحكومية، ووكالات الأمم المتحدة، وشركات القطاع الخاص المهتمة ومؤسسات المجتمع المدني، فضلا عن المجلسين التنفيذيين **للبرنامج** واليونيسف.

وتضم هذه "المسودة المنقحة" مدخلات من هذه الأطراف المهتمة.

***

ملخص

مبادرة القضاء على الجوع ونقص التغذية بين الأطفال هي شراكة عالمية من أجل حشد الاهتمام والجهود من أجل التصدي للأسباب المباشرة لجوع الأطفال ونقص تغذيتهم. وتتمثل **الغاية** من المبادرة في تعبئة الموارد السياسية والمالية والتقنية وحشد الشراكات التي تتطلبها البلدان النامية للتصدي لجوع الأطفال ونقص تغذيتهم، من أجل تحقيق **الهدف** الشامل المتمثل في الحد منهما بشكل كبير خلال جيل واحد.

وكخطوة أولى، ترمي المبادرة إلى تسريع وتيرة التقدم المحرز صوب تحقيق الغاية 2 للهدف الإنمائي الأول للألفية (خفض انتشار نقص الوزن إلى النصف بين الأطفال دون الخامسة من العمر). وتكشف المعدلات العالمية الحالية عن اتجاهات إيجابية، وإن كانت غير كافية لبلوغ تلك الغاية، ويلزم زيادتها بأكثر من الضعف. وتحقيقا لتلك الغاية، ستدعم المبادرة الجهود الوطنية والجهوية الرامية لتلبية الاحتياجات الأساسية لزهاء 100 مليون أسرة يعيش فيها ما يقرب من 400 مليون طفل يعانون الجوع، منهم قرابة 150 مليون طفل دون الخامسة من العمر، بما في ذلك إمكانية وصولهم إلى تدخلات أكيدة وفعالة.

وهناك إدراك متزايد بأن معالجة الجوع ونقص التغذية على وجه العموم، وجوع الأطفال على وجه الخصوص، ينبغي أن تشكّل حجر الزاوية للجهود التي تبذلها البلدان من أجل الوفاء بالالتزامات المقطوعة في **إعلان الألفية والأهداف الإنمائية للألفية**. وثمة أدلة واضحة على أن الاستثمار في التغذية يحد من الفقر من خلال دفع عجلة التنمية طيلة دورة الحياة وعبر الأجيال؛ وأنه يفضي إلى تحسين النتائج التعليمية؛ وأن التعامل مع نقص التغذية يفضي في العادة إلى تمكين المرأة وتحقيق فوائد تتجاوز الأسرة بأسرها؛ وأن نقص التغذية يقترن بأكثر من 50 في المائة من جميع حالات الوفاة بين الأطفال؛ وأن نقص التغذية بين الأمهات يسهم مباشرة في سوء صحة الأم، وأن الوضع التغذوي السليم يحد من تفاقم الإيدز في الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية، ويزيد من معدلات النجاة من الملاريا، ويقلّل من مخاطر الأمراض المزمنة المرتبطة بالتغذية.

وتمثل الجهود المبذولة حاليا للتصدي لجوع الأطفال ونقص تغذيتهم طائفة عريضة من التدخلات في كثير من القطاعات في البلدان الفقيرة والغنية على السواء. وسوف يدعم الإطار الاستراتيجي للمبادرة تنسيق تلك الجهود وتركيزها وتسريع وتيرتها في المناطق الأشد احتياجا، مما سيسفر عن زيادة الاتساق والفعالية.

وعلى الرغم من أن الجوع ونقص التغذية يسهمان في أكثر من نصف الملايين العشرة من حالات الوفيات التي يمكن توقيها بين الأطفال دون الخامسة من العمر في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط سنويا فإن أسباب جوع الأطفال يمكن التنبؤ بها والوقاية منها والتصدي لها بوسائل ميسورة. وسوف يكون للمبادرة دور مباشر في تعزيز التدخلات التي تؤثر تأثيرا مباشرا على الأطفال والأمهات والتي يمكن توسيع نطاقها بسرعة. وتشمل تلك التدابير العملية تدخلات في مجال الصحة، والنظافة الصحية، والتثقيف التغذوي، وتشجيع تكميل الأغذية بالمغذيات الدقيقة، ومعالجة مياه البيوت، وغسل الأيدي بالصابون، وتدابير مكافحة الطفيليات، (إزالة الديدان على وجه الخصوص)، وتدخلات الأمن الغذائي الأسري في حالات بعينها. وعلى الرغم من أثرها المؤكد على صحة الطفل فإن الجهود المتكاملة لتقديم مجموعة مركزة من التدخلات- تقل تكلفة المجموعة التوضيحية المبينة أعلاه عن 80 دولاراً أمريكيا للأسرة الواحدة سنويا- لم تتجاوز النطاق "التجريبي" في المناطق الجغرافية الأشد تضرراً.

***

وترمي **مبادرة القضاء على الجوع ونقص التغذية بين الأطفال** إلى تحقيق أربع حصائل، هي:

1 - زيادة الوعي بالجوع ونقص التغذية وفهم الحلول الممكنة؛

2 - تعزيز السياسات والبرامج الوطنية المؤثرة على الجوع والتغذية؛

3 - زيادة قدرات المجتمعات المحلية على العمل المباشر للحد من جوع الأطفال ونقص تغذيتهم؛

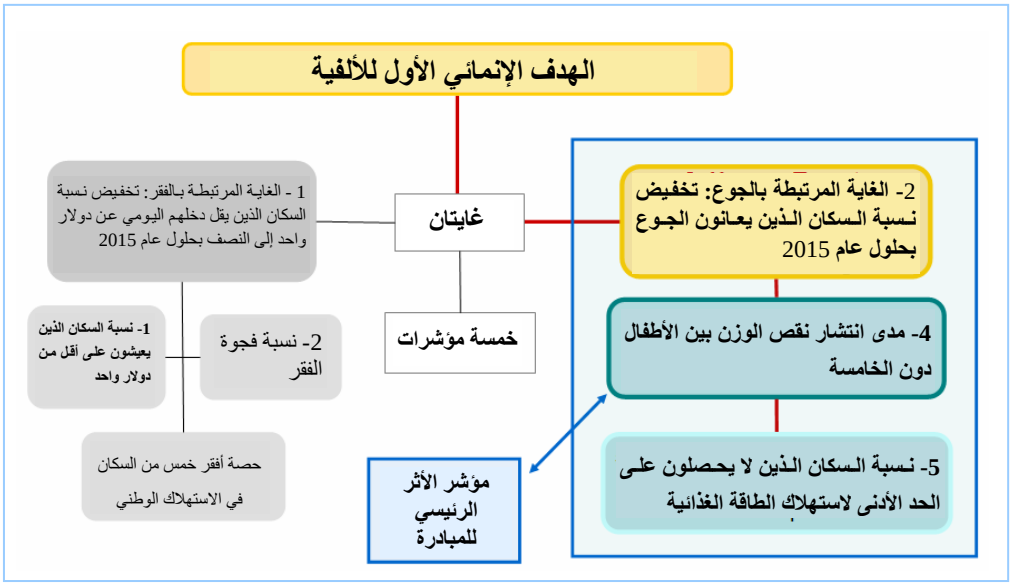
4 - زيادة فعالية ومسؤولية الجهود العالمية للحد من جوع الأطفال ونقص تغذيتهم من خلال رصد وتقييم المبادرة وتدخلات البرامج وأثرها على الأطفال.

وتقدِّر التكلفة الإضافية لمساعدة 100 مليون أسرة على حماية أطفالها من الجوع ونقص التغذية بما يقرب من 8 مليارات دولار أمريكي سنوياً، منها ما يقرب من مليار دولار من الموارد الدولية الجديدة التي يمكن على الفور برمجتها بصورة فعالة.

والخيار المطروح أمام المجتمعات والجماعات المحلية هو إما التحرُّك فوراً للقضاء على جوع الأطفال ونقص تغذيتهم في هذا الجيل أو انتظار ما ستتمخض عنه التحسينات في الدخل والتعليم من أثر نهائي وغير مضمون على نمو الطفل.

ومن الواضح أن تحسين الظروف الاقتصادية والاجتماعية يمكن أن يسهم في تحسين التغذية في المدى البعيد. ومن الواضح بنفس الدرجة أن الطفل لا يستطيع الانتظار طويلا لأن الجوع يجب إشباعه يومياً. وينبغي أن تدفعنا هذه المعرفة المشتركة إلى التحرك فوراً وأن تتيح فرصة فريدة لاتخاذ إجراءات عاجلة بشأن هذا العنصر الرئيسي لجدول أعمال التنمية.

***



الشكل 1 - مبادرة القضاء على الجوع ونقص التغذية بين الأطفال: مؤشر الأهداف والغايات والتأثيرات[1].

1 - مبادرة للقضاء على الجوع ونقص التغذية بين الأطفال

يسهم الجوع ونقص التغذية في أكثر من نصف حالات الوفاة التي يمكن تلافيها بين الأطفال دون الخامسة من العمر ويبلغ عددها عشرة ملايين حالة سنوياً في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط[2]. **وإضافة إلى ذلك فإن نقص التغذية بين الأمهات أثناء الحمل والرضاعة يمكن أن يقوِّض قدرة الأطفال طيلة حياتهم على النمو البدني والنماء الذهني والإنتاجية الاقتصادية.**

وتستجيب المبادرة مباشرة للالتزامات التي قطعتها البلدان على نفسها من خلال إعلان الألفية والأهداف الإنمائية للألفية، كما تستجيب لتوصيات فرقة العمل المعنية بالجوع التابعة للمشروع الإنمائي للألفية ('فرقة العمل المعنية بالجوع'). وعلاوة على ذلك فإن المبادرة تدعم جهود الدول الأعضاء في الأمم المتحدة الرامية إلى التحرُّك صوب تحقيق الأحكام الرئيسية لاتفاقية حقوق الطفل (انظر الإطار 1) ومعاهدات حقوق الإنسان الأخرى ذات الصلة.

تُلزم المادة 24 من اتفاقية حقوق الطفل الحكومات بما يلي:

"مكافحة الأمراض وسوء التغذية ... بما في ذلك من خلال... توفير أغذية مغذية كافية ومياه نقية للشرب" و"كفالة تزويد جميع قطاعات المجتمع، ولا سيما الآباء والأطفال، بالمعلومات الأساسية المتعلقة بصحة الطفل وتغذيته، ومزايا الرضاعة الطبيعية، ومبادئ النظافة الصحية وسلامة البيئة..."

الإطار 1 - اتفاقية حقوق الطفل

وينطوي الهدف الإنمائي الأول للألفية والمتمثل في القضاء على *الفقر المدقع والجوع*، على غايتين محدَّدتين، وتهدف المبادرة إلى تعزيز بلوغ الغاية الثانية، وهي ما يطلق عليها 'الغاية المرتبطة بالجوع' **(انظر الشكل 1)** كخطوة أولى صوب تحقيق الغاية الشاملة المتمثّلة في القضاء على جوع الأطفال ونقص تغذيتهم خلال جيل واحد. وسوف يتطلب ذلك تسريعاً كبيراً لوتيرة الجهود العالمية والقطرية الجارية الرامية إلى التصدي لجوع الأطفال ونقص تغذيتهم.

ويُعتبر تحقيق هذه الغاية أساسياً في حد ذاته كما أنه يكتسي أهمية بالغة في تحقيق ستة من الأهداف الإنمائية الأخرى للألفية **(انظر الإطار 2)**

وفي عام 2005، قدَّمت فرقة العمل المعنية بالجوع سبع توصيات رئيسية بشأن الإجراءات المطلوبة لتحقيق الهدف الإنمائي الأول (انظر **الملحق**، الصفحة10). وتستجيب هذه المبادرة مباشرة للتوصيتين رقم 1 ورقم 4 المقدمتين من **فرقة العمل المعنية بالجوع** (الانتقال من الالتزام السياسي إلى العمل، وتحسين تغذية الأشخاص الذين يعانون الجوع والضعف بشكل مزمن)، وتستجيب كذلك للجوانب الرئيسية للتوصية رقم 2 (إصلاح السياسات وتهيئة بيئة مواتية).

وتنطبق الغايات والأحكام المتعلقة بالأطفال والمحدَّدة في الأهداف الإنمائية للألفية واتفاقية حقوق الطفل على جميع الأطفال في جميع البلدان بغض النظر عن جنسيتهم أو مكان إقامتهم. والهدف من المبادرة هو المساعدة على حشد الالتزام وتعبئة الموارد المطلوبة لتسريع وتيرة العمل الوطني صوب تحقيق تلك الغايات والأحكام.

1-1 هدف المبادرة ومحصلاتها ومناهجها

الهدف من المبادرة هو المساعدة على القضاء على جوع الأطفال ونقص تغذيتهم خلال جيل واحد. وقد انخفضت خلال العقد الفائت المعدلات الكلية لنقص تغذية الأطفال بنحو 1.7 في المائة سنوياً. وتحقيقاً للغاية 2 للهدف الإنمائي الأول للألفية، سيلزم زيادة هذا المعدل بأكثر من الضعف. وسوف يتطلب ذلك تعبئة كبيرة للقدرات وتركيز استخدام الموارد للتصدي لنقص التغذية، على أن تشدد السياسات والبرامج بشكل رئيسي على الوقاية.

ويمكن التنبؤ بأسباب جوع الأطفال والوقاية منها والتصدي لها بوسائل ميسورة. وتشمل التدابير العملية للتصدي للأسباب المباشرة لنقص التغذية بين الأطفال تثقيفا في مجال الصحة والنظافة الصحية والتغذية وأنشطة للترويج لذلك، مع التركيز على تشجيع الرضاعة الطبيعية حصرياً والتغذية التكميلية، والتدخلات المرتبطة بالسلع الأساسية، بما في ذلك تكميل الأغذية بالعناصر الغذائية الدقيقة؛ ومعالجة مياه البيوت؛ وغسل الأيدي بالصابون؛ وتدابير مكافحة الطفيليات (لاسيما إزالة الديدان)؛ والتدخلات الرامية إلى تحقيق الأمن الغذائي الأسري في حالات بعينها.

ويمكن إحراز تقدم سريع ومستدام في تحسين تغذية الطفل من خلال هذه التدخلات، جنباً إلى جنب مع تدابير زيادة قدرة الأسر والمجتمعات المحلية على البقاء اقتصادياً، وقدرتها على الوصول إلى ما تحتاجه من غذاء وخدمات أساسية، واستخدامها بفعالية.

وهناك عدة تدخلات أساسية للتصدي لجوع الأطفال ونقص تغذيتهم بصورة فعالة ومستدامة. وسوف تعزز المبادرة بصورة مباشرة التدخلات التي من المعروف أنها تحقق أثرا مباشرا على الأطفال والأمهات، والتي يمكن توسيع نطاقها ويجري تجريبها حاليا؛ وهي تشمل حاليا مجموعة التدخلات السابقة، ولكن رهنا بما سيطرأ من تغييرات على ضوء الأدلة الجديدة المتاحة والتحليلات الخاصة ببلدان محددة. ومن شأن تعزيز مجموعة مركزة من التدخلات أن يكمل تماما وبصورة مباشرة الجهود الجارية الأخرى لاتخاذ التدابير الأساسية لمعالجة جوع الأطفال في المدى القصير والتصدي للأسباب الكامنة وراءه.

وقد اقترحت **مبادرة القضاء على الجوع ونقص التغذية بين الأطفال** للمساعدة على كفالة تحقيق وتجاوز هذا المعدل المتزايد للتقدُّم من خلال جهود عالمية غايتها تحقيق أربع نتائج:

1 -زيادة الوعي بالجوع ونقص التغذية وفهم الحلول الممكنة؛

2 -تعزيز السياسات والبرامج الوطنية المؤثرة على الجوع والتغذية؛

3 -زيادة قدرات المجتمعات المحلية على العمل المباشر للحد من جوع الأطفال؛

4 - زيادة فعالية ومسؤولية الجهود العالمية للحد من جوع الأطفال ونقص تغذيتهم من خلال رصد وتقييم المبادرة وتدخلات البرامج وأثرها على الأطفال.

ويهدف **منهج الشراكة** الذي تعتمده المبادرة إلى بناء تحالفات وطيدة بين المتعاونين من الحكومات الوطنية وحكومات الولايات، والوكالات الدولية، والقطاع الخاص، والمنظمات الدينية والتقنية والطبية والتعليمية والمجتمعية وغير ذلك من منظمات المجتمع المدني. ويسعى الشركاء إلى توطيد الروابط بين الاختصاصات والمؤسسات والقطاعات والبلدان لبناء تحالفات وتبادل الخبرات وتعبئة الموارد من أجل القضاء على جوع الأطفال ونقص تغذيتهم.

ويتمثل **المنهج التشغيلي** للمبادرة في تعزيز القدرات الوطنية على دمج وتوسيع مجموعة مركزة من تدخلات التي ترمي إلى 'مكافحة الجوع'بين الأطفال والأسر الأكثر ضعفا عبر القنوات المباشرة الفعالة التي قد تشمل المدارس والمراكز الصحية والمنظمات المجتمعية. وبتكييف استراتيجيات التنفيذ والتمويل ومجموعة التدخلات مع مختلف الظروف، ستسعى المبادرة إلى تقديم مجموعة من المناهج الناجحة. وسوف تحشد المبادرة جهودا أوسع على كل المستويات عن طريق البرهنة عمليا على أن تحديات التنسيق والنقل والإمداد يمكن التصدي لها بفعالية في أنحاء العالم التي تنوء بأشد الأعباء والمناطق التي لا تُحرز حالياً إلا أقل قدر من التقدُّم.

ويتمثل **منهج الدعوة** للمبادرة في ترويج سياسات وبرامج فعالة ومتكاملة للتغذية والحد من الجوع استناداً إلى الأدلة المستقاة من التجارب الناجحة. وسوف تشمل جهود الدعوة حملة كبرى على مستوى العالم لزيادة فهم مشكلة جوع الأطفال ونقص تغذيتهم، ودور ذلك وأهميته بالنسبة للأهداف الإنمائية للألفية، والحلول المتاحة، ومناهج الاتصال المشترك بين الكيانات القائمة، والطريقة التي يمكن بها رصد التقدُّم المحرز. وسوف يكون تعزيز الفهم الشامل لجميع الأهداف الإنمائية للألفية وتحقيقها والعمل المتواصل صوب تحقيق رؤية الأطفال التي بلورتها اتفاقية حقوق الطفل مكمِّلاً لجهود الدعوة الأخرى لصالح الأطفال والأمهات ومتسقاً معها.

وتمشيا مع مبادئ اتفاقية حقوق الطفل ستقوم المبادرة بترويج استراتيجيات شاملة والدعوة لها ودعمها من أجل تحقيق ما يلي:

1- إيلاء الأولوية للوصول إلى أفقر الأسر والمجتمعات المحلية وأكثرها تهميشا؛

2- زيادة مشاركتها في اتخاذ القرارات المتعلقة بالقضايا المرتبطة بالجوع والتغذية؛

3- تمكينها من اتخاذ إجراءات من أجل بقاء أطفالها على قيد الحياة ونمائهم وتنميتهم، مع دعمها بالخدمات الأساسية.

كما ستساعد الأنشطة المنفذة مع الشركاء لترويج التخطيط على مستوى المقاطعات والرصد داخل المجتمعات المحلية على زيادة الإنصاف في تحقيق نتائج من أجل الأطفال.

ويبين القسمان 3-2 و3-5 المناهج المستخدمة على مستوى البلدان.

الهدف 1: *استئصال الفقر المدقع والجوع.* **الصلة بالمبادرة:** يقوِّض سوء التغذية رأس المال البشري من خلال آثاره التي لا يمكن علاجها والتي تمتد عبر الأجيال على النمو الذهني والبدني.

الهدف 2: *تحقيق تعميم التعليم الابتدائي.* **الصلة:** يقلل نقص التغذية فرص التحاق الطفل بالمدرسة ومواظبته على الدراسة وتحقيق أداء طيب.

الهدف 3: *تعزيز المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة:* **الصلة:** قد تسفر الحواجز التي تعترض سبيل وصول النساء والفتيات الصغيرات إلى الغذاء والصحة وموارد الرعاية عن سوء التغذية بين النساء وأطفالهن. وترتفع على الأرجح معدلات التسرب الدراسي بين الفتيات اللاتي يعانين نقص التغذية.

الهدف 4: *تخفيض معدل وفيات الأطفال:* **الصلة:** يشكل الجوع ونقص التغذية السببين الأساسيين لما يقرب من حالات الوفاة التي يمكن تجنبها بين عشرة ملايين طفل كل عام.

الهدف 5: *تحسين الصحة النفاسية.* **الصلة:** يشكل هزال الأمهات وإصابتهن بفقر الدم ونقص اليود مشاكل صحية وخيمة ترتبط بدورها بعوامل الخطر المرتبطة بوفيات الأمهات أثناء الولادة.

الهدف 6: *مكافحة فيروس/مرض الإيدز والملاريا وغيرهما من الأمراض.* **الصلة:** قد يقوّض سوء التغذية العلاج باستخدام العقاقير التي تمنع تحول الفيروس إلى المرض، ويزيد خطر نقل فيروس نقص المناعة البشرية، ويعجّل بظهور أعراض الإيدز والموت المبكر؛ كما يؤدي نقص التغذية دوراً كبيراً في زيادة خطر وفاة الأطفال بالملاريا.

الإطار 2 - مساهمة مبادرة القضاء على الجوع ونقص التغذية بين الأطفال في تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية وصلتها بها.

2-1 الفرص الجديدة للعمل

تتضافر الخبرات الوطنية والعالمية المتراكمة إلى جانب التطورات الجديدة الأخرى والموارد لتهيئة مناخ جديد يسوده التفاؤل **وإرساء أساس متين لبذل جهود جديدة من أجل القضاء على جوع الأطفال ونقص تغذيتهم.**

وتتصدى معايير النمو الدولية التي حددتها منظمة الصحة العالمية في أبريل/نيسان 2006 مباشرة لفكرة الدور الرئيسي الذي يساهم به العرق في تحديد طريقة نمو الأطفال. وتثبت المعايير الجديدة أن الأطفال الذين يولدون في مناطق مختلفة من العالم يتمتعون بنفس إمكانات النمو والتطور في نفس حدود نطاق الطول والوزن مقابل العمر إذا أتيحت لهم بداية مُثلى في الحياة.

كما أتاحت وثيقة السياسات التي أصدرها البنك الدولي مؤخراً بعنوان *إدخال التغذية في صميم التنمية: استراتيجية للعمل على نطاق واسع* فرصا كبيرة للعمل. ويستند التقرير في دعوته إلى تغيير السياسات إلى أدلة على أن التدخلات في مجال تغذية الأمهات والأطفال تعتبر "أساسية للتعجيل بالحد من الفقر، وتنطوي على نسب عالية بين الفوائد والتكاليف، ويمكن أن تحسّن التغذية بوتيرة أسرع كثيراً من الاعتماد على النمو الاقتصادي وحده. وعلاوة على ذلك فإن تحسين التغذية يمكن أن يشكّل القوة الدافعة للنمو الاقتصادي".

وتضاف هذه المستجدات وغيرها إلى حسن توقيت المبادرة:

- كشف ازدياد عدد البلدان عن تحقيق نجاح واسع من خلال المناهج العملية السياسية الشعبية.
- نشأ توافق سياسي عالمي في الآراء حول الحاجة إلى معالجة الجوع إلى جانب زيادة فهم التغذية باعتبارها أساسية لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية.
- تبلورت إلى حد ما التعهدات بزيادة الموارد المالية المخصصة للتنمية منذ المؤتمر الدولي لتمويل التنمية الذي عقد في مونتيري في عام 2002، وزيادة المعونة الشاملة بنحو 10 في المائة بالقيمة الحقيقية خلال السنوات الخمس الماضية.
- شهدت السنوات الأخيرة زيادة كبيرة في مساهمة القطاع الخاص في جهود التنمية من خلال ابتكارات تقنية كبيرة وتحسينات في أساليب العمل، وإرساء شراكات مبتكرة ووضع مبادرات للتمويل، وتقديم مساهمات مالية مباشرة.
- وُضعت مجموعة من **المحكات** السياسية والبرامجية والتقنية (انظر الإطار 3)؛ وتساعد تلك المحكات على صياغة المبادرة، وأُطلقت أداة عالمية لرصد التقدُّم المحرز سنوياً من خلال التقرير الذي أصدرته منظمة اليونيسف بعنوان *التقدم من أجل الأطفال: تقرير أداء عن التغذية*.
- وجرى بالفعل تعزيز منطلق التعاون الدولي في أكثر من 30 بلداً من خلال الإجراءات التي اتخذتها منظمة اليونيسف وبرنامج الأغذية العالمي، وهما أكبر منظمتين تشغيليتين في منظومة الأمم المتحدة، للجمع بين جهودهما الميدانية وبين جهود الشركاء الآخرين من أجل دعم البرامج الوطنية.

***

- إعلان الأمم المتحدة للألفية، 2000
- تقرير فرقة العمل المعنية بالجوع التابعة لمشروع الألفية، 2005
- اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الطفل، 1990
- التقدُّم من أجل الأطفال: تقرير أداء عن التغذية، اليونيسف، 2006
- التقرير الخامس عن حالة التغذية في العالم وخطة عمل لجنة الأمم المتحدة الدائمة المعنية بالتغذية، 2004
- تعزيز التزام البلدان بالتنمية البشرية - الدروس المستفادة من التغذية، البنك الدولي، 2005
- إدخال التغذية في صميم التنمية- استراتيجية للعمل على نطاق واسع، البنك الدولي، 2006
- سلسلة بقاء الأطفال وسلسلة سوء التغذية بين الأمهات والأطفال - The Lancet، ستصدر في عام 2007
- إعلان وخطة عمل روما، مؤتمر القمة العالمي للأغذية، منظمة الأغذية والزراعة، 1996
- سلسلة الجوع في العالم 2006: الجوع والتعلُّم، برنامج الأغذية العالمي، 2006

الإطار 3 - المحكات السياسية والبرامجية والتقنية الرئيسية

***

2 - الجوع ونقص التغذية بين الأطفال اليوم: التحديات والفرص

ينشأ الجوع بمعناه الأساسي عندما يفتقد جسم الشخص العناصر الغذائية المطلوبة للنمو وتطوير حياة منتجة وفاعلة وصحية.

ولا يقاس الجوع مباشرة، ولكن أنسب طريقة لرصد ما يحرزه الأطفال من تقدُّم هو من خلال نقص الوزن.

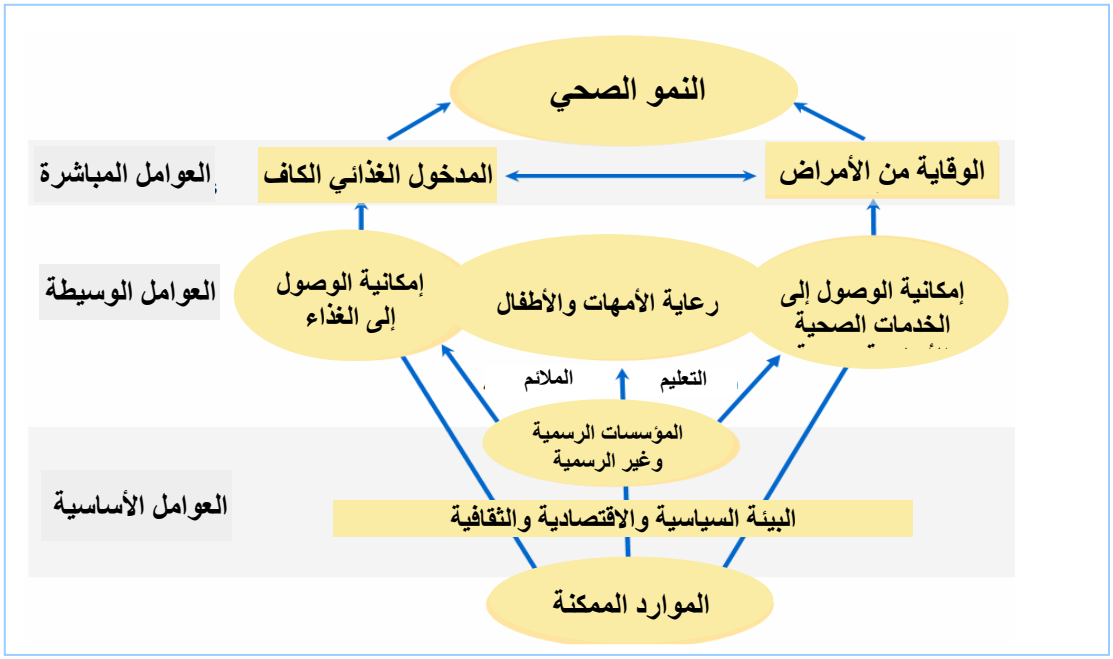
الإطار 4 - تعريف الجوع

النمو الصحي للأطفال هو ثمرة الجهود المشتركة بين أسرهم وجماعاتهم المحلية ومجتمعاتهم التي يعيشون فيها.

ولذلك فإن ثمة اعتراف متزايد بأن جوع الأطفال ونقص تغذيتهم هما من بين علامات إخفاق التنمية البشرية.

ويشمل مفهوم "الجوع" طائفة من الظروف التي يكون فيها النظام الغذائي غير كاف كميا و/أو كيفياً. وينشأ الجوع بمعناه الأساسي عندما يفتقر جسم الشخص إلى العناصر الغذائية المطلوبة للنمو والعيش حياة منتجة وفاعلة وصحية. ويسفر نقص تغذية الأطفال أو عدم نموهم بشكل سليم في مرحلة الطفولة المبكرة عن زيادة كبيرة في معدل وفياتهم. أما الأطفال الذين يبقون على قيد الحياة فتقل كثيراً قدرتهم على عيش حياة منتجة وصحية.

ويبيِّن **الشكل 2** العوامل الرئيسية التي تساهم في النمو الصحي للطفل. ومن الأساسي أن يتأثر نمو الطفل بالبيئة السياسية والاجتماعية والثقافية التي يعيش فيها.



الشكل 2- العوامل المساهمة في النمو الصحي للأطفال في المجتمع[3]

وتؤثِّر هذه البيئة على طريقة استخدام الموارد بفعالية وإنصاف لكفالة حصول السكان على الغذاء والصحة والرعاية. كما أن التثقيف، خاصة بالتغذية والصحة والنظافة الصحية، وإن كان لا يقتصر عليها، يؤثر على قدرة الأسرة والمجتمع المحلي على العناية بالأطفال ورعايتهم.

وسوف ينمو الأطفال وهم أصحاء حالما تحصل أمهاتهم على الغذاء الجيد ويتلقون الرضاعة الطبيعية حصريا وتتوفر لهم الرعاية ويتناولون فيما بعد ما يكفيهم من الغذاء المناسب، وينشئون في بيئة صحية، ويعالجون من الأمراض. ويتطلب ذلك إتاحة إمكانية وصول أسرهم ومجتمعاتهم المحلية إلى الغذاء الكافي والخدمات الصحية الأساسية، وتوفير الرعاية الملائمة للأمهات والأطفال. وينبغي التصدي لكل المسائل المرتبطة بالأمن الغذائي الأسري والرعاية الأسرية وممارسات التغذية والمياه النقية والإصحاح البيئي والرعاية الصحية لكفالة التغذية السليمة.

1-2 نتائج جوع الأطفال ونقص تغذيتهم

يمكن أن يسفر جوع الأطفال ونقص تغذيتهم عن عواقب وخيمة سواء على الأسرة أو بشكل تراكمي على المجتمعات المحلية والشعوب المعنية.

ينطوي نقص تغذية الأطفال على آثار جسيمة وملموسة على الوفيات، فهو السبب الرئيسي وراء أكثر من 50 في المائة من جميع حالات الوفاة الناجمة عن الإصابة بأمراض معدية، مثل الملاريا، والالتهاب الرئوي، والإسهال، والحصبة بين الأطفال الصغار[4]. ويؤدي ذلك إلى وفاة ما يتراوح بين 5 و 6 ملايين طفل سنوياً جرّاء إصابتهم بالأمراض المعدية التي ما كانت لتفتك بهم لو حصلوا على التغذية السليمة. وأما عدد الأطفال الذين يلقون حتفهم أسبوعيا نتيجة الجوع ونقص التغذية فيتجاوز كثيراً عدد وفياتهم التي تتسبب فيها الكوارث الطبيعية الأكثر مأساوية.

ويشير البنك الدولي إلى أن تحسين التغذية هو مسألة اقتصادية بقدر ما هو مسألة مرتبطة بالرعاية والحماية الاجتماعية وحقوق الإنسان[5]. فنقص التغذية يبطئ وتيرة النمو الاقتصادي ويديم الفقر من خلال ثلاثة طرق، هي الخسائر المباشرة في الإنتاجية جرَّاء سوء الحالة البدنية؛ والخسائر غير المباشرة الناجمة عن تردّي الوظيفة الإدراكية والعجز التعليمي؛ والخسائر الناجمة عن زيادة تكاليف الرعاية الصحية.

وتقدَّر خسائر الإنتاجية التي يتحملها الأفراد بأكثر من 10 في المائة من الدخل الذي يحصلون عليه طيلة حياتهم. وتتراوح خسائر الناتج المحلي الإجمالي الناجمة عن سوء التغذية بين 2 و 3 في المائة في بعض البلدان. وإضافة إلى ذلك فإن كثيراً من الأهداف الإنمائية للألفية، بما في ذلك هدف الحد من الفقر، لن تتحقق ما لم يُعالج سوء التغذية.

ويتداخل الجوع ونقص التغذية مع العواقب الأشد ضرراً خلال فترة الحمل والرضاعة والمهد. وتشير الأدلة العلمية المتزايدة إلى أن نقص التغذية ينطوي على آثار تمتد عبر الأجيال وتزيد بدرجة كبيرة تكاليفه الاقتصادية والاجتماعية الأخرى[6].

ولذلك فإن الاستثمار في نمو الأطفال إنما هو استثمار في الصحة والإنتاجية في المستقبل والأجيال المقبلة.

***

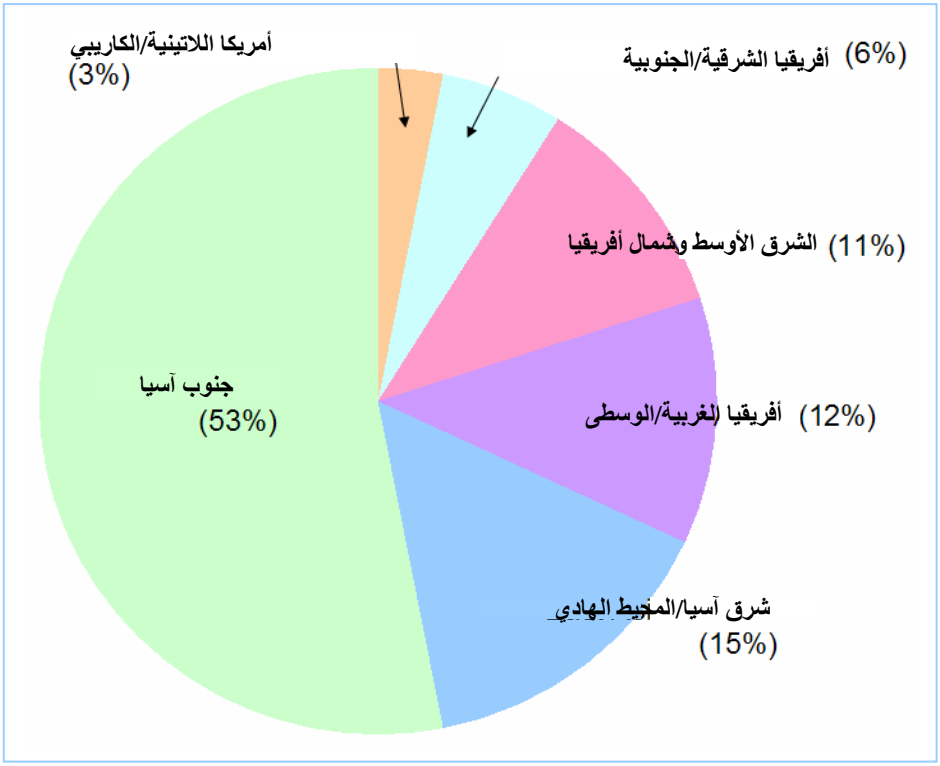
2-2 التوزيع الجغرافي لنقص التغذية

نقص التغذية شديد التركيز جغرافيا. يعيش في جنوب آسيا أكثر من 50 في المائة من الأطفال المصابين بنقص الوزن البالغ عددهم 146 مليون طفل في العالم (انظر **الشكل 3**). وعلى الرغم من إحراز بعض التقدُّم، حيث انخفضت نسبة الأطفال المصابين بنقص الوزن في البلدان النامية من 33 في المائة إلى 27 في المائة فيما بين

عامي 1990 و 2004، فإن مستويات الأطفال المصابين بنقص الوزن وأعدادهم المطلقة ما زالت مرتفعة. وشهدت أفريقيا جنوب الصحراء زيادة فعلية في مجموع عدد الأطفال المصابين بنقص الوزن.

ويعيش ثلاثة أرباع الأطفال المصابين بنقص الوزن البالغ عددهم 146 مليون طفل في العالم في عشرة بلدان فقط (انظر **الجدول 1**). والصين هي البلد الوحيد بين تلك البلدان التي تحرز تقدماً كافياً في الحد من نقص تغذية الأطفال بما يرجح معه تحقيق الهدف الإنمائي الأول للألفية. ومن شأن بذل جهود للحد من نقص تغذية الأطفال في البلدان العشرة صاحبة أعلى حصة من الأطفال المصابين بنقص الوزن في العالم أن يساهم في حد ذاته بدور كبير في تحقيق الهدف الشامل المتمثل في القضاء على جوع الأطفال ونقص تغذيتهم.

على أن مشكلة نقص التغذية تزداد حدة في كثير من البلدان التي يقل فيها عدد السكان. ففي اليمن، على سبيل المثال، يعاني 46 في المائة من الأطفال نقص الوزن، وهي مشكلة على درجة بالغة من الحدة (انظر **الجدول 2**). ويبيِّن الجدول 2 البلدان الثلاثة عشر التي تبلغ فيها معدلات الإصابة بنقص الوزن بين الأطفال أعلى معدلاتها في العالم. وتظهر ثلاثة بلدان، وهي الهند وبنغلاديش وإثيوبيا، في كلا الترتيبين بين البلدان صاحبة أعلى حصة عالمية والتي تبلغ فيها المشكلة أشدها.



الشكل 3 – توزيع الأطفال المصابين بنقص الوزن في العالم بحسب الإقليم[7].

الترتيب بحسب الحصة العالمية من الأطفال المصابين بنقص الوزن			
البلد	انتشار نقص الوزن بين الأطفال في البلد (%)	حصة البلد من مجموع الأطفال المصابين بنقص الوزن في العالم (%)	المجموع التراكمي (%)
الهند	**47**	**39.0**	**39.0**
بنغلاديش	**48**	**5.7**	**44.7**
باكستان	38	5.5	50.2
الصين	8	4.8	54.9
نيجيريا	29	4.4	59.3
إثيوبيا	**47**	**4.2**	**63.5**
إندونيسيا	28	4.2	67.7
جمهورية الكونغو الديمقراطية	31	2.3	70.0
الفلبين	28	1.9	71.9
فييت نام	28	1.5	73.4
المصدر: منظمة اليونيسف، 2006. تقرير حالة الأطفال في العالم. جُمعت البيانات من الجدولين 2 و 6.			

الجدول 1 - البلدان مصنَّفة بحسب حصتها العالمية من الأطفال المصابين بنقص الوزن

الترتيب بحسب انتشار نقص الوزن بين الأطفال		
البلد	انتشار نقص الوزن بين الأطفال في البلد (%)	حصة البلد من مجموع الأطفال المصابين بنقص الوزن في العالم (%)
بنغلاديش	**48**	**5.7**
نيبال	48	1.2
إثيوبيا	**47**	**4.2**
الهند	**47**	**39.0**
تيمور ليشتي	46	0.1
اليمن	46	1.1
بوروندي	45	0.4
كمبوديا	45	0.6
مدغشقر	42	0.9
إريتريا	40	0.2
جمهوريــة لاو الديمقراطيــة الشعبية	40	0.2
النيجر	40	0.8
أفغانستان	39	1.4
المصدر: منظمة اليونيسف، 2006. حالة الأطفال في العالم. جُمعت البيانات من الجدولين 2 و 6.		

الجدول 2- البلدان مصنَّفة بحسب مدى انتشار نقص الوزن بين الأطفال[8]

ويزيد التركيز الجغرافي لنطاق مشكلة نقص الوزن عمّا توحي به مقارنة المستويات الوطنية. كما يتركز نقص التغذية تركيزاً شديداً في مناطق محدَّدة داخل البلدان، حيث يعيش أكثر من نصف أطفال العالم المصابين بنقص الوزن في 24 من الولايات/المقاطعات في بنغلاديش وإثيوبيا والهند ونيجيريا وباكستان. ويمكن أن يرجع ثلثا الأطفال المصابين بنقص الوزن إلى مجرد إضافة الولايتين الأسوأ في ميزان البلدان التي تتوفر بشأنها بيانات جهوية.

ويتضح بجلاء من تركُّز نقص التغذية في أماكن محدَّدة أهمية التصدي له بطريقة فعَّالة ومركَّزة. وينبغي أن تتصدى المناهج الوطنية المتبعة في حل مشكلة جوع الأطفال ونقص تغذيتهم لنطاق المشكلة وشدتها. وتواجه البلدان التي ترتفع فيها المعدلات العامة تحديات في التصدي للعوامل الاقتصادية الكلية والسياسية والثقافية التي تساهم في انتشار نقص التغذية مع توجيه اهتمام خاص في الوقت ذاته، بما يتماشى مع المناهج القائمة على حقوق الإنسان والاحتياجات، للفئات السكانية الجغرافية والديمغرافية الأشد تضرراً. وسوف تراعي المبادرة كذلك البلدان التي تنخفض فيها المستويات الكلية لنقص التغذية، ولكن تتسع فيها التفاوتات الجغرافية أو العرقية أو غيرها من جوانب التفاوت وتعيش فيها جماعات فرعية ترتفع بينها مستويات نقص التغذية.

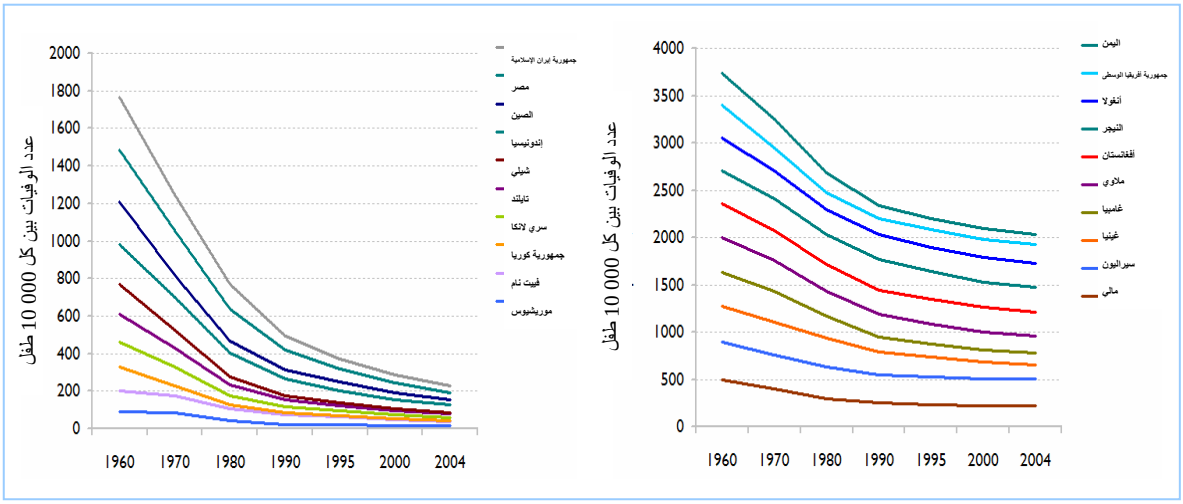
3-2 التجارب القطرية الناجحة

على النقيض مما هو مفترض في العادة فإن التحسينات في تغذية الأطفال لا ترتبط دائماً ارتباطاً قوياً بالنمو الاقتصادي.

يمكن للنمو الاقتصادي أن يسهم، وهو ما يحدث عموماً، في تغذية الطفل. على أن ذلك الإسهام ليس تلقائيا، وثبت أن إنجازات كبيرة قد تحققت حتى في غياب ذلك الإسهام.

وتتوقف معظم العوامل التي تسهم في النمو الصحي للطفل على الظروف والمعرفة وسلوك الأسرة والمجتمعات المحلية. فالدروس المستخلصة من مجموعة من البلدان في ظروف شديدة التباين وباستخدام مناهج مختلفة توطد الرأي القائل بأن الأولوية السياسية الصريحة وأن مجموعة ميسورة من التدخلات يمكن أن تسهم بدور كبير في تلك الجهود.

وفي حين أن البيانات التاريخية عن نقص التغذية ضعيفة فإن البيانات عن وفيات الأطفال تبين بجلاء كيف يمكن للأولويات السياسية الواضحة أن تؤثر على صحة الطفل. ويبيِّن **الشكل 4** مجموعتين من البلدان التي تتباين فيها بشدة معدلات التقدُّم المحرز في التصدي لوفيات الأطفال. واستطاعت بلدان كثيرة في جميع أقاليم العالم وفي مجموعة من البيئات السياسية والاقتصادية أن تخفِّض كثيراً من معدلات وفيات الأطفال انطلاقاً من قرار مدروس للقيام بذلك.



الشكل 4- الجهود الوطنية الناجحة والأقل نجاحاً في الحد من وفيات الأطفال منذ عام 1960[9]

وشملت العوامل الرئيسية التي ساهمت في نجاح التجارب الوطنية والجهوية: الالتزام السياسي القوي؛ ووضع استراتيجية تلتف حولها بنشاط مختلف القطاعات، مثل الصحة والتعليم والمياه والنظافة؛ والتركيز على توعية المجتمعات المحلية بمشاكل الصحة والتغذية[10]. بل وحققت البلدان ذات الإنجازات الوطنية الشاملة المحدودة في بعض الأحيان نجاحاً ملحوظاً في بعض المقاطعات أو الولايات.

لقد انخفضت معدلات نقص الوزن في **شيلي** من 37 في المائة إلى 2.4 في المائة فيما بين عامي 1960 و2004. وبدأت شيلي منذ الستينات إعادة تصميم بنيتها الأساسية الصحية التي وفّرت هيكلاً للتدخلات الصحية والتغذوية. وشملت التدخلات الرئيسية تقديم ألبان مجانية للأطفال الصغار، والتحصينات، والتثقيف الصحي والتغذوي، وتشجيع الرضاعة الطبيعية. وشكّلت التوعية العامة بالتغذية والصحة عنصراً مهماً في النجاح الذي حققته شيلي. وإضافة إلى التعاون النشط بين السياسيين، والأوساط الأكاديمية، والمنظمات المحلية في كفالة تحقيق ذلك النجاح، حافظت شيلي على التزامها واهتمامها بالتغذية. واستمرت التحسينات رغم ما شهدته شيلي من أزمات اقتصادية وسياسية عديدة خلال تلك الفترة.

وكان برنامج التغذية في **تايلند** واحداً من أكثر البرامج نجاحاً في آسيا. فقد انخفض سوء التغذية الناجم عن نقص البروتينات الغنية بالطاقة من 36 في المائة إلى 13 في المائة[11]. واستهلت تايلند نجاحها بالتخطيط القوي الذي كان يربط بين الاستثمارات والأهداف التغذوية وبين الالتزامات السياسية والاستراتيجيات الإنمائية[12]. ووُزعت المسؤوليات توزيعاً واضحاً بين القطاعات مدعومة في ذلك بميزانيات محددة تحديداً جيداً للمساهمة في تحقيق الأهداف التغذوية. وشملت التدخلات الرئيسية تكميل الأغذية، والرعاية الصحية الأساسية، والاستثمار المتزامن في المياه والإصحاح، والتعليم الابتدائي والثانوي، والتخفيف من وطأة الفقر[13]. وكان الدافع الرئيسي للتغيير هو تحقيق توافق وطني في الآراء حول أهمية التغذية، وإشراك المجتمعات المحلية في تشخيص التدخلات التغذوية وتخطيطها وتمويلها من خلال تعبئة المتطوعين على نطاق واسع في المجتمعات المحلية.

ويعتبر برنامج *الخدمات المتكاملة لتنمية الطفل* في **الهند** أكبر البرامج المرتبطة بتغذية الأطفال في العالم[14]. ومنذ عام 1960، انخفضت معدلات سوء التغذية في الهند بنحو 30 في المائة، كما تناقصت وفيات الأطفال والرُضَّع. وفي حين أن برنامج الخدمات المتكاملة لتنمية الطفل قد صُمِّم بحيث يشمل عناصر صحية وتعليمية

وتغذوية فإن توزيعه غير متكافئ وبخاصة في الولايات الأشد حرماناً. وعلى المستوى الجهوي، حقق برنامج التغذية المتكاملة في *تاميل نادو* والذي يجري تشغيله في نحو 20 000 قرية[15] تخفيضاً كبيراً في معدلات سوء التغذية من خلال مجموعة كبيرة من الإصلاحات في القطاع الاجتماعي. وانخفضت معدلات سوء التغذية الشديد إلى ما يتراوح بين الثلث والنصف في الفترة منذ استهلال البرنامج في عام 1980 حتى عام 1997[16]، وأتاح برنامج التغذية المتكاملة في تاميل نادو مجموعة من الخدمات الصحية والتغذوية الرامية إلى الحد من سوء التغذية بين الأطفال، ونقص فيتامين ألف، ووفيات الرُضع، وفقر الدم بين النساء الحوامل والمرضعات. ومما ساهم في نجاح البرنامج استخدام موظفي الصحة القرويين، وإطلاق حملات إعلامية لتعميق الوعي في المجتمع المحلي، وإنشاء نظام متطور للرصد والتقييم.

وشددت استراتيجية **تنزانيا** للتصدي لجوع الأطفال ونقص تغذيتهم في إقليم إيرينغا على التعبئة الاجتماعية والمشاركة المجتمعية. وفيما بين عامي 1980 و 1988، هبطت معدلات سوء التغذية الشديد من 6 في المائة إلى 2 في المائة، وانخفضت معدلات انتشار نقص الوزن من 60 في المائة إلى 38 في المائة[17]. وكان إنشاء نظام لرصد نمو الأطفال في المجتمع المحلي أحد العناصر الرئيسية للبرنامج، وكذلك التشديد على ممارسات تغذية الأطفال. وأفضى النجاح الذي تحقق في إقليم إيرينغا إلى إنشاء برنامج لبقاء الأطفال على قيد الحياة ونمائهم على نطاق البلد، وساهم هذا البرنامج في زيادة الانخفاض العام في معدلات سوء التغذية بين الأطفال من 50 في المائة في عام 1980 إلى 30 في المائة في عام 1990. على أنه لم تبذل جهود لتوسيع تلك المكاسب؛ وشهد العقد الأخير هبوطاً في جودة وكمية الخدمات المرتبطة بالتغذية وركود في معدلات الحد من سوء التغذية.

وخفَّضت **البرازيل** معدلات نقص التغذية بين أطفالها بنحو 67 في المائة فيما بين عامي 1970 و 2000؛ وشهدت معدلات وفيات الأطفال والرضع نتائج مشابهة[18]. وأدخلت خلال نفس الفترة تحسينات على فرص الوصول إلى الخدمات الأساسية، مثل النظافة، والرعاية الصحية، والتعليم. وفي الإقليم الشمالي الشرقي من البرازيل حيث تزيد معدلات انتشار الإصابة بنقص التغذية ثلاثة أضعاف عما في الأقاليم الأخرى، كانت إحدى حركات المجتمع المدني القوية التي دعت إلى إنهاء الجوع دافعاً وراء إنشاء برنامج لصحة الأسرة ساهم في خفض معدلات وفيات الرضع[19].

4-2 التدخلات الناجحة

توجد حالياً أدلة قاطعة على وجود حلول عملية لنقص تغذية الأطفال وأنها تمثل استثمارات اقتصادية متميزة[20].

ومن بين التدخلات التي ثبت أنها الأكثر فعالية في الحد من وفيات الأطفال دون الخامسة الرضاعة الطبيعية حصرياً والتغذية التكميلية الملائمة، واستكمال الأغذية بالعناصر الغذائية الدقيقة، والتدخلات المرتبطة بالمياه والنظافة[21]. وثبت كذلك أن إزالة الديدان تُعد تدخلاً على درجة بالغة من الفعالية للأطفال في سن الدراسة[22]. وشدَّد فريق توافق آراء كوبنهاغن في عام 2004 ومرة أخرى في عام 2006 على ضرورة إعطاء أولوية عليا للعديد من تلك التدخلات من أجل التصدي للجوع وسوء التغذية[23].

وتخضع التدخلات المحددة التي ستعززها المبادرة لعملية تحديث على أساس أفضل الأدلة المتاحة، وذلك مثلا من خلال سلسة لانست التي ستصدر قريبا عن تغذية الأم والطفل، وتحليلات بلدان بعينها.

ألف - التثقيف في مجال الصحة والتغذية والنظافة الصحية وأنشطة الترويج لذلك

تنطوي **برامج التثقيف في مجال النظافة الصحية وأنشطة الترويج لذلك** على أثر كبير على الحد من الاعتلال بالإسهال، ونقص التغذية، والوفيات، وعلى الأمراض الأخرى، مثل عدوى الجهاز التنفسي. كما يتسم تعزيز الممارسات الصحية السليمة بأهمية جوهرية في مكافحة الأمراض المعدية المرتبطة بالديدان الطفيلية، وزيادة وعي المجتمع المحلي وتعبئته في مجال الصحة. وتكلّف أنشطة تشجيع النظافة الصحية ما يقرب من دولار للطفل سنوياً.

ويمكن **لبرامج التثقيف بتغذية الأم** أن تحقق فوائد كبيرة في الحد من معدلات سوء تغذية الأطفال.[24] ويتسم الاستثمار في تعزيز صحة الأم ورفاهها بأهمية حيوية في رفاه الأطفال وبقائهم على قيد الحياة[25]. وتعتبر تلبية الاحتياجات التغذوية للنساء قبل الحمل وأثناءه وبعده على درجة حاسمة من الأهمية للأم والطفل على السواء. ومن الأساسي كفالة تلبية الاحتياجات من الطاقة الغذائية المتزايدة خلال الحمل والرضاعة وتوفير الفيتامينات ومكملات الحديد في مرحلة ما قبل الولادة للوقاية من العيوب الخلقية في المواليد والتخفيف من آثار فقر الدم في الأمهات والتي يمكن لولا ذلك أن تضر بالأم ورضيعها على السواء. ومن شأن تجنُّب انخفاض وزن الأطفال عند الولادة أن يخفّض من وفيات الأطفال والإصابة فيما بعد بالأمراض المزمنة.

ويتسم **تشجيع الرضاعة الطبيعية حصرياً** لمدة ستة أشهر بعد الولادة بأهمية خاصة في التثقيف التغذوي. فالرضاعة الطبيعية لها أثر فعَّال في الوقاية من أمراض الطفولة، مثل الإسهال، والالتهاب الرئوي وتسمم الأطفال حديثي الولادة[26]. وتشير التقديرات إلى أن تشجيع الرضاعة الطبيعية حصرياً في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط يكلّف ما يقرب من 414 مليون دولار إضافي سنوياً[27].

وتحقق الرضاعة الطبيعية حصريا فوائد اقتصادية ملموسة نتيجة تحسُّن صحة الأطفال الذين يتلقون رضاعة طبيعية وانخفاض تكاليف الرعاية الصحية التي تتحملها الحكومات والأسر.[28] [29] [30] وعلاوة على ذلك فإن قيمة إنتاج لبن الأم على مستوى الأسرة وفي البلدان الفقيرة يمكن أن تتجاوز بسهولة مجموع دخل الأسرة[31].

ويمكن **لتشجيع ممارسات التغذية التكميلية الموصى بها** أن يحسن من وزن الأطفال ويعكس مسار تأخر النمو[32]. وتشكّل ممارسات التغذية غير الملائمة سبباً رئيسياً لاستشراء سوء التغذية بين الأطفال الصغار، إلى جانب الافتقار إلى سبل الحصول على الأغذية التكميلية الملائمة، خاصة الأغذية الغنية بالعناصر الغذائية المستمدة من مصادر حيوانية. وترتفع حالات الإصابة بسوء التغذية ارتفاعاً شديداً خلال الفترة التي تتراوح من 6 إلى 18 شهراً من العمر في معظم البلدان. وتوصي منظمة الصحة العالمية بأن يبدأ الأطفال الصغار في تلقي أغذية تكميلية عند عمر 6 أشهر بالإضافة إلى لبن الأم. وتشير التقديرات إلى أن تكلفة برامج تشجيع التثقيف التغذوي تكلف 6.12 دولار لكل طفل يتم الوصول إليه سنوياً.

وترمي **برامج تعزيز رصد النمو** إلى إشراك ودعم الأسر مباشرة في رصد ومعالجة الوضع التغذوي والصحي لأطفالها. ويُعد بناء القدرات على المستويات الوطنية والجهوية وعلى مستوى المجتمع المحلي لوزن الأطفال بانتظام وإجراء مسوح لرصد نموهم على درجة حاسمة من الأهمية في تقييم التقدم المحرز وتعزيز العمل الواعي في القضاء على جوع الأطفال ونقص تغذيتهم. وتشير التقديرات إلى أن تكاليف برامج تعزيز رصد النمو تتراوح بين 2.90 و 6.82 دولار لكل طفل سنوياً[33].

باء - تدخلات الأمن الغذائي الأسري (في حالات بعينها)

فيما يلي بعض الاستجابات المتاحة والتي جرى اختبارها ميدانيا بنجاح والمرتبطة تحديدا بانعدام الأمن الغذائي الذي يؤثر على الأطفال وأفقر الأسر:

التدخلات في مجال سبل المعيشة الأسرية وإنتاج الأغذية تحقق أثرا فعالا في زيادة توفر كميات كافية ملائمة من الأغذية المطلوبة للنمو الصحي للطفل. وتشمل الممارسات السليمة في تدخلات الأمن الغذائي الأسري تنويع إنتاج الأغذية المنتجة منزليا (مع التشديد على الأغذية الغنية بالفيتامينات والعناصر الغذائية)[34] وتجهيز الأغذية لحفظها أو إعداد الأغذية 'الغنية بالعناصر الغذائية' للأطفال الصغار. وتتراوح التكلفة التقديرية لمجموعة تدخلات الأمن الغذائي الأسري الممكنة بين 25 و50 دولارا أمريكيا للأسرة سنويا.

شبكات الأمان والتحويلات إلى الأسر ثبت أنها تحقق فوائد تغذوية للأطفال، بما في ذلك زيادة نمو الطفل والحد من إصابته باضطراب النمو[35] وهذه التدخلات مطلوبة في حالات مخصوصة وتمثل أشكالا ملائمة محليا للتصدي للعجز المزمن والحاد على السواء في موارد الأسرة، وكفالة إتاحة إمكانية الحصول على الأغذية الأساسية. وتوجد بالفعل في كثير من البلدان النامية هذه الأشكال من الحماية الاجتماعية، بما في ذلك التحويلات النقدية، والمكملات الغذائية، وبرامج الأشغال العامة، والاستجابة لحالات الطوارئ، ولكن قد يلزم توسيعها أو دعمها من خلال تدابير بناء القدرات. كما أن التحويلات إلى الأيتام والأطفال الآخرين ممن يفتقرون إلى دعم أسري مستدام مطلوبة في بعض الحالات.

التغذية التكميلية هي توفير الغذاء لبعض الفئات المحدَّدة المعرضة لمخاطر تغذوية معيَّنة وهي في العادة فئة الأطفال دون الخامسة من العمر أو النساء الحوامل والمرضعات، وذلك للوقاية من سوء التغذية أو لعلاج سوء التغذية المعتدل الموجود بالفعل. ويمكن أن ينطوي عدم تلبية المتطلبات التغذوية الشديدة أثناء الحمل والرضاعة على آثار سلبية على الوضع التغذوي للأطفال الرُضع لاحقاً. ويحقق تكميل الأغذية البروتينات المتوازنة الغنية بالطاقة أثراً متواضعاً على وزن الأمهات ونمو الجنين، ولكنه يقلل كثيراً من خطر ولادة أطفال مصابين بانخفاض الوزن[36]. وثبت أن أثر تكميل الأغذية بالبروتينات الغنية بالطاقة على الوضع التغذوي للطفل والنتائج المرتبطة بنمائه يبلغ أشد درجاته في الأطفال الأصغر سناً[37]. ويلزم إجراء مزيد من الدراسات لتوفير إرشادات قاطعة بشأن أكثر استراتيجيات التغذية التكميلية الشاملة فعالية للأطفال، بما في ذلك تحديد الظروف التي تحقق فيها أكبر قدر من فعالية التكاليف[38].

التغذية العلاجية مطلوبة لعلاج سوء التغذية الشديد بين الأطفال، في أوساط المؤسسات أو المجتمعات المحلية. ويمكن علاج ما يقرب من 80 في المائة من الأطفال المصابين بسوء التغذية الشديد في المنزل باستخدام الأغذية العلاجية الجاهزة الاستخدام. وأُدخِل لأول مرة هذا الشكل من الإدارة المجتمعية لسوء التغذية الشديد في حالات الطوارئ ويمكن تطويعه ليناسب المناطق التي ترتفع فيها معدلات الإصابة بسوء التغذية الشديد. وباستخدام السلع المنتجة محلياً فإن تكاليف التغذية العلاجية تبلغ قرابة 45 دولاراً لعلاج الطفل المصاب بسوء التغذية الشديد لمدة تتراوح بين ستة وثمانية أسابيع.

جيم - المغذيات الدقيقة

من المتوقع، نتيجة نقص المغذيات الدقيقة، أن يلقى زهاء مليون طفل دون الخامسة من العمر حتفهم سنوياً، وأن يولد 19 مليون طفل وهم يعانون عيوباً في قدراتهم الذهنية، وأن يولد 000 100 طفل بعيوب بدنية يمكن الوقاية منها[39]. وتؤدي فولات الحديد وغيرها من العناصر الغذائية الدقيقة دوراً مهماً في تحسين وزن المواليد في الحالات التي تشح فيها الموارد[40]. ويعد تزويد الأسر بالمكملات الغذائية الغنية بالمغذيات الدقيقة، لاسيما في أشكال مخصصة لاستهلاك الأمهات والأطفال، عنصرا مكملا لاستراتيجية تقوية الأغذية ويكتسي أهمية جوهرية في الحالات التي لا تتوفر فيها المواد الغذائية المقواة.

وثبت أن برامج **تكميل الأغذية بفيتامين ألف** تحقق أثراً ملحوظاً. على أن نقص فيتامين ألف ما زال يؤثر على ما يتراوح تقريباً بين 40 و 60 في المائة من الأطفال دون الخامسة من العمر في العالم النامي. ويُعد نقص فيتامين ألف سبباً شائعاً للعمى الذي يمكن تلافيه وكذلك أحد عوامل خطر زيادة شدة الأمراض المعدية والوفيات[41]. ويمكن تجنُّب أكثر من 000 225 حالة وفاة بين الأطفال سنوياً جرَّاء نقص فيتامين ألف بتكلفة سنوية إضافية تبلغ 271 مليون دولار تقريبا[42].

ويمكن لبرامج **تكميل الأغذية بالحديد** أن تحقق أثراً فعَّالاً في التصدي للمشكلة الصحية الأكثر انتشاراً في العالم. وينطوي نقص الحديد على مخاطر إعاقة النمو الذهني الطبيعي في نسبة تتراوح بين 40 و 60 في المائة من الرُضع في العالم النامي[43]. ويشكل نقص الحديد السبب الرئيسي لفقر الدم ويتسبب بصورة مباشرة في وفاة 000 134 طفل سنوياً. وثبت أن الأغذية المقوَّاة بالحديد تقلل من انتشار فقر الدم بين الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة بنسبة تتراوح بين 40 و10 في المائة في أقل من عام واحد[44]. وتحذر الشواهد الجديدة والخطوط التوجيهية العالمية من تكميل الأغذية بالحديد بانتظام في المناطق الموبوءة بالملاريا. وتشير التقديرات إلى أن تكلفة تكميل الأغذية بالحديد تتراوح بين 0.55 و 3.17 دولار لكل طفل سنوياً[45].

ويمكن **لاستكمال الأغذية بالزنك** أن يمنع ويخفّف من حدة الإسهال والالتهاب الرئوي، كما قد يحد من الاعتلال بالملاريا بين الأطفال الصغار، بالإضافة إلى الإسهام في تحسين النمو[46]. وتشير التقديرات إلى أن نقص الزنك يتسبب في نحو 000 800 حالة وفاة سنوياً بين الأطفال دون الخامسة من العمر. ويمكن لبرامج تكميل الأغذية بالزنك أن تحول دون وفاة 000 460 طفل دون الخامسة من العمر سنوياً بتكلفة تبلغ 6.1 دولار تقريباً للطفل الواحد. ولعل من الأفضل تقديم مكملات الزنك كجزء من علاج إسهال الأطفال.

ويحمي **تدعيم الملح باليود** 82 مليون طفل حديثي الولادة سنويا من إعاقات التعلم التي تتسبب فيها الاضطرابات الناجمة عن نقص اليود.[47] وتبلغ التكلفة التقديرية لتدعيم الملح باليود 0.10 دولار أمريكي للشخص سنويا[48] وتبلغ نسبة فائدتها إلى تكلفتها 520.[49]

دال - معالجة مياه البيوت

تشمل الآثار الصحية لعدم كفاية المياه وخدمات النظافة ما يقدَّر بأربعة بلايين حالة من الإسهال و 2.2 مليون حالة وفاة سنوياً معظمها بين الأطفال الصغار في العالم النامي[50]. وفي ظل عدم وجود نظم للمياه المنقولة بالأنابيب فإن معالجة مياه البيوت تحقق عدداً من الفوائد. وتشمل تلك الفوائد ما ثبت من تقليل البكتيريا ومعظم الفيروسات بحماية المخلفات من التلوث، وسهولة الاستخدام وانخفاض التكلفة. كما أن المياه النقية مطلوبة لفعالية علاج الإسهال باستخدام أملاح الإماهة الفموية. وثبت أن معالجة مياه البيوت باستخدام الكلور على وجه

الخصوص يقلّل من خطر الإصابة بالإسهال، الذي يعد سبباً رئيسياً مباشراً لنقص التغذية، من 44 في المائة إلى 84 في المائة[51]. وتبلغ التكلفة السنوية قرابة 4 دولارات للأسرة الواحدة.

هاء - غسل الأيدي بالصابون

يمكن لغسل الأيدي بالصابون بانتظام والتدخلات الرامية إلى تعزيز هذه الممارسة أن تحد من الاعتلال بالإسهال بنحو 48 في المائة، والاعتلالات المرتبطة بالإسهال بنحو 48 في المائة[52]. وتنخفض مخاطر النزلات المعوية الشديدة والدوسنتاريا الباسيلية بنحو 48 و59 في المائة على التوالي[53]؛ وينخفض خطر عدوى الجهاز التنفسي بنحو 45 في المائة[54]. وبمجرد إدخال التدخلات الرامية إلى تشجيع غسل الأيدي بالصابون فإنها تكشف عن قدرة ملحوظة على الاستدامة حيث أثبتت إحدى الدراسات أن أكثر من ثلاثة أرباع الأمهات واظبن على شراء الصابون واستخدامه بعد سنتين من تنفيذ أحد التدخلات التي استمرت أربعة أشهر لتوفير الصابون المجاني[55]. وتبلغ التكلفة السنوية للصابون وحده في الأسرة الواحدة المؤلفة من خمسة أفراد ما يقرب من 5.82 دولار.

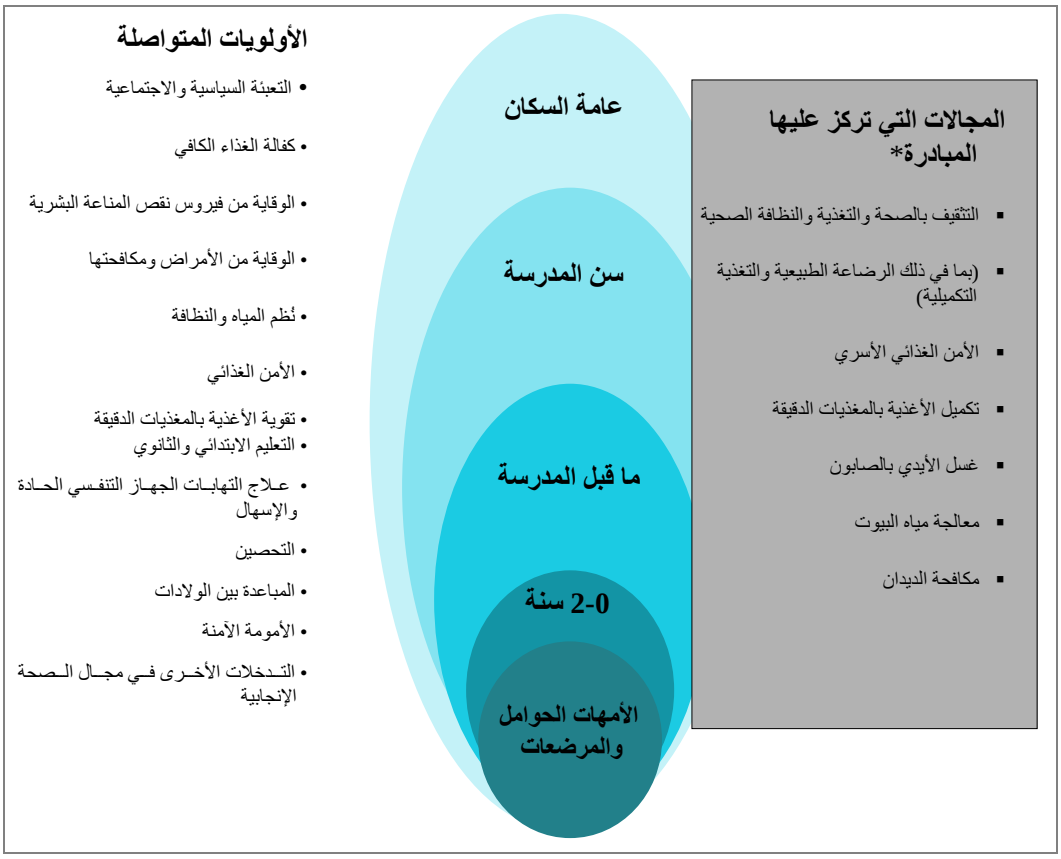
واو - تدخلات مكافحة الطفيليات

تشير التقديرات إلى إصابة ما يتراوح بين 25 و35 في المائة تقريباً من التلاميذ في سن الدراسة في العالم النامي بواحد أو أكثر من أنواع الديدان الطفيلية. وتشمل الفوائد الصحية والاقتصادية الطويلة الأجل لإزالة الديدان بانتظام تحسين الوضع التغذوي للأطفال، وتقليل احتمالات إصابتهم بفقر الدم، وتحسين لياقتهم البدنية، وشهيتهم، ونموهم، ونمائهم الذهني[56]. وثبت أن إزالة الديدان بانتظام تقلل من مجموع أعباء الإصابة بالديدان الطفيلية بنحو 70 في المائة في المجتمع المحلي ككل. وتوصي منظمة الصحة العالمية بالعلاج مرتين أو ثلاث مرات سنوياً لمكافحة الاعتلال في المناطق التي ترتفع فيها معدلات انتقال العدوى، ومرة سنوياً في المناطق التي تنخفض فيها شدة انتقال العدوى. وتنخفض تكلفة تقديم العلاج في المدارس لتصل إلى نحو 0.06 دولار للطفل سنوياً.

كما تسهم الطفيليات الأخرى في نقص تغذية الأطفال في ظروف معيَّنة. وتقدر تكلفة العلاج الإجمالية من خلال المدارس في المناطق التي ينتشر فيها داء البلهارسيا بنحو 0.50 دولار للطفل[57]. كما يسهم توفير الناموسيات المعالجة في المناطق الموبوءة بالملاريا بدور كبير في الحد من جوع الأطفال ونقص تغذيتهم. وتُقدّر تكلفة الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات بنحو 2.62 دولار للناموسية الواحدة[58].

***

5-2 تدخلات لمكافحة جوع الأطفال ونقص تغذيتهم



الشكل 5- تدخلات للتصدي لجوع الأطفال ونقص تغذيتهم.[59]

يبيِّن **الشكل 5** مجموعة من التدخلات المتاحة للمبادرة، مع اختيار ستة من المجالات التي تركز عليها المبادرة لإيلائها اهتماما خاصا بالنظر إلى أثرها المباشر على الأطفال والأمهات وإمكانية توسيع نطاقها على مستوى الأسرة والمدرسة والمجتمع المحلي. وكما جاء من قبل فإن **المجموعة المركزة** من التدخلات يمكن أن تساعد الأطفال في جميع مراحل النمو على النمو والبقاء على قيد الحياة. ويمكن لتلك التدخلات أن تحدث فارقاً حاسماً في مُختلف الفترات الرئيسية: قبل الحمل وأثناءه وبعده؛ وأثناء المهد؛ وفي سنوات ما قبل المدرسة؛ وطيلة مرحلة المراهقة.

ولم تُنفذ الجهود المتكاملة لتقديم مجموعة مركزة من التدخلات لمكافحة جوع الأطفال ونقص تغذيتهم خارج النطاق 'التجريبي' في أشد المناطق الجغرافية تضرراً رغم ما ثبت من فوائدها على صحة الطفل.

وسوف يتعيَّن **تصميم أي مجموعة مركزة من التدخلات بما يتلاءم ومختلف السياقات** تبعاً لتحليل البلد أو المجتمع المحلي للتحدي الذي يواجهه، وأسباب ذلك التحدي والإجراءات ذات الأولوية. وسوف تحقق تلك المجموعة المركزة التي تلائم طبيعة التحدي التغذوي في كل منطقة أكبر الأثر في أقصر مدة زمنية عندما تركّز على المناطق التي يوجد فيها أكبر عدد من الأطفال الذين يعانون نقص التغذية وفي الحالات التي تبلغ فيها المشكلة أشد درجاتها. ومن شأن ترتيب أولويات تقديم التدخلات في المناطق الأشد تضرراً أن يحقق الاستخدام الفعَّال للموارد ويستفيد من 'التدخلات التكميلية' القائمة ويؤثر عليها لدعم السكان والأسر الأكثر احتياجاً.

وتعتبر مجالات تركيز المبادرة المحددة في **الشكل 5** مكملة **للأولويات المتواصلة** التي تعتَبر أساسية لصحة الطفل ونموه والتي يجري بالفعل الدعوة لها من خلال المبادرات القائمة. ومن المتوقع أن تتعاضد جهود الدعوة لتدخلات المبادرة والتدخلات الأخرى. ويمكن الرجوع إلى **القسم 4-1** لمزيد من التفاصيل عن تدخلات الأولويات المتواصلة والمبادرة.

6-2 تكاليف مجموعة نمطية مركزة من التدخلات

يتسبب الإخفاق في التصدي لجوع الأطفال ونقص تغذيتهم في تكلفة هائلة مباشرة وغير مباشرة. وتشمل تلك التكاليف التكلفة الإضافية لتحقيق الأهداف الإنمائية الأخرى للألفية بدون التصدي لجوع الأطفال لو أمكن تحقيقها أصلاً في إطار هذا التصوُّر. وتشمل التكلفة كذلك التكاليف الناشئة عن الآثار التي تمس الأفراد والأسر على الأجلين القصير والطويل، بما في ذلك خفض الإنتاجية والدخل الذي يؤثر على النمو الاقتصادي الشامل. وتشير تقديرات اللجنة الدائمة للتغذية إلى أن التكلفة المباشرة لعدم اتخاذ أي إجراءات بشأن جوع الأطفال ونقص تغذيتهم تتراوح بين 20 و30 مليار دولار سنوياً[60]. وإضافة إلى ذلك، تشير التقديرات إلى أن استمرار المستويات الحالية لسوء التغذية بين الأطفال سيسفر عن خسائر في الإنتاجية والدخل طيلة حياتهم بما يتراوح بين 500 مليار دولار وواحد ترليون دولار بالقيمة الحالية.

وتشير التقديرات إلى أن مجموع تكلفة تقديم مجموعة مركزة من التدخلات إلى نحو 85 مليون أسرة في البلدان التي تعاني مشاكل حادة فيما يتعلق بنقص وزن الأطفال هو 7.9 مليار دولار أمريكي سنويا. ومن الممكن، بل ومن المطلوب، إعادة تخصيص جانب كبير من الموارد القائمة لتغطية جزء كبير من هذه التكلفة على المستويات الوطنية والمحلية والأسرية. كما تشير التقديرات إلى إمكانية البرمجة الفعالة فورا لمبلغ إضافي يصل إلى مليار دولار أمريكي من الأموال الدولية. واستنادا إلى تقديرات التكاليف المنقحة، ستدعو المبادرة إلى تخصيص وإعادة تخصيص ما يكفي من الموارد المطلوبة للتصدي لجوع الأطفال ونقص تغذيتهم.

تقدير التكاليف الأوَّلية

سيستمر تطوير المنهجية المستخدمة في تقدير التكاليف المباشرة الإضافية للتصدي لجوع الأطفال ونقص تغذيتهم استناداً إلى المنهجيات المعمول بها في برنامج الأمم المتحدة المعني بالإيدز ومنظمة الصحة العالمية ومجموعة لانست المعنية ببقاء الأطفال على قيد الحياة في المجالات الرئيسية الأخرى للصحة العامة العالمية[61]. ويجري التعاون حالياً مع المنظمات الأكاديمية والتقنية الأخرى للتوصل إلى توافق في الآراء بشأن معايير تحديد التكاليف ووضع تلك التقديرات الأولية. وتقتصر التكاليف الإضافية في هذا الفصل على تكلفة تنفيذ التدخلات، ولا تشمل تكلفة أي زيادات في تكاليف بناء القدرات اللازمة للقيام بذلك.

وسوف يتطلب إجراء تقدير أدق للاحتياجات العالمية تقدير التكلفة في بلدان بعينها وتحديثها بانتظام لكي تأخذ في الحسبان عددا من العوامل الدينامية التي تشمل ما يلي: **أولا**، مدى انتشار نقص التغذية والجوع في مناطق البرنامج؛ و**ثانيا**، تكاليف التدخلات المحدَّدة في كل وحدة محلية تتطلبها الفئات المحدَّدة من المستفيدين (مثال ذلك أن تقديرات تكلفة تدخلات من قبيل استكمال الأغذية بفيتامين ألف أو الزنك ليست مطلوبة إلا للأطفال الذين يعيشون في مناطق جغرافية تعاني نقصاً في تلك المغذيات الدقيقة)؛ و**ثالثا**، مؤشر 'قدرة البرامج' بحيث يراعي نسبة المستفيدين المحتملين الذين تتاح لهم حالياً إمكانية الوصول إلى البيئة الأساسية والكيفية التي قد تتغيَّر بها تلك

الإمكانية بمرور الوقت؛ و**رابعا**، الافتراضات المتعلقة بالكفاءات المستمرة التي يمكن اكتسابها بمرور الوقت سواء من خلال وفورات الحجم التي ستتحقق بالسلع الرئيسية أو التحسينات في استراتيجيات التنفيذ التي تضم مجموعة من التدخلات أو التي تستخدم قنوات أكثر فعالية من حيث التكلفة (مثل المدارس مقابل الآحاد من الأسر المعيشية)، و**خامسا**، وضع نموذج لربط المدخلات المحدَّدة للمبادرة ربطاً مباشراً بالنتائج المتوقعة.

الجدول 3- التدخلات في مجال الصحة والنظافة الصحية والتغذية (التكلفة السنوية للأسرة)[62]

	التدخل	دولار أمريكي
1	التثقيف في مجال الصحة والتغذية والنظافة الصحية	6
2	الأغذية التكميلية (المتوسط)	50
3	استكمال الأغذية بالمغذيات الدقيقة	11
4	معالجة مياه البيوت	4
5	غسل الأيدي بالصابون	6

و**كتقريب أوَّلي** لمجموع التكاليف المباشرة الإضافية فإن التكلفة الإجمالية التقديرية التي تبلغ 7.9 مليار دولار سنوياً تستند إلى ما يقرب من 100 مليون أسرة في حاجة إلى تدخلات موجَّهة. ويبلغ متوسط التكلفة التقديرية للمجموعة الأساسية من التدخلات في مجال الصحة والنظافة الصحية والتغذية ما يقرب من 79 دولار للأسرة (**انظر الجدول 3**).

الفئات القطرية استناداً إلى نصيب الفرد من الدخل القومي الإجمالي	**عدد البيوت (بالملايين)**	**التكاليف الإضافية السنوية حتى عام 2015** (بآلاف الدولارات)	**القدرة البرنامجية أو الاستيعابية (%)**	**الحصة المالية الوطنية المتوقعة (%)**	**فجوة الموارد العالمية المباشرة** (بآلاف الدولارات)
دخل منخفض جداً الدخل القومي الإجمالي 600 دولار أو أقل	38	3 072 930	40	30	860 420
دخل منخفض الدخل القومي الإجمالي يتراوح بين 600 و 825 دولار	37	3 044 525	65	90	197 894
الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط الدخل القومي الإجمالي يتراوح بين 826 و 3 255 دولار	9	727 010	80	95	29 080
الشريحة العليا من الدخل المتوسط الدخل القومي الإجمالي يتراوح بين 3 256 و 10 065 دولار	0.7	56 526	90	100	0
الدخل المرتفع الدخل القومي الإجمالي أكثر من 10 065 دولار	0.3	28 598	100	100	0
المجاميع	**85**	**6 929 589**	**100**	**100**	**1 087 394**

الجدول 4- التوزيع التقريبي للتكاليف الإجمالية الإضافية للقضاء على جوع الأطفال ونقص تغذيتهم.[63]

تمويل تقديرات التكاليف وتوزيعها على مراحل وزيادة تحسينها

تقدِّر فجوات التمويل لمجموعة فرعية من البلدان التي ينتشر فيها نقص الوزن بنسبة تزيد على 10 في المائة. ويقابل ذلك ما يقرب من 85 في المائة من الأطفال الذين يعانون نقص التغذية على مستوى العالم. وبالنسبة للبلدان الأشد فقراً (التي يبلغ فيها الدخل القومي الإجمالي 600 دولار أو أقل) فإن التكلفة الإضافية السنوية تقدَّر في **الجدول 4** بما يقرب من 3 مليارات دولار سنوياً. ويتضمن **الجدول 4** العديد من الافتراضات المتعلقة بالقدرة 'الاستيعابية' القائمة أو القدرة البرنامجية وحصص التمويل الوطني.

القدرة البرنامجية أو الاستيعابية. يُفتَرض أن قدرة البرامج القائمة في البلدان المتوسطة الدخل ستصل إلى ما يتراوح بين 80 و 90 في المائة من الأطفال الذين يعانون نقص التغذية. ويُفتَرض أن تتمتع البلدان المنخفضة الدخل بقدرة برنامجية كافية للوصول إلى ما يقرب من 40 في المائة من الأسر المستهدفة على الأجل القريب، مع زيادتها إلى ما يقرب من 80 في المائة خلال مدة زمنية تناهز خمس سنوات.

حصص التمويل الوطني. من المفتَرض أنه على الرغم من القيود المفروضة حالياً على تخصيص موارد جديدة في أي بلد معيَّن فإن إعادة تخصيص جانب كبير من الموارد القائمة مسألة ممكنة ومطلوبة على السواء على المستويات الوطنية والمحلية والأسرية. ويُفتَرض أن البلدان المتوسطة الدخل لديها ما يكفي من الموارد لتمويل ما يتراوح بين 95 و 100 في المائة من التكاليف الإضافية ذات الصلة، في حين يُفتَرض أن البلدان الأشد فقراً لديها موارد تكفي لتمويل ما يقرب من 30 في المائة من التكاليف الإضافية ذات الصلة.

فجوة الموارد العالمية المباشرة. تشير التقديرات، استناداً إلى هذه الافتراضات، إلى أن فجوة الموارد العالمية المباشرة تبلغ مليار دولار تقريباً. وهذه الفجوة هي الفرق بين ما لدى البلدان من قدرة على إنفاقه على التدخلات المرتبطة بنقص التغذية فوراً وما يمكنها أن توفره من موارد بنفسها. ويُفترض كذلك أن هذه الفجوة في الموارد العالمية ستزداد لتصل إلى ما يقرب من مليارَي دولار سنوياً في ظل ازدياد قدرة البلدان على برمجة الموارد خلال السنوات العديدة المقبلة، وإن كان من المتوقع أن تتناقص بعد ذلك في ظل الانتقال التدريجي إلى مناهج برنامجية وتمويلية أكثر استدامة.

ومع توسيع نطاق تدخلات الحد من الجوع ونقص التغذية وازدياد كفاءتها وفعاليتها من حيث التكلفة، من المتوقع أن تبدأ التكاليف المطلوبة لكل أسرة معيشية - لا سيما التدخلات العلاجية والإصلاحية - في التناقص بمرور الوقت مما سيفضي إلى زيادة مطردة في درجات الاستدامة.

وإضافة إلى سد هذه الفجوة التمويلية العالمية فإن الموارد التقنية المقدمة من الجهات المانحة والمؤسسات الدولية ستكون مطلوبة للمساعدة على تحقيق المستوى الأمثل من قدرات البرامج القائمة، ومساندة جهود التعبئة الاجتماعية، وتعزيز المجتمع المحلي، ودعم البنية الأساسية المطلوبة لتنفيذ التدخلات الأساسية.

وسيكون من المطلوب كذلك تطوير القدرات القائمة لتحسين تقديرات الموارد المطلوبة وتعقُّب استخدام الموارد على المستوى الإقليمي والقطري وفي الولايات وعلى المستوى المحلي. كما ستتطلب زيادة فعالية تخطيط البرامج تحسين تقديرات وتوقُّعات موارد الحكومات الوطنية والجهات المانحة المتاحة والمُلتزَم بها والمصروفة. وإضافة إلى ربط جهود المبادرة بالجهود الجارية لتعقب الموارد في المجالات المواضيعية، سيتم التركيز بشكل

رئيسي على تعزيز مجالات التعاون على المستوى الإقليمي بغرض مواءمة المناهج الوطنية وتعزيز تلك القدرات.

7-2 الأولويات والمناهج الإقليمية

لا يوجد أي منهج ثابت يلائم جميع الأقاليم أو جميع البلدان داخل الأقاليم أو جميع المجتمعات المحلية داخل البلدان.

في حين أن مجالات التركيز المقترحة تزودنا بمجموعة توضيحية من التدخلات التي تتطلب تكلفة منخفضة وتحقق أثرا كبيرا فإن التوزيع الجغرافي والديمغرافي المعيَّن لجوع الأطفال في أي مجتمع محلي معيَّن وأسبابه المحددة يجب أن يثري ويوجّه الاستراتيجيات المنفَّذة هناك.

ويبيِّن تقرير *التقدُّم من أجل الأطفال: تقرير أداء عن التغذية* (2006) الصادر عن منظمة اليونيسف كيف تخفي المتوسطات الإقليمية والوطنية تفاوتاً في توزيع نقص الوزن الذي يزيد في الأسر الفقيرة بمقدار الضعف عنه في الأسر الغنية وفي المناطق الريفية عنه في المناطق الحضرية.

أمريكا اللاتينية/الكاريبي. يسير إقليم أمريكا اللاتينية/الكاريبي في اتجاه تحقيق الغاية التغذوية للأهداف الإنمائية للألفية. وينطوي التقدُّم المحرز في البرازيل والمكسيك اللتين تشكلان أكثر البلدان سكاناً في الإقليم، على أثر كبير على المعدلات العامة للنجاح. على أن الأرقام الإجمالية المشجِّعة تميل إلى إخفاء التفاوت الشديد الذي ما زال يترك الكثير من الأطفال معرضين لنقص التغذية[64]. ويكشف ارتفاع معدلات انتشار اضطراب النمو في كثير من المناطق عن نقص التغذية الممتد والمستمر في جميع أنحاء الإقليم. ويزداد التركيز على ذلك باعتباره التحدي الرئيسي الذي ينبغي التصدي له في هذا الإقليم.

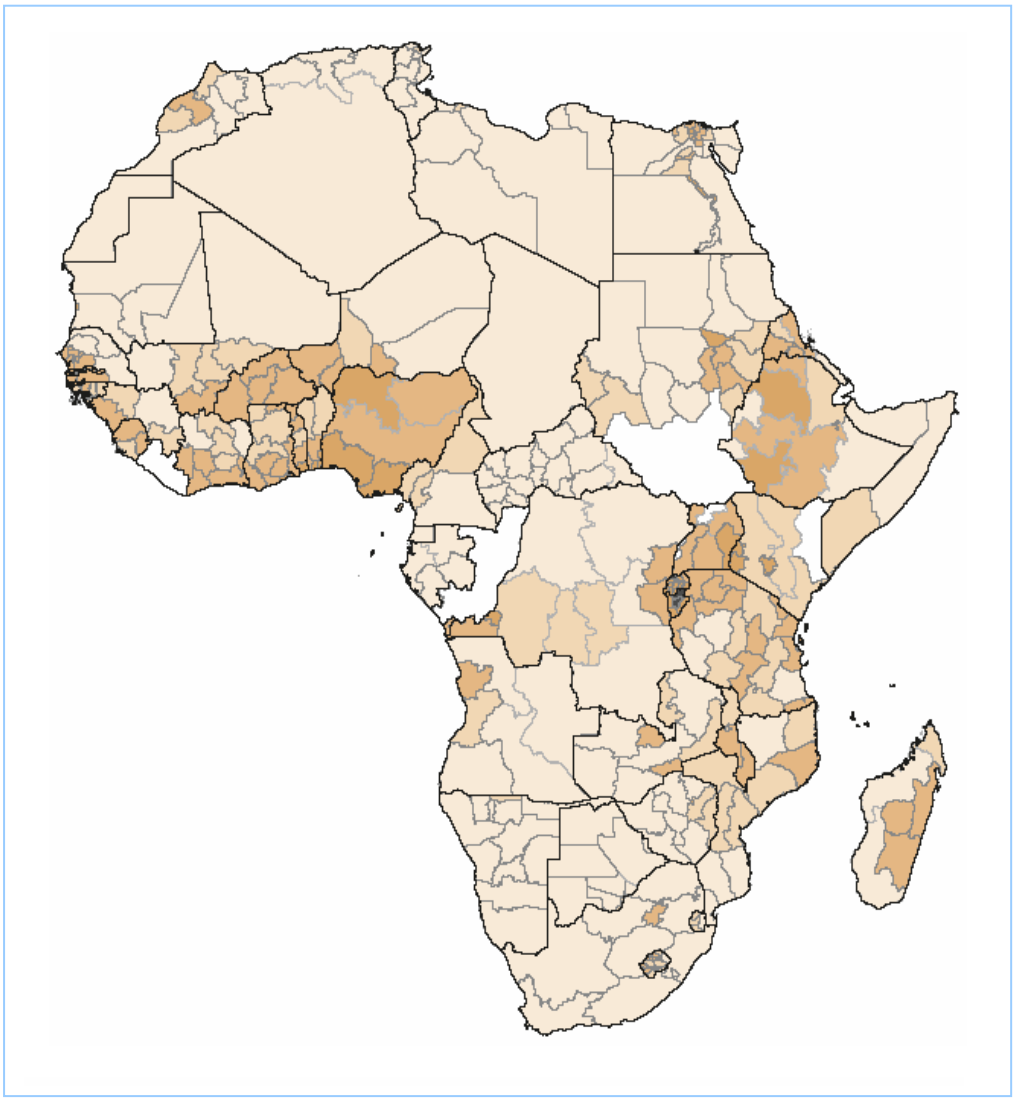
ووفقاً للتقرير الصادر عن منظمة اليونيسف بعنوان *التقدُّم من أجل الأطفال: تقرير أداء عن التغذية*، فإن 15 بلداً في الإقليم يسير 'في طريق' تحقيق الغاية 2 للهدف الإنمائي الأول للألفية، بما في ذلك كوبا والجمهورية الدومينيكية وجامايكا والمكسيك وبيرو وغيانا وهايتي وكولومبيا وبوليفيا وفنزويلا والبرازيل وغواتيمالا وشيلي والسلفادور وباراغواي.

وتحرز 4 بلدان تقدُّماً غير كافٍ، وتشمل تلك البلدان نيكاراغوا، وإكوادور، وهندوراس، وترينيداد وتوباغو. ولا يوجد 'أي تقدُّم' في بنما، بينما لا تتوفر بيانات كافية في سائر البلدان للاعتماد عليها في إجراء تقييم. ويبيِّن **الشكل 6** مناطق الإقليم التي يبلغ فيها تركُّز الأطفال الذين يعانون نقص التغذية أعلى معدلاته.

الشكل 6 - توزيع الأطفال الذين يعانون نقص الوزن في أمريكا اللاتينية (الأطفال لكل كيلومتر مربع)[65].

الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. يوجد 12 بلداً تقترب فيها معدلات انتشار نقص الوزن من المستويات الشائعة في العالم الصناعي. على أن تغذية الأطفال انتكست في الإقليم ككل منذ عام 1990 مدفوعة في ذلك على وجه الخصوص بمحنة الأطفال في ثلاثة من البلدان المكتظة بالسكان، وهي العراق والسودان واليمن.

ووفقاً لتقرير منظمة اليونيسف المعنون *التقدُّم من أجل الأطفال: تقرير أداء عن التغذية*، فإن ستة من بلدان الإقليم تسير حالياً، في 'المسار الصحيح'، بما في ذلك سوريا، وتونس، والأراضي الفلسطينية المحتلة، والأردن، وعمان، وجيبوتي. ويجري إحراز بعض التقدُّم، ولكنه غير كافٍ، في ثلاثة بلدان، بما فيها المغرب ومصر والجزائر. وهناك ثلاثة بلدان تتفاقم فيها الحالة، بما فيها السودان، والعراق، واليمن. وبالنسبة لسائر البلدان الثمانية، لا توجد بيانات كافية لتقييم الحالة.



الشكل 7- توزيع الأطفال المصابين بنقص الوزن في أفريقيا (الأطفال لكل كيلومتر مربع)[66].

أفريقيا جنوب الصحراء. لم يكشف إقليم شرق وجنوب أفريقيا ككل عن أي تحسُّن منذ عام 1990 في حماية الأطفال الذين يعانون نقص الوزن. وتزايد بالفعل العدد المطلق للأطفال المصابين بنقص الوزن في الإقليم على مدى السنوات الخمس عشرة الماضية وذلك أساساً بسبب انخفاض الإنتاجية الزراعية، وتكرار الأزمات الغذائية المرتبطة بالجفاف والصراع، وارتفاع مستويات الفقر، وفيروس/مرض الإيدز والملاريا. ولذلك ينبغي أن تركّز استراتيجيات القضاء على جوع الأطفال ونقص تغذيتهم في أفريقيا وأن تتكامل مع برامج مكافحة فيروس/مرض الإيدز والملاريا. ويعاني ما يقرب من نصف الأطفال الصغار في إثيوبيا من نقص الوزن. وتمثل إثيوبيا ونيجيريا معاً أكثر من ثلث جميع الأطفال المصابين بنقص الوزن في أفريقيا جنوب الصحراء.

وأما الهزال الذي يعكس النقص الشديد الحاد في التغذية فسيؤثر على أكثر من مليون طفل في بلدان منطقة الساحل[67]. ويبيِّن **الشكل 7** كذلك تركُّز نقص التغذية في القارة. ويعيش نصف الأطفال المصابين بنقص الوزن والبالغ عددهم 32 مليون طفلاً تقريباً في أفريقيا في 22 في المائة من مساحتها الجغرافية، وهو ما يقابل أقل من 10 في المائة من وحداتها الإدارية الجهوية.

ووفقاً للتقرير الصادر عن منظمة اليونيسف بعنوان *التقدُّم من أجل الأطفال: تقرير أداء عن التغذية*، فإن بوتسوانا هي البلد الوحيد في أفريقيا الشرقية والجنوبية الذي يسير حالياً 'في طريق' تحقيق الغاية 2 للهدف الإنمائي الأول للألفية. ويجري إحراز 'تقدُّم غير كافٍ' في سبعة بلدان أخرى، بما في ذلك ملاوي، وتنزانيا، وكينيا، وناميبيا، وموزامبيق، ورواندا، وإريتريا. ولا تتحسّن الحالة أو تزداد سوءاً في تسعة بلدان، بما في ذلك أوغندا، وزامبيا، وإثيوبيا، وليسوتو، ومدغشقر، وبوروندي، وزمبابوي، وجزر القمر، وجنوب أفريقيا. وفي خمسة بلدان أخرى لا توجد بيانات كافية لتقييم الحالة.

وفي أفريقيا الغربية والوسطى، تسير حالياً خمسة بلدان 'في المسار الصحيح'، بما في ذلك غامبيا، والكونغو، وبنين، وموريتانيا، وكوت ديفوار. وأشارت التقارير إلى إحراز بعض التقدُّم، ولكنه غير كافٍ، في سبعة بلدان أخرى، بما في ذلك نيجيريا، ومالي، وجمهورية الكونغو الديمقراطية، وغانا، والسنغال، وتوغو، وغينيا. ولا يتحقق أي تقدُّم،أو تتفاقم الحالة، في خمسة بلدان، بما فيها سيراليون، والنيجر، وجمهورية أفريقيا الوسطى، وبوركينا فاسو، والكاميرون. ولا توجد بيانات كافية في سبعة بلدان أخرى لإجراء تقييم.

أوروبا الوسطى والشرقية ورابطة الدول المستقلة. البيانات الواردة من تلك البلدان غير كاملة، ولذلك لا يتضح ما إن كان الإقليم ككل سيستطيع تلبية غاية الهدف الإنمائي للألفية. وفي الأغلبية الواسعة من بلدان الإقليم، تنخفض معدلات نقص الوزن عند الولادة عن 10 في المائة وبذلك يمكن مقارنتها بالمعدلات السائدة في العالم الصناعي. على أن ثمة ما يدعو إلى القلق بالنظر إلى نسبة الأطفال دون الخامسة من العمر المصابين باضطراب النمو، واستمرار حالات نقص المغذيات الدقيقة، والتفاوت الكبير بين البلدان وداخلها.

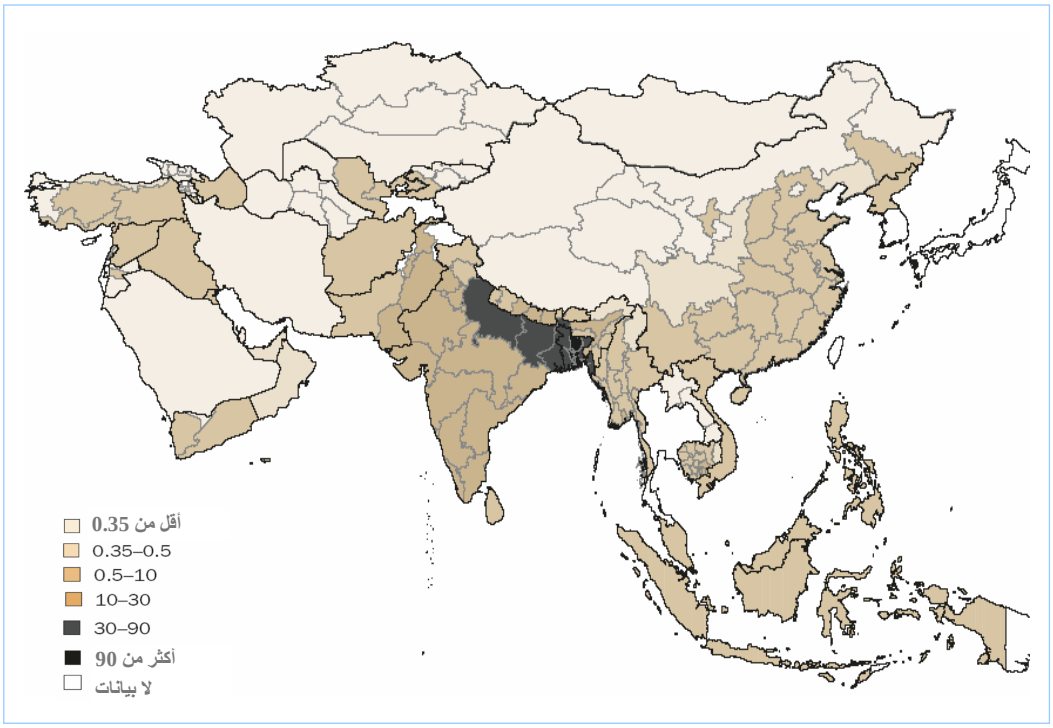
ووفقاً *لتقرير الأداء عن التغذية* الصادر عن منظمة اليونيسف، فإن تسعة بلدان داخل الإقليم تسير حالياً 'في طريق' تحقيق الغاية 2 للهدف الإنمائي الأول للألفية، بما في ذلك أوكرانيا، وأرمينيا، وجورجيا، والبوسنة والهرسك، وكازاخستان، وأوزبكستان، وتركيا، ورومانيا، وصربيا، والجبل الأسود. وتحرز أذربيجان بعض التقدُّم، ولكنه غير كافٍ. وأما سائر البلدان فلا تتوفر بيانات كافية لإجراء تقييم لها.

آسيا. لولا التحسينات الهائلة التي شهدتها الصين، أكثر بلدان العالم اكتظاظاً بالسكان، ما كان لإقليم شرق آسيا/المحيط الهادئ أن يسير في اتجاه تحقيق غاية الهدف الإنمائي للألفية. ويبيِّن **الشكل 8** أوجه التباين الصارخة داخل الإقليم بشكل عام. ويبلغ معدل انتشار نقص الوزن في جنوب آسيا مستويات مرتفعة بدرجة مذهلة حيث يؤثر على 46 في المائة من الأطفال. وتمثل بنغلاديش والهند وباكستان معاً نصف عدد أطفال العالم المصابين بنقص الوزن على الرغم من أن تلك البلدان لا يعيش فيها سوى 29 في المائة من الأطفال الذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات في العالم النامي. وبينما تحرز تلك البلدان تقدما، فمن غير المرجَّح أن تكفي الجهود المبذولة حالياً لتحقيق غاية الهدف الإنمائي للألفية. ويعتبر جنوب آسيا الإقليم الوحيد الذي يزداد فيه معدل نقص التغذية بين الفتيات عنه بين الأولاد، مما يبرز مرة أخرى بُعداً آخر للتفاوت بين الجنسين، وهو بُعد ينبغي التصدي له في برامج التغذية ومكافحة الجوع هناك.

ووفقاً للتقرير الصادر عن منظمة اليونيسف بعنوان *التقدُّم من أجل الأطفال: تقرير أداء عن التغذية*، فإن خمسة بلدان في إقليم شرق آسيا والمحيط الهادئ تسير حاليا 'في طريق' تحقيق الغاية 2 للهدف الإنمائي الأول للألفية، بما في ذلك سنغافورة، وماليزيا، والصين، وفييت نام، وإندونيسيا. وتشهد ثلاثة بلدان بعض التقدُّم، وإن كان غير

كافٍ، لتحقيق الهدف، بما في ذلك ميانمار، والفلبين، ولاو. واستفحلت الحالة في منغوليا وكمبوديا، وأما في سائر البلدان البالغ عددها 19 بلداً فلا توجد بيانات كافية لإجراء تقييم للحالة فيها.

وتسير خمسة بلدان في جنوب آسيا في 'المسار الصحيح'، بما في ذلك بوتان، ومالديف، وأفغانستان، وسري لانكا، وبنغلاديش. وتحرز باكستان والهند بعض التقدم، وإن كان غير كافٍ، وأما الحالة في نيبال فهي آخذة في التدهور.



الشكل 8- توزيع الأطفال المصابين بنقص الوزن في آسيا (الأطفال لكل كيلومتر مربع)[68].

***

3- الحصائل والنتائج والاستراتيجيات

يتمثل **هدف** المبادرة في تعبئة الموارد السياسية والمالية والتقنية وغيرها من الموارد المطلوبة لتعزيز الاستجابات الوطنية بما يكفي لإحداث تأثير ملموس على جوع الأطفال ونقص تغذيتهم.

وهناك **أربع حصائل رئيسية** مقترحة، وهي:

1	زيادة الوعي بالجوع ونقص التغذية وفهم الحلول الممكنة؛
2	تعزيز السياسات والبرامج الوطنية المؤثرة على الجوع والتغذية؛
3	زيادة قدرات المجتمعات المحلية على العمل المباشر للحد من جوع الأطفال؛
4	زيادة فعالية ومسؤولية الجهود العالمية للحد من جوع الأطفال ونقص تغذيتهم وذلك من خلال رصد وتقييم المبادرة وتدخلات البرامج وأثرها على الأطفال

ويعرض **الجدول 5** أدناه **النتائج الرئيسية** المتوقعة لكل حصيلة من الحصائل الأربع. وسوف يتولى الشركاء وضع الإجراءات المحدَّدة وتحديد المراحل المطلوبة لتحقيق تلك النتائج وتحديثها بانتظام. وسوف تشكّل خطة عمل و'مصفوفة نتائج' يتم تحديثهما سنوياً الأساس للتخطيط والمساءلة في إطار المبادرة.

وترد الإشارة أدناه إلى **الاستراتيجيات الرئيسية** التي ستستخدم لتحقيق تلك النتائج. وسيجري كذلك توسيعها وتنقيحها من خلال عملية الشراكة الجارية.

الحصائل الرئيسية المقترحة	النتائج الرئيسية
الحصيلة 1: زيادة الوعي بالجوع ونقص التغذية وفهم الحلول الممكنة	**-1** زيادة تدفق المعلومات الحاسمة للقائمين باتخاذ القرارات بشأن السياسات والبرامج على كافة المستويات
	-2 زيادة قدرات البلدان على الاتصال الذي يركّز على التغذية لدعم اتخاذ القرارات الأسرية والمجتمعية
	-3 زيادة قدرات البلدان على التوعية العامة بجوع الأطفال ونقص التغذية
الحصيلة 2: تعزيز السياسات والبرامج الوطنية المؤثرة على الجوع والتغذية	**-1** زيادة القدرة الوطنية والمحلية على تحليل أوضاع البلد من أجل دعم صياغة السياسات بشأن جوع الأطفال ونقص تغذيتهم.
	-2 تحديد الأولويات الملائمة لجوع الأطفال ونقص تغذيتهم في أُطر وميزانيات التنمية الوطنية/الجهوية.
الحصيلة 3: زيادة قدرات المجتمعات المحلية على العمل المباشر للحد من جوع الأطفال	**-1** زيادة قدرة المجتمع المحلي على تحديد ورصد الأطفال الذين يعانون الجوع ونقص التغذية والضعف.
	-2 زيادة قدرة المجتمع المحلي على الوصول إلى الأسر والأطفال بما يلزم من إجراءات ودعم.
الحصيلة 4: زيادة فعلية ومسؤولية الجهود العالمية للحد من جوع الأطفال ونقص تغذيتهم وذلك من خلال رصد وتقييم المبادرة وتدخلات البرامج وأثرها على الأطفال.	**-1** التقييم الدوري لمناهج المبادرة القائم على الشراكة، وتعبئة الدعم الدولي، والتكامل مع المبادرات الأخرى.
	-2 التقييم الدوري لفعالية تدخلات البرامج في تحقيق العنصر المرتبط بالجوع في إطار الهدف الإنمائي الأول للألفية (الغاية 2).
	-3 تحسين القدرة على تحديد ورصد الأطفال الجوعى والمصابين بنقص التغذية على المستويات المحلية والوطنية والإقليمية.
	-4 زيادة قدرة المجتمع المحلي على تقييم أداء البرامج وإبداء التعليقات عليها.

الجدول 5- الحصائل والنتائج الرئيسية.

الحصيلة 1: زيادة الوعي بالجوع ونقص التغذية وفهم الحلول الممكنة

زيادة الوعي بالجوع ونقص التغذية وفهم الحلول المحتملة سواء بين عامة الجمهور أو صانعي القرارات الرئيسيين هو الشرط الأساسي لتعبئة واستدامة الموارد السياسية والمالية والشراكات وغير ذلك من الموارد المطلوبة للقضاء على الجوع والحد من نقص التغذية. وتشكل برامج الاتصال والدعوة، مع الشديد بشكل رئيسي على المعرفة والمشاركة على مستوى المجتمع المحلي، الأساس لتحقيق هذه الحصيلة. وتشكل الجهود المركزة والمكثفة للدعوة والاتصال، بما يتماشى مع رسائل وأولويات الجهات الشريكة الرئيسية على كافة المستويات، الأساس لحصائل المبادرة.

النتائج الرئيسية

-1 زيادة تدفق المعلومات الحاسمة للقائمين باتخاذ القرارات بشأن السياسات والبرامج على كافة المستويات

-2 زيادة قدرات البلدان على الاتصال الذي يركّز على التغذية لدعم اتخاذ القرارات الأسرية والمجتمعية

-3 زيادة قدرات البلدان على التوعية العامة بجوع الأطفال ونقص تغذيتهم

الاستراتيجيات الرئيسية

أ - تعزيز الموارد المتاحة لدعم الدعوة العالمية القائمة على الأدلة للترويج للقضاء على الجوع ونقص التغذية

سوف يشكل تبادل المعلومات عن السياسات، والتحليل والبحث في أفضل الممارسات بين البلدان الساعية إلى التصدي للمشاكل المشابهة وإيجاد حلول لها استراتيجية رئيسية للمبادرة. وكمساهمة إضافية في اتخاذ القرارات على صعيد السياسات، سيتم تعزيز فرص الوصول إلى أدلة دولية على الخبرة في التدخلات البرامجية الستة الخاصة بالمبادرة ومختلف مناهج تنفيذ "سلة أسرية" من التدخلات الأساسية لمكافحة جوع الأطفال ونقص تغذيتهم. وسيجري ربط ذلك بتقاسم الخبرات في الجوانب الأخرى للجوع ونقص التغذية التي لا تتصدى لها المبادرة مباشرة ولكنها تحتاج إلى إجراءات وطنية تكميلية.

وسوف تسعى المبادرة إلى وضع استراتيجيات وطنية لنشر الخبرة والآليات القطرية بطريقة منظمة لتوفير الدعم التقني ذي الصلة للبلدان الساعية إلى تطبيق الحلول و/أو استحداث مناهج قطرية. وسوف يقوم شركاء المبادرة ببحث وتجميع الحلول الفعَّالة والخبرات القطرية باستخدام مختلف مناهج السياسات والبرامج الوطنية، والسعي إلى دمجها في نظم نقل وتبادل المعلومات القائمة ذات الصلة. وسوف يستعرض شركاء المبادرة آليات وطرائق الدعم التقني التي قد تكون ذات صلة، وسيقومون بدمج الخبرة الفنية في مجال التصدي لجوع الأطفال مباشرة في صميم تلك الآليات والطرائق، حيثما أمكن. وتشمل النظم القائمة التي ستستخدم لتبادل الخبرات بين البلدان النظم المستخدمة في دعم التعاون بين الجنوب والجنوب والتعاون التقني.

ب - تكثيف وتنسيق مناهج الدعوة التي ينتهجها الشركاء الرئيسيون بطرق من بينها حملة عالمية للدعوة

سوف يسعى شركاء المبادرة الرئيسيون إلى تنسيق مناهجهم في الدعوة، لا سيما مع المبادرات ذات الصلة والتكميلية الجارية الأخرى. وسوف تقام حملة عالمية للدعوة تشمل مجموعة من الاتصالات الموجَّهة مع أصحاب المصلحة الرئيسيين وحملة إعلامية. ويشمل أصحاب المصلحة الذين سيتم التركيز عليهم بشكل خاص مقرري السياسات، والبرلمانيين، والقطاع الخاص، ورابطات التجارة والعمال، وشبكات الخدمة العامة في القطاع الخاص، ومنظمات الدعوة. وسوف تستخدم الحملة الإعلامية إعلانات الخدمة العامة والمذيعين المشهورين والوسائل ذات التغطية الإعلامية الواسعة.

ج - دعم تعزيز القدرات بين منظمات المجتمع المدني الساعية إلى تكثيف جهود الدعوة والاتصال حول جوع الأطفال ونقص تغذيتهم على الصعيد الوطني

تماشياً مع حملة الدعوة العالمية ستُبذل جهود لتطوير القدرات مع شبكات منظمات المجتمع المدني حول جوع الأطفال ونقص تغذيتهم والقضايا ذات الصلة. وسوف تيسر الحملة التي ستطلقها المبادرة اتصالات بين الشبكات القطرية لتقاسم المناهج ووضع استراتيجيات أكثر فعالية للشراكة مع القطاعين العام والخاص، ومع المجتمعات المحلية بشأن الدعوة المرتبطة بالتغذية.

د - تعزيز قدرات البرامج على الاتصال في البلدان، لا سيما فيما يتعلق بحفز تغيير السلوك المرتبط بتغذية الأطفال.

اعترافاً بالأهمية المحورية للممارسات الفردية والأسرية والمجتمعية بشأن تغذية الأم والطفل، ستسعى المبادرة إلى دعم النهوض بالقدرة على التوعية بالتغيير السلوكي والاجتماعي بين شركاء البرمجة المحليين من أجل تشجيع إقبال الأسر عليها. وسوف يشمل ذلك دعم الاتصال عبر الشبكات بين الشركاء المحليين ودعم المنظمات وباستخدام وسائل الإعلام والوثائق ونشر الممارسات المحلية السليمة.

***

الحصيلة 2: تعزيز السياسات والبرامج الوطنية المؤثرة على الجوع والتغذية

يحدِّد إطار السياسات الوطنية، بما في ذلك أولويات التنمية والإنفاق العام، والأحكام التشريعية والتنظيمية، البيئة المواتية لبقاء الأطفال ونموهم.

يمكن لبيئة السياسات الموجَّهة نحو تحقيق الأهداف المرتبطة بالطفل والتي تعي الاحتياجات التغذوية والأساسية الأخرى للأطفال ودور الأسر في تلبيتها أن تشكّل عاملاً مساعداً قوياً في تحقيق تحسينات سريعة. ومن الأساسي لتحقيق تقدم سريع ومستمر وضع إطار سياسي مواتٍ يجعل التغذية السليمة للأطفال على رأس أولويات التنمية الوطنية.

وتماشياً مع التحليل الذي أجراه البنك الدولي للحاجة إلى إدخال التغذية في صميم التنمية، سترمي المبادرة إلى حفز الحكومات الوطنية وتمكينها ومساعدتها من تحديد الأولويات الملائمة والتعبير عن أهداف القضاء على جوع الأطفال والحد من نقص التغذية في سياساتها وميزانياتها وبرامجها. كما ستشجِّع المبادرة توجيه اهتمام كافٍ لتلك التحديات بين الشركاء المتعاونين الدوليين. وسوف تدعم المبادرة على وجه الخصوص المؤسسات الوطنية في جهودها من أجل تحليل الحالة القطرية للأطفال، وبناء توافق في الآراء بشأن التدخلات ذات الأولوية، والوصول إلى المعلومات المتعلقة بمناهج السياسات وإجراءاتها الناجحة دولياً في الحد من جوع الأطفال ونقص تغذيتهم.

ويجب العناية بدمج احتياجات اللاجئين والمشردين داخلياً في خطط العمل الوطنية. وينبغي أن يشمل الترتيب الملائم لأولويات جوع الأطفال ونقص تغذيتهم في أُطر التنمية إمكانية الحصول على الرعاية الصحية وجودتها خلال الاستجابة الفورية.

النتائج الرئيسية

1- زيادة القدرة الوطنية والمحلية على تحليل الأوضاع القطرية من أجل دعم صياغة السياسات بشأن جوع الأطفال ونقص تغذيتهم.

2- تحديد الأولويات الملائمة لجوع الأطفال ونقص تغذيتهم في أُطر وميزانيات التنمية الوطنية/الجهوية.

الاستراتيجيات الرئيسية

أ - تعزيز القدرة المؤسسية الوطنية والمحلية على التحليل والتوصل إلى الأدلة المرتبطة بالجهود المحلية الرامية إلى الحد من جوع الأطفال

سيقوم شركاء المبادرة بتعزيز وتيسير عمل الحكومات والمؤسسات الوطنية والجهات الفاعلة الجهوية لإجراء تحليل تشاركي ومتعدد القطاعات لجوع الأطفال ونقص تغذيتهم استناداً إلى المعلومات الكمية والنوعية وذلك كمساهمة رئيسية في صياغة السياسات. وسيتم دعم تحليل كل مجموعة العوامل الممكنة التي تسبب أو تعزز الجوع ونقص التغذية وذلك باستخدام نُسَخ مكيفة محلياً من الإطار المفاهيمي العام المتعدد الأسباب المبيَّن أعلاه (انظر **الشكل 2** أعلاه)

وسوف يحسِّن الرصد التشاركي وتحليل المشاكل على مختلف المستويات من فهم الأسباب الرئيسية لجوع الأطفال ونقص تغذيتهم في السياق الاجتماعي المعيَّن، وسيساعد على بناء توافق في الآراء حول مناهج

السياسات وتدخلات البرامج الملائمة. وهذه العمليات التي تقوم بها البلدان هي في حد ذاتها مساهمة من المبادرة في بناء قوة دافعة للعمل المتواصل صوب بلوغ الهدف الإنمائي الأول وغيره من الأهداف الإنمائية للألفية.

وسيتم كذلك دعم آليات تقاسم المعرفة والتحليل المرتبط بالسياسات للجوع ونقص التغذية وأسبابهما كأساس لصياغة السياسات وتصميمها. وسوف يكمِّل ذلك العمل الجاري لرصد وتقييم المؤشرات المرتبطة بالأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة بالجوع ونقص التغذية وسيرتبط بها ارتباطاً وثيقاً.

وسوف تُبذل جهود إضافية لتحديد الشركاء التقنيين بين المؤسسات الوطنية لإجراء ونشر بحث وتحليل للسياسات الوطنية في جميع القطاعات ذات الصلة بجهود القضاء على جوع الأطفال والحد من نقص التغذية. وسوف يشمل ذلك دعم جمع أدلة على أثر وفعالية تدخلات البرامج الرئيسية في مختلف البلدان.

وسوف تساعد كذلك التحليلات والأدلة المحلية على تحديد الأولويات والإجراءات على المستوى الجهوي. وسوف يعزز توافق الآراء الأوسع حول القضايا المرتبطة بجوع الأطفال وتغذيتهم تكثيف التدخلات وتحسين توجيهها وترتيب أولوياتها بشكل ملائم ورصد ميزانيات لها، بما في ذلك البرامج المنفذَّة لصالح المواطنين والفئات المحدَّدة الأخرى في البلديات وعلى مستوى المقاطعات والأقسام. كما سيساعد على تعميق الوعي ودعم إثراء جهود المجتمع المدني وداخل المجتمعات المحلية ذاتها.

وسوف تساعد المبادرة، عند الاقتضاء، على تعزيز القدرة المؤسسية الوطنية على الرصد والإبلاغ عن الجهود البرامجية المبذولة للحد من الجوع ونقص التغذية، وتكلفة التدخلات وأثرها، والموارد التي ما زالت مطلوبة.

ب - مواءمة استراتيجيات المساعدة على مستوى الأمم المتحدة وعلى المستوى الدولي حول الجوع والتغذية

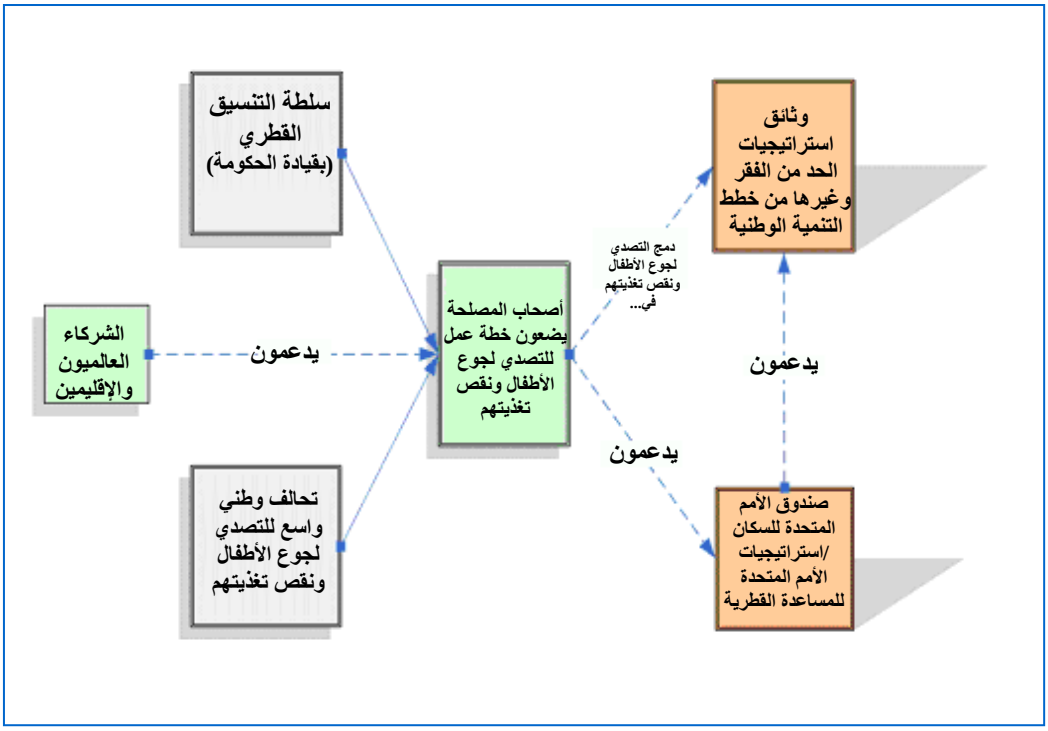
تؤدي منظومة الأمم المتحدة دورا فريدا في تعبئة وتركيز القدرات والاهتمام العالمي في مجال جوع الأطفال ونقص تغذيتهم بفضل مبادرتها و/أو مشاركتها في كثير من الجهود العالمية ذات الصلة وحضورها وما تنفذه من برامج التعاون في البلدان التي تنفَّذ فيها البرامج. وتتولى الأمم المتحدة المسؤولية عن مساعدة البلدان على رصد التقدُّم المحرز وتركيز الاهتمام على الاتجاهات المتفاقمة لجوع الأطفال ونقص تغذيتهم في البلدان الأشد تضرراً. كما تضطلع منظومة الأمم المتحدة بدور خاص في مساعدة البلدان في الحالات التي لا تتوفر فيها بيانات كافية لتعقُّب ما تحرزه من تقدم. وتتيح الجهود الجارية لإصلاح الأمم المتحدة والإطار الدولي لإعلان الألفية والأهداف الإنمائية للألفية، فرصة مهمة للوكالات الداعمة لمجموعة من البرامج الغذائية والتغذوية البالغة الأهمية لترشيد قدراتها والعمل كمنصة فعَّالة لجهود المجموعة الأوسع من الشركاء المحتملين.

وتوفّر المبادرة أداة مهمة للتعاون بين وكالات الأمم المتحدة من أجل تقديم مناهج أكثر اتساقاً للقضاء على جوع الأطفال ونقص تغذيتهم من خلال الجهود التحليلية، مثل التقييم القطري المشترك ومن خلال مختلف عمليات إطار عمل الأمم المتحدة للمساعدة الإنمائية. ويوفّر التقييم القطري المشترك أداة تحليلية تمكّن الشركاء الوطنيين والشركاء من الأمم المتحدة على المستوى القطري من استعراض المعلومات المتاحة، والبحوث والتحليلات المتعلقة بمشاكل الجوع والتغذية وأسبابهما. ويوفّر إطار عمل الأمم المتحدة للمساعدة الإنمائية، باعتباره الإطار الاستراتيجي المشترك للأنشطة التشغيلية لمنظومة الأمم المتحدة على المستوى القطري، المجال لاستجابة استراتيجية وموحّدة من منظومة الأمم المتحدة للأولويات والاحتياجات الوطنية التي تعبِّر عنها الأهداف الإنمائية للألفية.

وينبغي على **شركاء الأمم المتحدة على الصعيد القطري** اتباع النهج التالية من أجل مواءمة المبادرة مع الجهود الإنمائية الوطنية:

- التعبئة بالاشتراك مع **منسقي الأمم المتحدة المقيمين** ومع غيرهم من أعضاء فريق شركاء المبادرة (انظر الصفحة.56) بما في ذلك منظمة الصحة العالمية، ومنظمة الأغذية والزراعة، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، داخل أفرقة الأمم المتحدة القطرية، ومع البنك الدولي والمنظمات غير الحكومية لتعزيز جوع الأطفال ونقص تغذيتهم على جدول أعمال السياسات الوطنية؛
- استخدام أدوات من قبيل التقييم القطري المشترك لتعزيز العمل التحليلي (بما في ذلك التقييم والتحليل السببي) لجوع الأطفال ونقص تغذيتهم، إلى جانب مؤسسات البحوث الوطنية والشركاء من الحكومات والمنظمات غير الحكومية؛
- تعزيز التعاون بين الأمم المتحدة والشركاء حول جوع الأطفال ونقص تغذيتهم من خلال **إطار عمل الأمم المتحدة للمساعدة الإنمائية** ومبادرات برامج الأمم المتحدة المشتركة، وتحديد الأولويات على ضوء إطار البرمجة الوطنية المقترح (الشكل 9)؛
- التركيز على استراتيجيات الحد من الفقر وأطر سياسات التنمية الوطنية والجهوية المشابهة باعتبارها تشكل السياق لخطط العمل القطرية بشأن جوع الأطفال ونقص تغذيتهم؛
- استخدام الأفرقة المواضيعية المعنية بالجوع والتغذية التابعة للحكومات/الأمم المتحدة، عند الاقتضاء، لتعبئة مجموعة واسعة من أصحاب المصلحة؛
- تعزيز نظم الرصد الوطنية والمحلية من خلال تحسين تنسيق جهود الأمم المتحدة.

ويبين **الشكل 9** (أدناه) عملية تنسيق جهود الأمم المتحدة أو الجهود الدولية للمساعدة على المستوى القطري. وسوف تتماشى تماما جهود الأمم المتحدة المقبلة "لتوحيد أدائها" مع هذا النموذج.



الشكل 9- إجراءات الدعوة للسياسات على المستوى القطري

اللجنة الدائمة للتغذية التابعة لمنظومة الأمم المتحدة هي منطلق مهم لتنسيق سياسات واستراتيجيات منظومة الأمم المتحدة بشأن الغذاء والتغذية، وهي تتمتع بوضع جيد يتيح لها دعم المبادرة (انظر ترتيبات الشراكة في القسمين 4-1 و5-2).

وعلاوة على ذلك، فإن الخطط الاستراتيجية الحالية المتوسطة الأجل لمنظمة اليونيسف وبرنامج الأغذية العالمي، وكذلك الخطط الاستراتيجية لوكالات الأمم المتحدة الأخرى، تشمل بالفعل الكثير من الاستراتيجيات اللازمة لدعم تنفيذ **مبادرة القضاء على الجوع ونقص التغذية بين الأطفال**. ويتيح استعراض تلك الخطط وتحديثها بانتظام بغرض توفير المساعدة ذات الصلة للجهود الوطنية مزيداً من الفرص لتحقيق ما يلي:

- مواءمة الوظائف الرئيسية ذات الميزة النسبية مع بعضها البعض ومع المنظمات الشريكة؛
- تعزيز التركيز الجغرافي على البلدان أو المقاطعات أو ما يعادلها من الوحدات الإدارية الأشد احتياجاً وعلى زيادة نطاق التدخلات ومستويات فعاليتها لصالح فئات معيّنة من السكان؛
- تحسين الاستراتيجيات الرئيسية المرتبطة مباشرة بالمبادرة، مثل الاستراتيجيات المطلوبة لتوسيع وتسريع وتيرة التدخلات الصحية والتغذوية العالية الأثر؛
- تعزيز التقارب بين جهود البرامج التكميلية في نفس المقاطعات ذات الأولوية العليا، مثل زيادة نطاق حملات التحصين ومواصلتها، وجهود مكافحة الملاريا وغيرها من الأمراض، وزيادة فرص الوصول إلى مياه الشرب الآمنة وخدمات الإصحاح الأساسية، وتعزيز سُبل المعيشة الأسرية والمجتمعية، والإنتاج والأمن الغذائي، وكفالة تحسين سُبل الوصول إلى خدمات الأمومة الآمنة وغيرها من خدمات الصحة الإنجابية التي تنطوي على أثر كبير على الأهداف المرتبطة بالجوع والتغذية.

ج - دمج الجوع ونقص التغذية في أطر التنمية والبرمجة الوطنية

أثبتت الجهود الوطنية والجهوية الناجحة باستمرار أنه لا يمكن تحقيق نتائج مستدامة إلا بدعم من طائفة عريضة من الجهات الفاعلة؛ كما أثبتت أن هذا الدعم لن يكون كافياً إذا كان لا يحقق إلا مشروعات صغيرة لا تدخل في صميم الجهود البرنامجية الأوسع. ويلزم وضع إطار إنمائي وطني متسق يتصدى للجوع ونقص التغذية من أجل تعظيم جهود القطاعات المتعددة والكثير من الشركاء المعنيين.

ولا يحظى جوع الأطفال ونقص تغذيتهم حالياً إلا باهتمام ضئيل كمفهوم متكامل ضمن أُطر التنمية الوطنية على الرغم من أن كثيراً من البلدان تولي أولوية كبيرة لبعض جوانب الأمن الغذائي والتغذية في خططها[69]. ويمثل توفُّر الغذاء والتغذية أولويتين رئيسيتين في أكثر من 60 في المائة من استراتيجيات الحد من الفقر التي خضعت للاستعراض، ويشكل موضوعاً ثانوياً في نسبة أخرى تبلغ 30 في المائة. كما يعد التعليم والمياه الآمنة والنظافة موضوعاً رئيسياً في استراتيجيات الحد من الفقر في معظم البلدان. وتمثل التغذية أولوية في 23 من استراتيجيات الحد من الفقر التي تم استعراضها في 31 من البلدان التي 'تحيد عن مسار' تحقيق الهدف الإنمائي الأول للألفية.

وفي حين أن العناصر المكوِّنة للمبادرة تنسجم تماماً مع الأولويات المحددة في كثير من استراتيجيات الحد من الفقر فإن معظمها لم يضع تلك التدخلات الفردية في إطار من الجهود المتسقة المطلوبة للتصدي بفعالية لنقص

تغذية الأطفال. ولعل ذلك قد ساهم في تدني قدرة برامج التغذية نسبياً على المنافسة على الموارد على المستوى العالمي بالنسبة للأولويات الأخرى.

وللمساعدة على مواجهة هذا التحدي، تم وضع إطار للبرمجة الوطنية (انظر **الشكل 10**) استناداً إلى الإطار المفاهيمي الشامل الذي تأخذ به المبادرة (انظر **الشكل 2** الوارد سابقاً). ويفيد إطار البرامج الوطنية كأداة لصياغة وتخطيط التدخلات القائمة على المبادرة على المستوى القطري بطريقة تشجِّع على تكوين صورة أشمل لما يكفل النمو الصحي للطفل: إمكانية الوصول إلى الغذاء، وممارسات الرعاية السليمة، والبيئة الصحية.

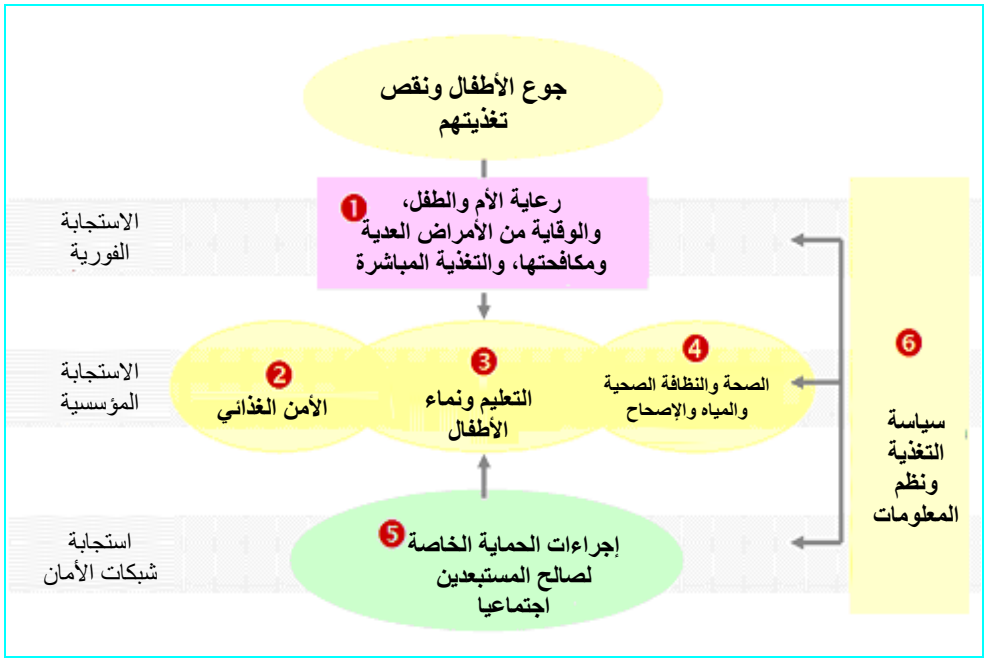
وهناك ستة مجالات رئيسية لتركيز البرمجة:

المجال 1: في الحالات التي لا تتصدى فيها البرامج وتُظم الحماية الاجتماعية الوطنية للجوع بشكل كافٍ فإن الأطفال الجوعى والذين يعانون نقص التغذية أو المعرَّضين لخطر نقص التغذية الدائم يحتاجون **لاستجابة فورية** ودعماً مباشراً - الغذاء، والرعاية، ومكافحة الأمراض المعدية - من أجل البقاء و/أو تلافي الأضرار في المدى البعيد.

المجالات 2 و 3 و 4: يتوقف التخفيف من أثر جوع الأطفال والوقاية منه في المدى البعيد على تنمية القدرة المؤسسية والمجتمعية لكفالة النمو الصحي للأطفال. والأهم لذلك هو البرامج التي ترمي إلى زيادة **قدرة الاستجابة المؤسسية** في مجالات سُبل المعيشة والأمن الغذائي، والتعليم، والصحة، (مع التشديد على صحة الأم والطفل، والتثقيف بالنظافة الصحية) والمياه والنظافة. ويلزم إرساء شبكة واسعة من الشراكات من أجل بناء تلك القدرات.

المجال 5: قد تُحرَم أعداد كبيرة من الأطفال والأمهات من الدعم الحاسم أو تفتقر إلى إمكانية الوصول إليه حتى في الحالات التي توجد فيها أُطر مؤسسية في المجالات الرئيسية للأمن الغذائي والتعليم والصحة والنظافة الصحية والمياه والنظافة. ويجب أن توفّر تدخلات البرامج في هذا المجال دعماً مباشراً من خلال **شبكات الأمان** وأن تتيح إمكانية الوصول إلى الخدمات والدعم المجتمعي المطلوب على الأجل الأطول. وبعبارة أخرى، يجب أن تعزز البرامج القدرة على العمل من أجل المجتمعات المحلية وبمشاركة منها بغرض تحقيق الإدماج والحماية الاجتماعية.

المجال 6: تتطلب جميع المستويات نظاماً **للمعلومات** (الرصد والتقييم) ليقيس ويرصد بوضوح نطاق مشكلة جوع الأطفال ونقص تغذيتهم في منطقة معيَّنة، والاستجابة للمشكلة على كافة المستويات (الأسرية والمجتمعية والوطنية والجهوية).



الشكل 10 - إطار البرمجة الوطنية.[70]

ويتفاوت مزيج وتركيز مجالات البرامج الحاسمة الواردة في **الشكل 10**. فالبلدان التي لديها أُطر مؤسسية محدودة ستكون في حاجة أكبر في البداية إلى تعزيز مزيد من التدخلات الشاملة والمباشرة. وفي الحالات التي تتحسن فيها القدرات، ستركّز المبادرة على دعم توسيع تلك القدرات والنهوض بها للاستجابة بشكل أفضل لاحتياجات الأطفال الجوعى وتلافي حدوث الجوع في المستقبل. وفي معظم الحالات، سيلزم تشجيع الاهتمام بكفالة ترتيبات شبكات الأمان لصالح الأشخاص الأشد ضعفاً والمستبعدين وزيادة تعزيز قاعدة المعلومات للرصد والتحليل ووضع السياسات واتخاذ الإجراءات.

وفي الحالات التي تكون فيها أطر التنمية والتخطيط الوطني قد وُضعت بالفعل بدون مراعاة كافية لأولويات جوع الأطفال ونقص تغذيتهم، فإن جهود الدعوة لسياسات شركاء المبادرة ستؤثر في بعض الحالات على استعراض أو تعزيز جهود تسريع وتوسيع البرامج القائمة.

***

الحصيلة 3: زيادة قدرات المجتمعات المحلية على العمل المباشر للحد من جوع الأطفال

"تتكون" صحة الطفل وتغذيته في معظمها داخل البيوت الفردية. فالأسر والمجتمعات المحلية تلتزم بالسلوك الذي تدرك وتعتقد أنه سيفضي إلى النمو الصحي لأطفالها. ومن الناحية العملية، فإن توفير مجموعة مركزة من التدخلات يعتمد على اهتمام المجتمع المحلي وقدرته على تحديد الأسر الضعيفة والوصول إليها بالدعم اللازم. ويتم بناء رأس المال الاجتماعي - التماسك والثقة - في المجتمع المحلي. ويعزِّز ذلك القدرة على العمل الجماعي للتصدي للأسباب الأساسية لجوع الأطفال ونقص تغذيتهم[71]. ويتمثل أحد مجالات التركيز التشغيلي الرئيسي للمبادرة في زيادة قدرة البلدان، وبخاصة قدرة المنظمات المحلية، على تحديد الأطفال المحتاجين والوصول إليهم بالدعم اللازم.

وينبغي أن تشمل القدرة على تحديد ورصد الأطفال الجوعى والضعفاء القدرة على معرفة سوء التغذية الحاد والأمراض الشديدة من أجل تحسين السلوكيات التي تسعى إلى العناية بالصحة بين الأسر.

النتائج الرئيسية

1- زيادة قدرة المجتمع المحلي على تحديد ورصد الأطفال الذين يعانون الجوع ونقص التغذية والضعف.

2- زيادة قدرة المجتمع المحلي على الوصول إلى الأسر والأطفال بما يلزم من إجراءات ودعم.

الاستراتيجيات الرئيسية

أ - تعزيز القدرات المؤسسية المجتمعية والمحلية في مجال تنفيذ البرامج المرتبطة بجوع الأطفال ونقص تغذيتهم

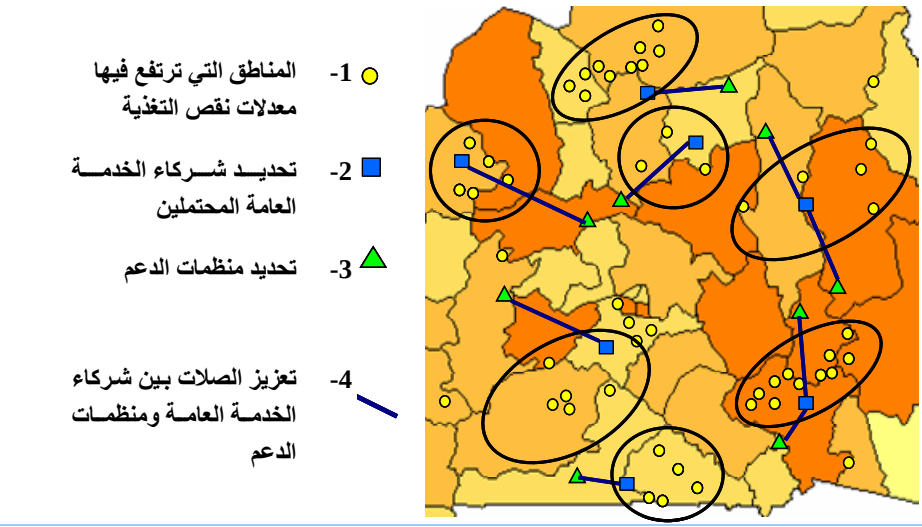
لعل أهم شكل وحيد للمساعدة الخارجية التي تحتاجها الأسرة لتحقيق النمو الصحي للطفل هو الاتصال بالمجتمع المحلي الأوسع، وهو ما يشكّل قناة محتملة للمدخلات الحاسمة. وعلى الرغم من أن قول ذلك أسهل من فعله، فقد ثبت مراراً في مجموعة واسعة من الظروف أن هذه الصلة، التي قد تتخذ شكل زيارة منتظمة يقوم بها منسق منظمة مجتمعية محلية بأي أسلوب لنقل معلومات أساسية، تساعد على لفت انتباه المجتمع المحلي إلى 'حالة الطوارئ الصامتة' التي تعاني منها الأسرة. وتقوم الصلة الأوَّلية ويكون من الأيسر الحفاظ عليها عندما يتوفر شكل ما من السلع.

ويمكن للكثير من المنظمات المجتمعية الموجودة بالفعل والتي تصل إلى الأطفال المحتاجين أن تحقق المزيد لو أنها ارتبطت بمصدر من مصادر الدعم التقني أو المالي أو السلعي. وترمي المبادرة إلى تعزيز قدرة المجتمع المحلي على الوصول إلى المحتاجين من خلال ربط المنظمات المحلية الصغيرة مع بعضها البعض وبالمنظمات غير الحكومية الكبرى، وبوزارات القطاع الحكومي على المستوى الوطني وبأخصائيي الإرشاد (في الصحة والزراعة على سبيل المثال) القادرين على تقديم ذلك الدعم.

ويتمثل الهدف التشغيلي الرئيسي للمبادرة في ربط أسر الأطفال الذين يعانون نقص التغذية بجهود الخدمة العامة القائمة في المجتمع المحلي والجماعات الدينية وغيرها من الجماعات القادرة على إقامة صلات منتظمة معهم. كما ترمي المبادرة إلى تعزيز قدرة هذه المنظمات الميدانية عن طريق تدعيم صلتها بكيانات أكبر وداعمة، مثل مجالس المناطق، والإدارات الجهوية للوزارات التنفيذية، والأسقفيات، ورابطات المقاطعات/الأقسام. وتتوخى

المبادرة بذل جهود إضافية لتيسير الشراكة والتحويلات المالية المباشرة بين المجتمعات المحلية والمنظمات الدينية والمشروعات وذلك من خلال نظم الصرافة الاستهلاكية المتعاونة.

ويبيِّن **الشكل 11** شكلاً تخطيطياً لأحد مناهج المبادرة لربط الأطفال المعرَّضين للخطر بموارد الدعم وتعزيز القدرات المؤسسية المحلية على تنفيذ البرامج.



الشكل 11 - ربط الأطفال المعرَّضين للمخاطر بموارد الدعم[72].

ب - تحديد ونشر الممارسات المفضَّلة المرتبطة بالجهود المبذولة على مستوى المجتمع المحلي

يتمثَّل جزء مميَّز من الجهود الرامية إلى تعزيز قدرات المنظمات المحلية في الدعم المقدَّم من المبادرة من أجل زيادة منهجية تحديد ونشر مزيد من المناهج الفعَّالة. وعلى المستوى القطري، يتطلب ذلك تيسير آليات لتعزيز تعلُّم الممارسات المفضَّلة ذات الصلة بجهود المجتمع المحلي في التصدي للأسباب الكامنة وراء جوع الأطفال ونقص تغذيتهم، وتشجيع إقبال الأسرة على الممارسات والخدمات الأساسية المرتبطة بالتغذية.

وسوف تيسِّر هذه الآلية، قدر المستطاع، تبادل الخبرات والمعارف المحلية بين المجتمعات المحلية، وستشمل مجموعة القضايا المرتبطة بالممارسات الناجحة وغير الناجحة التي من المهم بدرجة كبيرة للمنظمات المحلية أن تكون على دراية أكبر بها، مثل بناء القدرات؛ والانحراف الإيجابي، وتكوين الشراكات، وتنفيذ عناصر محدَّدة من مجموعة مركزة من التدخلات.

ج - تحديد وتلبية الاحتياجات الوطنية إلى السلع الأساسية المطلوبة للتصدي لجوع الأطفال ونقص تغذيتهم وتغذية الأمهات

سوف تعزِّز المبادرة المناهج المجتمعية التي تقيم وتحدد وترصد الحاجة إلى السلع الأساسية ومدى توفرها المجتمعات المحلية المتضررة. وإضافة إلى ذلك فإنها ستسعى إلى تعزيز الآليات التي تجعل تلك الاحتياجات

معروفة للقائمين بوضع خطط الحكومة، ووكالات المساعدة، وشركات القطاع الخاص، وجماعات المجتمع المدني القادرة على تلبية الاحتياجات المحدَّدة.

وتشمل الإجراءات المتخذة على مستوى المجتمع المحلي المنظمات المحلية التي تنفّذ مسوح لنطاق التغطية والطلب كجزء من عملها الجاري في مجال التوعية، وتحديد الأسر الأشد احتياجاً. وسوف تستخدم المسوح تقنيات يمكن إجراؤها بأقل قدر من التدريب والموارد المالية على يد المرشدين المجتمعيين المحليين أو المعلّمين. وسوف تشجع المبادرة إجراء تقييمات لتحديد السلع المطلوبة ووضع استراتيجيات بالتعاون مع القائمين بالتخطيط على المستوى الوطني لتحديد الاحتياجات والتكاليف. وأما المنظمات الكبرى المختصة بتنمية القدرات فسوف تقام شراكات معها في محاولة لتنمية قدرات منظمات الخدمة العامة للاضطلاع بهذا العمل في الوقت المناسب وبطريقة متسقة من حيث الجودة.

ومن المتوقع أن يستجيب شركاء المبادرة من الحكومة، والأمم المتحدة، والجهات الثنائية والمتعددة الأطراف، والمنظمات غير الحكومية مباشرة للاحتياجات المحدَّدة باستخدام مواردهم الخاصة حيثما أمكن. ومن المتوقع كذلك أن تستجيب شركات القطاع الخاص عن طريق إتاحة التكنولوجيات القائمة المرتبطة بمجالات التدخلات الرئيسية وعن طريق تطبيق بحوثها وقدراتها الإنمائية على تحديد وتطبيق 'حلول' التكنولوجيا واللوجستيات الإضافية.

***

الحصيلة 4: زيادة فعلية ومسؤولية الجهود العالمية للحد من جوع الأطفال ونقص تغذيتهم وذلك من خلال رصد وتقييم المبادرة وتدخلات البرامج وأثرها على الأطفال

يوفِّر الرصد والتقييم إرشادات على كل مستوى بدءاً من الاستخدام الأفضل للسلع في الأسرة وحتى الاستراتيجيات الأكثر فعالية على المستوى العالمي للحفاظ على الدعم السياسي والمالي. ومن شأن تحسين فعلية ومسؤولية الجهود العالمية للتصدي للجوع ونقص التغذية أن يزيد من فعالية الاستثمارات الجارية وأن يبني الثقة المطلوبة للاستثمارات المقبلة. ومن المتصور تحقيق أربع نتائج محدَّدة لضمان هذه الحصيلة.

النتائج الرئيسية

-1 التقييم الدوري لمنهج المبادرة القائم على الشراكة، وتعبئة الدعم الدولي، والتكامل مع المبادرات الأخرى.

-2 التقييم الدوري لفعالية تدخلات البرامج في تحقيق العنصر المرتبط بالجوع في إطار الهدف الإنمائي الأول للألفية (الغاية 2).

-3 تحسين القدرة على تحديد ورصد الأطفال الجوعى والمصابين بنقص التغذية على المستويات المحلية والوطنية والإقليمية.

-4 زيادة قدرة المجتمع المحلي على تقييم أداء البرامج وإبداء التعليقات عليها.

الاستراتيجيات الرئيسية

أ - الرصد والتقييم الجاري لمنهج المبادرة على المستوى العالمي والوطني

وفقاً *لإعلان باريس بشأن فعالية المعونة* وما يرتبط به من مبادرات، والاستجابة العالمية لفيروس/مرض الإيدز، فإن المجتمع الدولي يشهد التزاماً متزايداً بتعزيز قدرة السلطات الوطنية على الأخذ بزمام تلك الجهود المتضافرة وتنسيقها في جميع مجالات الأهداف الإنمائية للألفية. ويتجسد هذا الالتزام في مبدأ 'العناصر الثلاثة' الذي تم استحداثه لمساعدة البلدان على تحقيق أكبر قدر من فعالية وفعلية استخدام الموارد، والعمل السريع والإدارة القائمة على النتائج.

واستناداً إلى هذا المبدأ، سوف يشمل التقييم الدوري للمبادرة على المستوى القطري فعاليتها في تشجيع جميع أصحاب المصلحة على العمل صوب إنشاء وتنفيذ ما يلي:

- إطار عمل قطري **واحد** متفق عليه للتصدي لجوع الأطفال ونقص تغذيتهم وربطه بإطار التنمية الوطنية الذي يشكل الأساس لتنسيق عمل جميع الشركاء؛
- سلطة تنسيق وطنية **واحدة** تتمتع باختصاصات واسعة متعددة القطاعات؛
- نظام قطري **واحد** متفق عليه للرصد والتقييم استناداً إلى أسس محلية.

كما سيشمل الرصد المنتظم إجراء تقييم لنجاح المبادرة في تشجيع وضع آليات وطنية شاملة تحافظ عليها تحالفات قوية تشترك فيها الجهات الفاعلة الملتزمة من القطاعات العامة والسياسية والخاصة والمدنية والمهنية والإعلامية والشعبية. كما سيجري تقييم مدى قيام المبادرة بتيسير اشتراك الأسر المهمشة والمتضررة وفئات المجتمع المحلي وممثليهم في الرصد وتقديم تعليقاتهم بشأن القضايا المرتبطة بجوع الأطفال وتغذيتهم.

وعلى المستوى العالمي، سيجري تعزيز المساءلة من خلال:

- رفع تقارير مشتركة منتظمة إلى المجلسين التنفيذيين **للبرنامج** ومنظمة اليونيسف وفريق شركاء المبادرة حول التقدُّم المحرز ومواصلة وضع 'مصفوفة نتائج' المبادرة؛
- دمج أهداف المبادرة ومتطلباتها دمجاً واضحاً في الخطط الاستراتيجية والميزانيات للشركاء الدوليين الرئيسيين.

ب - رصد وتقييم الجهود المرتبطة بتحقيق الغاية 2 للهدف الإنمائي الأول للألفية وتقديم التقارير بشأنها

سوف يستند الإبلاغ العالمي عن النتائج الوطنية الجهوية إلى ما سيستجد دورياً *في التقدُّم من أجل الأطفال: تقرير أداء عن التغذية* الذي سيشكل أداة الإبلاغ الرئيسية في إطار المبادرة. وسوف يواصل تقرير الأداء التركيز على مؤشر الهدف الإنمائي الأول للألفية (انتشار نقص الوزن بين الأطفال دون الخامسة من العمر) كما سيحلل ويبلغ عن البيانات المتاحة والاتجاهات المتعلقة بالمؤشرات الأخرى الوثيقة الصلة، خاصة اضطراب النمو بين الأطفال، ومعدلات انخفاض الوزن عند الولادة، والرضاعة الطبيعية وحدها.

كما سيتم تيسير تقاسم المعرفة بين المؤسسات الوطنية ومع المجتمع المدني لإثراء عملية اتخاذ القرارات وزيادة الوعي بالاتجاهات والتحديات الوطنية. ويشكّل توسيع القدرة الوطنية على رصد مؤشر الغاية 2 للهدف الإنمائي الأول للألفية والإبلاغ عنه أداة رئيسية لقياس فعالية استراتيجيات التصدي لجوع الأطفال. وتساعد قدرة البلدان على الإبلاغ دورياً عن الموارد المطلوبة والمخصصة لرصد أهداف وطنية واضحة للحد من جوع الأطفال ونقص تغذيتهم على تعزيز المساءلة على المستوى القطري عن الالتزامات السياسية المقطوعة في مؤتمر قمة الألفية والمحافل الأخرى.

ج - تعزيز القدرات على الاستهداف والرصد المرتبط بجوع الأطفال ونقص تغذيتهم

سيساعد وضع نظام مباشر للرصد ورسم الخرائط وتحديثه آنياً على تعزيز القدرات التقنية المحلية على توجيه ورصد التدخلات. وسوف يدعم هذا النظام الشركاء في توجيه وتنفيذ الأنشطة الأساسية وتيسير الصلات الداعمة بين مختلف مستويات المنظمات المعنية بالاستجابة. وسوف يتمتع هذا النظام بالقدرات التالية:

- تحديد ورسم خرائط للمناطق التي ترتفع فيها معدلات نقص التغذية على مستوى المجتمعات المحلية المحدَّدة؛
- تعقُّب السلع الأساسية المطلوبة في المجتمعات المحلية ذات الأولوية، بما في ذلك تحديد الكميات وتكلفتها؛
- رصد توفُّر مجموعة مركزة من التدخلات وإمكانية وصول الأسر إليها؛
- تحديد الشركاء الفعليين أو المحتملين المعنيين بالخدمة العامة على المستوى المحلي في المجتمعات المحلية ذات الأولوية؛
- تحديد منظمات الدعم الجهوية.

وسيتم وضع نظام المعلومات بحيث يستند إلى نظم المعلومات القائمة ويرتبط بها، وسيوجَّه تحديداً إلى دعم الاستهداف على مستوى الأسرة والمجتمع المحلي. وسيتيح هذا النظام بيانات آنية للشركاء على مختلف المستويات، وسيستفيد من المستجدات الجارية من خلال الموظفين الميدانيين في الوكالات المتعاونة. وسوف يشمل نظام المعلومات الشبكي مختلف أنواع المعلومات ذات الصلة بتخطيط وتنفيذ التدخلات، مثل الحدود الإدارية، ومواقع القرى، وكُتل التعدادات، وتقديرات السكان؛ ومواقع المرافق الصحية، والمدارس، وإمدادات المياه وغيرها من الخدمات؛ ومناطق تدخلات الشركاء أو مناطق 'مستجمعات' الخدمات. وسوف يوضع النظام في أول الأمر للبلدان والمقاطعات ذات الأولوية التي تتوفر بشأنها بيانات عن نقص الوزن على المستوى الجهوي، والمناطق الأخرى ذات الأولوية، ولكنها ستُصَمَّم استناداً إلى منهج تحليل البيانات المُطبَّق عالمياً والقابل للتوسيع.

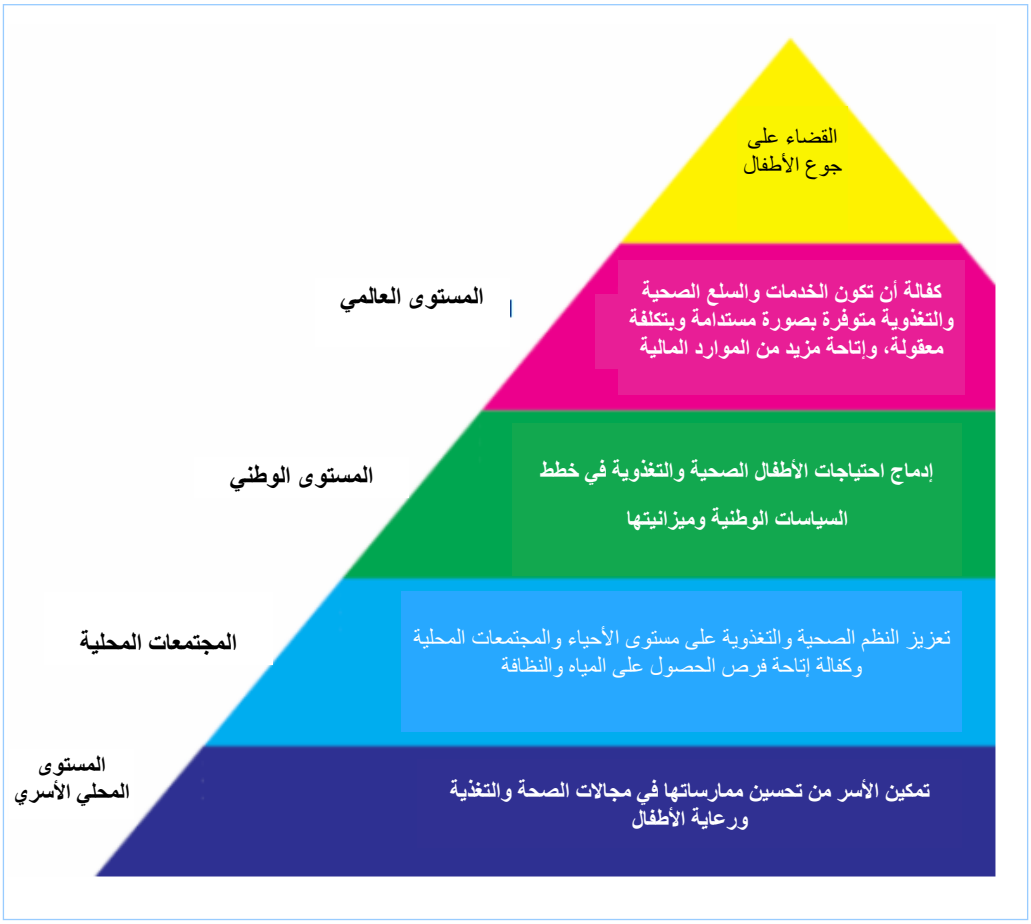
وسوف تشكل المسوح المحلية ومصادر البيانات، بما في ذلك نُظم رصد النمو على مستوى المجتمع المحلي، الأسس التي يستند إليها جمع البيانات المطلوبة لتحديد ورسم خرائط المناطق التي ترتفع فيها معدلات نقص التغذية. ووُضعت تقنيات لإجراء المسوح للتقدير السريع للوضع التغذوي، وممارسات الرضاعة الطبيعية والفطام، وعدد من المحصلات الأخرى المرتبطة بصحة الأم والطفل.

وستُحدَّد السلع الأساسية المطلوبة في المجتمعات المحلية ذات الأولوية ورصد توفُّرها وإمكانية وصول الأسر إليها باستخدام مسوح نطاق التغطية والطلب على المستوى المحلي، مع استكمالها ببيانات المسوح الأخرى **للبرنامج** ومنظمة الأغذية والزراعة وغيرها، ومجموعة الاستقصاءات المتعددة المؤشرات لمنظمة اليونيسف، وخريطة الصحة لمنظمة الأغذية والزراعة، ونظم المعلومات عن انعدام الأمن الغذائي والتعرُّض لنقص الأغذية ورسم الخرائط ذات الصلة، وشبكة INDEPTH، وقاعدة بيانات التغذية ونتائج مسوح مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين بشأن الفئات المحدَّدة (خاصة اللاجئين والأشخاص الذين تهتم بهم المفوضية)، وستُستخدَم تكنولوجيا قاعدة بيانات التنمية DevInfo للمساعدة على تحديد مصادر المعلومات المستخدمة في توجيه البرامج ودمجها وتقديمها بطريقة استراتيجية.

وتسعى أمانة المبادرة إلى تكوين الشراكات المطلوبة لإنشاء هذا النظام استناداً إلى استعراض القدرات القائمة وتحديد الاحتياجات الإضافية.

***

4- التنسيق مع الجهود الإنمائية الأخرى



الشكل 12 - مستويات العمل

سيتطلب القضاء على جوع الأطفال ونقص تغذيتهم تنسيقاً على درجة عالية من الاستباقية لمجموعة كاملة من قضايا السياسات والبرامج والمؤسسات على المستويات العالمية والوطنية وعلى مستوى المقاطعات والمجتمعات المحلية. (انظر **الشكل 12**).

كما سيتطلب ذلك جهوداً قوية لكفالة تحقيق أكبر قدر من التضافر مع الجهود الأخرى داخل وخارج النطاق المباشر للمبادرة ذاتها، وهي جهود يجري بالفعل بذل الكثير منها.

1-4 الجهود ذات الأولوية المرتبطة بالمبادرة

تمثّل الجهود المبذولة حالياً للتصدي لجوع الأطفال ونقص تغذيتهم على الصعيد العالمي، كما ينبغي لها، طائفة عريضة من تدخلات السياسات والبرامج والمشروعات في قطاعات الصحة، والزراعة، وسُبل المعيشة، والمياه، والتعليم، والحماية الاجتماعية في البلدان الغنية والفقيرة على السواء. وترمي المبادرة إلى المساعدة على تركيز الجهود القائمة الرامية إلى التصدي لمختلف الجوانب التي ينطوي عليها جوع الأطفال وتؤثر عليه في المناطق التي ترتفع فيها معدلات انتشار نقص الأغذية بطريقة تتسم بأكبر قدر من التنسيق. ويتضمن **الإطار 5** عرضاً موجزاً لبعض المبادرات والحركات الدولية الرئيسية التي ترتبط مباشرة بالمجالات ذات الأولوية التي تركز عليها المبادرة.

دعا مؤتمر القمة العالمي للأغذية لعام 2002 إلى إرساء شراكة عالمية للوصول إلى مؤتمر القمة العالمي للأغذية وبلوغ الأهداف الإنمائية للألفية.

ويمثّل **التحالف الدولي لمكافحة الجوع** شراكة طوعية تضم كثيراً من المنظمات، بما في ذلك منظمة الأغذية والزراعة، وبرنامج الأغذية العالمي، والصندوق الدولي للتنمية الزراعية. ويرمي التحالف، من بين جملة أمور، إلى تيسير الحوار حول التدابير الأكثر فعالية للحد من الجوع وتعزيز الالتزامات الوطنية والعالمية لتحقيق ذلك.

الإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة التي أنشأتها منظمة الصحة العالمية ومنظمة اليونيسف، تعمل على الحد من الوفيات والأمراض والعجز بين الأطفال دون الخامسة من العمر وتعزيز نموهم المحسَّن ونمائهم. وتتمثل مجالات تركيزها الرئيسية في الوقاية من الأمراض، وعلاج أمراض الطفولة الرئيسية، والتغذية، وتحسين ممارسات الأسرة والمجتمع المحلي في مجال الصحة.

الشراكة في مجال تنمية الأطفال التي أقيمت في الكلية الإمبراطورية بجامعة لندن، تعمل على تحسين التعليم والصحة والتغذية بين الأطفال في سن الدراسة والشباب في البلدان المنخفضة الدخل. وتيسِّر الشراكة تقاسم المعرفة بين شبكة عالمية من الشركاء الأكاديميين والحكوميين والمؤسسيين، وتساعد البلدان على تجهيز تدخلات وطنية على أساس الأدلة والبحوث.

برنامج تركيز الموارد على الصحة المدرسية الفعَّالة الذي أنشأته منظمة الصحة العالمية ومنظمة اليونيسف ومنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (اليونسكو) والبنك الدولي، يضم حالياً الكثير من المنظمات في جهوده الرامية إلى جعل مجموعة أساسية من الأنشطة الفعّالة من حيث التكلفة أساساً للعمل المكثَّف والمشترك حتى تغدو المدارس بيئة صحية للأطفال.

مبادرة مكافحة البلهارسيا تدعم قرار منظمة الصحة العالمية بأن تصل جميع الدول الأعضاء التي لديها مناطق موبوءة بالبلهارسيا والديدان المعوية إلى 75 في المائة من جميع الأطفال في سن الدراسة بحلول عام 2010. وعن طريق مساعدة البلدان المختارة لتحقيق برامج المكافحة الوطنية الناجحة، فإن مبادرة مكافحة البلهارسيا ترمي إلى تحقيق الطلب على العلاج في جميع أنحاء أفريقيا.

الشراكة العالمية بين القطاعين العام والخاص للدعوة إلى غسل الأيدي بالصابون تعمل على الحد من الإصابة بأمراض الإسهال في المجتمعات المحلية الفقيرة عن طريق تنفيذ وتشجيع غسل الأيدي بالصابون. وتصل برامج التوعية في هذه الشراكة إلى الأشخاص الأشد تعرضاً للخطر، ويتم توثيق الدروس المستفادة لتستخدمها الجماعات الأخرى التي تنظر في شن حملات مماثلة.

الشبكة الدولية لتعزيز معالجة مياه البيوت وشبكة التخزين الآمن التي أنشأتها منظمة الصحة العالمية وتضم حالياً 100 عضو وترمي إلى تسريع وتيرة المكاسب الصحية للأشخاص الذين يفتقرون إلى سُبل الوصول الموثوقة إلى مياه الشرب الآمنة وذلك عن طريق زيادة إمكانية الوصول إلى التكنولوجيات المنخفضة التكلفة لتنقية المياه.

استراتيجية الحد من نقص الفيتامينات والمعادن التي تستغرق 10 سنوات، وهي تحالف مشترك بين الوكالات يقوم على تنسيقه التحالف العالمي لتحسين التغذية من أجل تنسيق جهود مكافحة نقص الفيتامينات والمعادن. ويعاني أكثر من ملياري شخص في جميع أنحاء العالم من نقص العناصر الغذائية الدقيقة التي تتسبب في العيوب الخلقية والتأخر الذهني وصعوبات التعلُّم وتضر بنظم المناعة وتؤدي إلى خفض القدرة على العمل، والإصابة بالعمى، والوفاة. وتعزَّز الجهات الشريكة السياسات والبرامج المرتبطة بسوء التغذية الناجم عن نقص المغذيات الدقيقة، وتحفِّز الحكومات والأسواق على تحسين جهود تقوية الأغذية وتكميلها وذلك من خلال مجموعة من الأنشطة، بما في ذلك المنح، والمساعدة التقنية، ورصد الأداء، والدعوة العالمية، ودعم التسويق الاجتماعي.

الشراكة من أجل صحة الأمهات وحديثي الولادة والأطفال تجمع ما يقرب من 100 من أكبر ألوية الدفاع عن صحة الأمهات وحديثي الولادة والأطفال في العالم للتركيز على تحقيق الهدف الإنمائي الرابع والهدف الإنمائي الخامس للألفية. وترمي الشراكة إلى الحد من وفيات الأمهات وحديثي الولادة والأطفال واعتلالهم وذلك من خلال تعميم الرعاية الأساسية. وتشمل الاستراتيجيات الرئيسية تعزيز وتسريع العمل المنسَّق على المستويات العالمية والوطنية والجهوية وعلى مستوى المجتمع المحلي، وتعزيز التوسيع السريع لنطاق التدخلات التي ثبتت فعاليتها من حيث التكلفة، والدعوة إلى زيادة الموارد.

الاستراتيجية العالمية لتغذية الرُضَّع والأطفال الصغار التي اشتركت في وضعها منظمة الصحة العالمية ومنظمة اليونيسف بغرض إحياء الاهتمام العالمي بالأثر الذي تحققه ممارسات التغذية على الوضع التغذوي، ونمو الرُضَّع والأطفال الصغار ونمائهم وصحتهم وبقائهم على قيد الحياة.

الإطار 5 - بعض الجهود الرئيسية الجارية المرتبطة بمبادرة القضاء على الجوع ونقص التغذية بين الأطفال.

ويتسم الكثير من التدخلات الرئيسية بأهمية بالغة لصحة الطفل ونموه، وتحظى بقدر كبير من الاعتراف والزخم الذي يجعلها في غير حاجة إلى جهود مركزة إضافية لتوجيه الاهتمام إليها؛ إنها **أولويات متواصلة**.

ومثال ذلك أن التحصين، ونظم المياه والنظافة، وعلاج الإسهال، هي أمور تسهم جميعاً في الحد من الأثر السلبي للعدوى والمرض على نمو الطفل. ويتحقق ذلك من خلال الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية والتصدي للطرق الأخرى التي يتفاعل بها فيروس نقص المناعة البشرية وانعدام الأمن الغذائي ونقص التغذية لإلحاق الأذى بالأطفال. وتؤثر استراتيجيات الأمن الغذائي المتكاملة بشكل جيد والمشتركة بين القطاعات على توفر الغذاء وإمكانية الوصول إليه والمساهمة في توفير النظم الغذائية الملائمة للأطفال. وتسهم تدخلات الصحة الإنجابية، بما في ذلك المباعدة بين الولادات والأمومة الآمنة، في تحسين نمو الجنين. ويساعد تعليم الفتيات في المدارس الابتدائية والثانوية على اضطلاعهن بصورة أفضل بمسؤولياتهن كأمهات لأطفال يتمتعون بصحة أفضل ويحد كثيراً من انتقال الجوع والفقر عبر الأجيال.

وتم تجميع المبادرات الرئيسية في قائمة يمكن توسيعها وستتاح مباشرة على شبكة الإنترنت.

اللجنة الدائمة للتغذية التابعة لمنظومة الأمم المتحدة هي منطلق مهم لتنسيق سياسات واستراتيجيات منظومة الأمم المتحدة بشأن الغذاء والتغذية. وأعضاء اللجنة، بما في ذلك أكثر من 100 من المنظمات غير الحكومية، إلى جانب الجهات الشريكة الثنائية ووكالات الأمم المتحدة، ملتزمون فعليا من خلال خطة عمل اللجنة برؤية عالم متحرر من الجوع وسوء التغذية. (انظر **القسم 5-2** لمزيد من التفاصيل عن اللجنة).

***

5- إطار ومبادئ الشراكة

تتطلب المبادرة شراكة عالمية قوية تركز جهودها المشتركة على الإجراءات العملية لإحراز تقدُّم حقيقي ومستدام للأطفال.

وقد اتخذ برنامج الأغذية العالمي ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة المبادرة باقتراح منطلق أولي مشترك يمكن على أساسه إرساء شراكة واسعة وشاملة. ومن المتصور أن يشمل الشركاء الرئيسيون منظمات الأمم المتحدة الأخرى، والحكومات، والمنظمات المانحة الثنائية والمتعددة الأطراف، بما في ذلك المؤسسات المالية الدولية، و(منظمات الدعوة والخدمة) غير الحكومية، والقطاع الاقتصادي الخاص، والمجتمع المدني.

ويتوقف النجاح على وضع إطار عام للشراكة على أساس الثقة والشفافية بين الشركاء بغرض تحقيق أقصى نطاق ممكن من التغطية والتآزر من خلال حرية تدفق المعلومات والنظم المفتوحة لتقاسم المعلومات؛ ومن خلال التعاون بين الشركاء وأصحاب المصلحة والجهات الفاعلة الحاسمة.

والمبدأ الرئيسي للشراكة العالمية هو إضافة قيمة إلى عمل الشركاء المكوِّنين. وأما تحديد القيمة المضافة وضمانها فسيكون عن طريق التركيز على:

- تحقيق نتائج استراتيجية وملموسة في الحد من جوع الأطفال ونقص تغذيتهم؛
- الحفاظ على تكاليف المعاملات المنخفضة في الأنشطة المدعومة والمقترحة؛
- رصد أداء المبادرة والإبلاغ عنه وتقييمه تقييماً استراتيجياً بانتظام؛
- التحديد الواضح لأدوار وأولويات كل شريك؛
- التعاون المثمر مع المبادرات المرتبطة بالمبادرة والمكملة لها؛
- الارتباط بجميع الأطراف ذات الاهتمام المشترك على نحو يتسم بالحياد والشفافية؛
- تطبيق مبدأ 'العناصر الثلاثة' لمساندة العمل على المستوى القطري لدعم السياسات والبرامج والنظم والمبادرات الوطنية.

وسوف تساهم الشراكة القائمة بين **البرنامج** ومنظمة اليونيسف التي بدأت في عام 1976 وتوطدت دعائمها أكثر في مايو/أيار 2005 بإبرام مذكرة التفاهم التي تغطي التعاون المرتبط بالمبادرة، وتعليم الأطفال، والأطفال وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، بمواردها التقنية والإدارية وفي مجال الاتصال والدعوة من أجل دعم الشراكة العالمية.

5-1 إدارة الشراكة العالمية

ستتولى أربعة أفرقة رئيسية النهوض بالمبادرة:

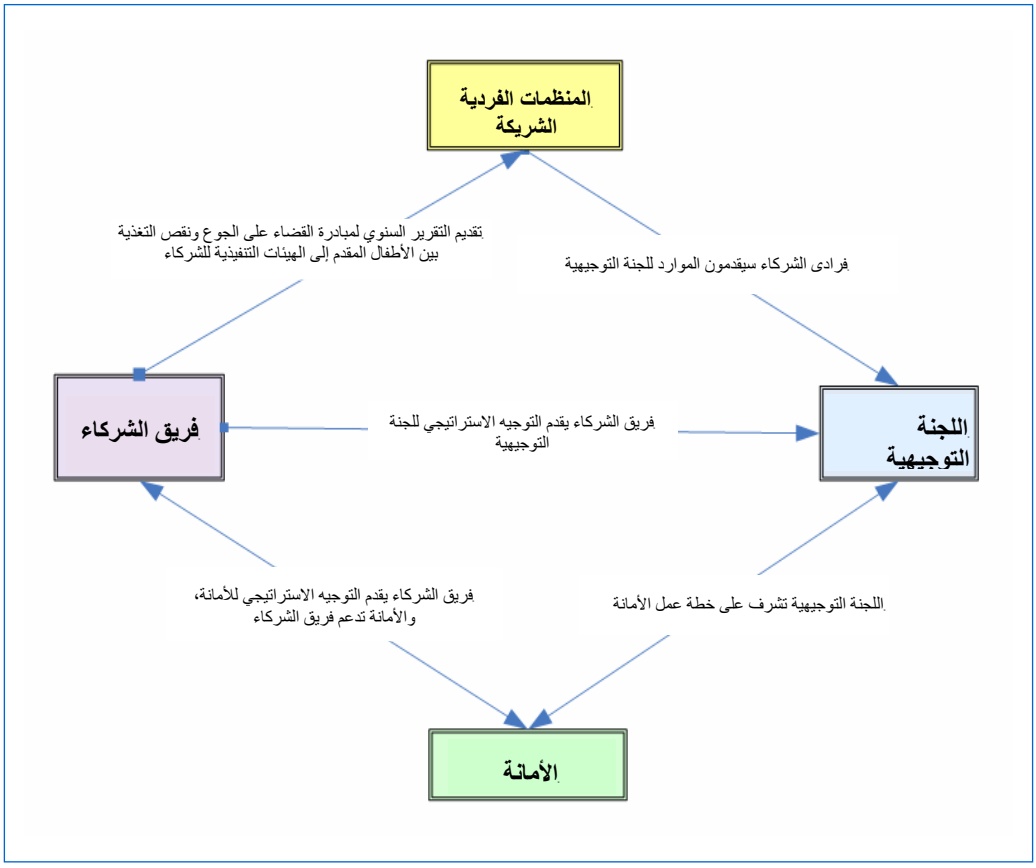
1- **المنظمات الفردية الشريكة** يمكنها الانضمام إلى المبادرة بأن تصبح أعضاء في فريق الشركاء، على أن يتم ذلك في البداية بدعوة من اللجنة التوجيهية. ويسعى الشركاء إلى تعزيز الصلات عبر الأنظمة

والمؤسسات والقطاعات والبلدان لبناء تحالفات وزيادة الاهتمام والتركيز، وتبادل الخبرات، وتعبئة الموارد صوب إنهاء جوع الأطفال ونقص تغذيتهم.

2- **اللجنة التوجيهية** هي "اللجنة التنفيذية" للمبادرة والمسؤولة عن التفويض بتوجيه الموارد نحو تنفيذها. والغرض منها هو تقديم الإشراف والتوجيه العام للمبادرة. وتتولى اللجنة عقد اجتماعات فريق الشركاء وتيسير عمله عن طريق تزويده بأمانة لتقديم الدعم. وخلال المرحلة الاستهلالية التي ستبدأ في عام 2007، ستشرف اللجنة التوجيهية على إنشاء أمانة مشتركة وستدعو إلى انعقاد فريق الشركاء الذي سيشترك رئيسه في اللجنة التوجيهية كعضو دائم.

3- **فريق الشركاء** هو الجهاز الاستشاري المسؤول عن تقديم التوجيه الاستراتيجي الشامل إلى المبادرة على الصعيد العالمي. وسوف يتولى فريق الشركاء إسداء المشورة والتوجيه للجنة التوجيهية حول القضايا الاستراتيجية المرتبطة بالسياسات، وإدارة البرامج، والاتصال من أجل الدعوة وتعبئة الموارد. وفريق الشركاء هو منطلق لدفع الشراكات العالمية المطلوبة لإنهاء جوع الأطفال ونقص تغذيتهم. [وسوف تقوم اللجنة الدائمة للتغذية التابعة لمنظومة الأمم المتحدة بدور الجهاز الاستشاري التقني لفريق الشركاء، وكذلك أمانته، من أجل إسداء المشورة التقنية المعيارية والتوجيه.]

4- وظيفة **الأمانة** هي تنفيذ خطة عملها تحت إشراف اللجنة التوجيهية، والعمل صوب تحقيق الحصائل الأربع الرئيسية المحددة في إطار عالمي للعمل مسترشدة بالتوجيه الاستراتيجي لفريق الشركاء.



الشكل 13- المجموعات والعلاقات الرئيسية للمضي قدما بالمبادرة

2-5 أدوار الشركاء الرئيسيين

ستقوم **وكالات الأمم المتحدة** بالتنسيق والتعبئة من أجل الترويج لجوع الأطفال ونقص تغذيتهم كقضية رئيسية على جدول أعمال السياسات والتمويل وطنيا ودوليا. وأما أدوات هذه التعبئة فهي عمليات الأمم المتحدة للتخطيط على المستوى القطري من أجل دعم الحكومات والشركاء.

وستشارك **المؤسسات المالية الدولية** في صياغة استراتيجيات التنمية الإقليمية والوطنية ووضع الأولويات وخطط العمل المحددة للتصدي لجوع الأطفال ونقص تغذيتهم. وسوف تمول المؤسسات المالية الدولية الإجراءات الفعالة للتصدي للمشكلة بما يتماشى مع تحليل البنك الدولي للحاجة إلى إدخال التغذية في صميم التنمية، وبما يتماشى كذلك مع التحليل القطري وتحديد الأولويات المرتبطة بنقص تغذية الأطفال.

وستؤدي **المنظمات غير الحكومية** أدوارا مهمة في الدعوة (دوليا ووطنيا)، ووضع السياسات، وتقديم الخدمات. وعلى الصعيد الدولي، تشكل المنظمات غير الحكومية أداة قوية للدعوة، وسوف تتواءم على الصعيد الوطني مع جهود المبادرة لتقوية صوت المجتمعات المحلية والمجتمع المدني في الدعوة إلى مكافحة جوع الأطفال. وسوف تقوم المنظمات غير الحكومية وائتلافاتها بدعم صياغة ونشر السياسات الحكومية على الصعيد الوطني، وتقاسم أفضل الممارسات والبحوث التشغيلية حول مناهج التصدي لجوع الأطفال ونقص تغذيتهم. ومن الناحية التشغيلية، ستساعد المنظمات غير الحكومية في بناء قدرات موظفي الحكومات على مختلف المستويات، وبناء قدرات المنظمات المجتمعية في تدخلات أو مناهج معينة، وتقديم الخدمات في البلدان التي توجد فيها حكومات محدودة القدرات.

وستقدم **اللجنة الدائمة للتغذية** المشورة المعيارية والتقنية للمبادرة من أجل تحقيق أهداف القضاء على جوع الأطفال وتغذيتهم على النحو التالي:

- وضع وتنسيق سياسة للتغذية في منظومة الأمم المتحدة؛
- تقديم الدعم التقني للاتصال والدعوة في مجال السياسات؛
- دعم التعاون مع البلدان من أجل النهوض بالأطر العامة لسياسات التغذية التي تدعم أهداف المبادرة؛
- طلب إجراء دراسات الحالة والتقييمات ونشر أفضل الممارسات؛
- تنمية القدرات على تعقب الموارد من خلال النظم الدولية والوطنية التي تركّز على التصدي للتغذية والجوع

وسيوفر الشركاء من **القطاع الخاص** القيادة داخل ذلك القطاع والدعم للجهود الرامية إلى إشراك الشركات العاملة في الأسواق العالمية والإقليمية والوطنية بغية إنهاء جوع الأطفال. وسوف يشمل ذلك رعاية واستضافة الأحداث المتعلقة بإنهاء جوع الأطفال، وإقامة اتصالات ونشر رسائل ومواد ترويجية للنهوض بأهداف المبادرة في قطاع الشركات. كما سيوفر القطاع الخاص القيادة والدعم المرتبطين بمجموعة مركزة من التدخلات. وسيساهم الشركاء من القطاع الخاص على وجه الخصوص في تقديم الخبرة الفنية من أجل تعزيز الحلول المرتبطة تحديدا بجوع الأطفال، والمساعدة على تركيزها ودمجها وتوسيعها حيثما تشتد الحاجة إليها.

وستساهم **المؤسسات الأكاديمية والتقنية العامة** بالخبرة الفنية في تحديث استراتيجيات التدخلات العالمية وتطبيق الحلول الخاصة ببلدان محددة. وسوف تستضيف المؤسسات الأكاديمية وستشارك في اجتماعات للتصدي لتلك الحلول المحددة، إلى جانب الكيانات التقنية الكبرى في القطاع العام (مثل مركز مكافحة الأمراض، وكلية الصحة والطب المداري بلندن، والخبراء الآخرين الذين تحددهم شراكة المبادرة).

وأما **المنظمات الحكومية الوطنية والإقليمية** فستساهم بدور بالغ الأهمية في التوجيه الاستراتيجي الشامل للمبادرة، وفي بناء الشراكات اللازمة لتحقيق نتائجها المزمعة. وسيقوم فريق الشركاء بنفسه وبالاشتراك مع الحكومات المعنية بتحديد طرائق المشاركة الحكومية الوطنية في فريق الشراكة العالمية.

***

6- الملحق الأول: فرقة العمل المعنية بالجوع التابعة لمشروع ألفية الأمم المتحدة

6-1 التوصيات[73]

تخفيض عدد الجوعى إلى النصف: مسألة قابلة للتحقيق

1- الانتقال من الالتزام السياسي إلى العمل

- الدعوة إلى العمل السياسي للوفاء بالاتفاقات الحكومية الدولية للقضاء على الجوع
- تعزيز مساهمات البلدان المانحة والحكومات الوطنية في أنشطة مكافحة الجوع
- تحسين الوعي العام بقضايا الجوع وتعزيز منظمات الدعوة
- تعزيز منظمات البلدان النامية التي تتعامل مع الحد من الفقر والجوع
- تعزيز جمع البيانات الدقيقة ورصدها وتقييمها

2- إصلاح السياسات وتهيئة بيئة مواتية، بما في ذلك:

- تعزيز منهج سياسي متكامل للحد من الجوع
- تمكين النساء والفتيات
- زيادة فعالية البرمجة المرتبطة بالجوع في الوكالات المانحة
- تكوين شراكات فعّالة لكفالة فعالية تنفيذ السياسات والمساهمة في الجهود الرامية إلى:
- بناء قدرة البلدان النامية على تحقيق الهدف المرتبط بالجوع
- الربط بين التدخلات التغذوية والزراعية

3- زيادة الإنتاجية الزراعية للمزارعين الذين يعانون انعدام الأمن الغذائي

4- تحسين تغذية الأشخاص الذين يعانون الجوع والضعف المزمن

- تعزيز تغذية الأمهات والرضع
- الحد من سوء التغذية بين الأطفال دون الخامسة من العمر
- الحد من سوء التغذية بين الأطفال في سن الدراسة وبين المراهقين
- الحد من نقص الفيتامينات والمعادن
- الحد من انتشار الأمراض المعدية التي تساهم في سوء التغذية

5- الحد من التعرض للمخاطر بين الأشخاص الذين يعانون الجوع الحاد من خلال شبكات الأمان الإنتاجية

6- زيادة الدخل وتشجيع الأسواق على العمل من أجل الفقراء

7- استعادة الموارد الطبيعية الأساسية للأمن الغذائي والحفاظ عليها

7- الملحق الثاني: أدوار المجموعات الرئيسية

7-1 فرادى الشركاء

يمكن للمنظمات الانضمام إلى المبادرة بأن تصبح أعضاء في فريق الشركاء، على أن يتم ذلك في البداية بدعوة من اللجنة التوجيهية.

يسعى الشركاء إلى تعزيز الصلات عبر الأنظمة والمؤسسات والقطاعات والبلدان لبناء تحالفات وزيادة الاهتمام والتركيز، وتبادل الخبرات، وتعبئة الموارد صوب إنهاء جوع الأطفال ونقص تغذيتهم.

ويشمل الشركاء مجموعة واسعة من الوكالات والمؤسسات ومنظمات القطاع الخاص والمجتمع المدني وغيرها من المنظمات التي لديها استعداد للمساهمة الموضوعية في المبادرة. كما يمكن للشركاء الذين يلتزمون بأموال وموارد فعلية لتنفيذ المبادرة الانضمام إلى اللجنة التوجيهية.

انظر **الشركاء الرئيسيين** في القسم 5-2 أعلاه.

الشركاء المبادرون

بدأت الشراكة القائمة بين **البرنامج** ومنظمة اليونيسف في عام 1976 وتوطدت دعائمها أكثر في مايو/أيار 2005 بإبرام **مذكرة التفاهم** التي تلزم كلتا الوكالتين "بالقضاء على جوع الأطفال ونقص تغذيتهم" والعمل "حيثما أمكن...على تحسين التغذية في نفس المواقع الجغرافية بغرض تحقيق آثار متآزرة للموارد والأنشطة التكميلية... والهدف من المبادرة هو العمل على وجه السرعة على زيادة الجهود الرامية إلى إيجاد حل لنقص التغذية المستشري على نطاق واسع في جميع أنحاء العالم."

وفي هذا السياق، تسهم اليونيسف **والبرنامج** بمواردهما التقنية والإدارية وفي مجال الاتصالات والدعوة لحفز الشراكة العالمية الواسعة والمتطورة التي تقوم عليها المبادرة.

7-2 اللجنة التوجيهية

اللجنة التوجيهية هي "اللجنة التنفيذية" للمبادرة والمسؤولة عن التفويض بتوجيه الموارد نحو تنفيذها.

والغرض منها هو تقديم الإشراف والتوجيه العام للمبادرة. وتتولى اللجنة عقد اجتماعات فريق الشركاء وتيسير عمله عن طريق تزويده بأمانة لتقديم الدعم.

وتشكل اللجنة التوجيهية القوة الدافعة للمبادرة منذ البداية. وخلال مرحلة هذه المرحلة التحضيرية التي بدأت منذ منتصف عام 2005، تألفت اللجنة من المديرين التنفيذيين للشريكين صاحبي المبادرة، وهما **البرنامج** واليونيسف. وفي سياق التشاور الواسع مع الخبراء، قامت اللجنة خلال تلك الفترة بما يلي:

- وضع **مذكرة المفاهيم** (التي اكتملت في نوفمبر/تشرين الثاني 2005)؛
- تكوين **فرقة عمل مشتركة** وتزويدها بالموارد لتجهيز المبادرة؛
- الدعوة إلى انعقاد ثلاثة **أفرقة عاملة تقنية** لتصميم المبادرة؛

- الإشراف على وضع **إطار عمل عالمي** (هذه الوثيقة)؛
- الدعوة إلى انعقاد فريق استشاري لاستعراض المبادرة؛
- الإشراف على وضع مسودة خطة عمل للمبادرة (سيتم الانتهاء منها في فبراير/شباط 2007)

وخلال المرحلة الاستهلالية التي ستبدأ في عام 2007، ستشرف اللجنة التوجيهية على إنشاء أمانة مشتركة وستدعو إلى انعقاد فريق الشركاء الذي سيشترك رئيسه في اللجنة التوجيهية كعضو دائم. وسيجري توسيع اللجنة لكي تضم أعضاء آخرين من فريق الشركاء ممن يلتزمون بأموال وموارد لتنفيذ المبادرة.

3-7 فريق الشركاء

فريق الشركاء هو الجهاز الاستشاري المسؤول عن تقديم التوجيه الاستراتيجي الشامل إلى المبادرة على الصعيد العالمي.

وسوف يتولى فريق الشركاء إسداء المشورة والتوجيه للجنة التوجيهية حول القضايا الاستراتيجية المرتبطة بالسياسات، وإدارة البرامج، والاتصال من أجل الدعوة وتعبئة الموارد. وستقوم اللجنة بتحديد خطة عملها العالمية السنوية لتحقيق نتائج على أساس إطار العمل (خاصة **الحصائل الرئيسية الأربع**، و**مصفوفة النتائج**).

ومن المتوقع أن يجتمع فريق الشركاء على الأقل مرة واحدة سنويا اعتبارا من عام 2007، وستقدم إلى أعضائه المؤسسين تقريرا سنويا عن التقدم الذي تحرزه المبادرة. وسوف تدعم الأمانة خطة عمل فريق الشركاء (انظر الصفحة 54) وستعمل اللجنة الدائمة للتغذية التابعة لمنظومة الأمم المتحدة كجهاز استشاري له بشأن القضايا المرتبطة بالغذاء والتغذية.

وفريق الشركاء هو المنطلق الذي سيمضي قدما بالمبادرات العالمية المطلوبة لإنهاء جوع الأطفال ونقص تغذيتهم. وسوف يقدم فريق الشركاء مساهمات واسعة وسيكفل ملكية الحكومات الوطنية للمبادرة، بدعم من الهيئات والمؤسسات الإقليمية والدولية، والمنظمات غير الحكومية، والقطاع الخاص، والكيانات المهنية والتقنية والأكاديمية وكيانات المجتمع المدني.

وسيقوم فريق الشركاء بنفسه وبالاشتراك مع الحكومات المعنية بتحديد طرائق المشاركة الحكومية الوطنية في مجموعة الشراكة العالمية.

ولا توجد أي قيود محددة على عدد الشركاء؛ وإن كان عليها جميعا الوفاء بمعايير أساسية تشمل ما يلي:

- المشاركة النشطة في المبادرة و/أو دعمها بالموارد؛
- القيادة المعترف بها في مجال معين ذي صلة بجوع الأطفال ونقص تغذيتهم؛
- الاهتمام بالعمل مع الشركاء لوضع نهج مشتركة للدعوة؛
- الاتفاق على الدعوة لمجموعة من نقاط الاتفاق المشتركة والرسائل الرئيسية عن جوع الأطفال ونقص تغذيتهم كما هو محدد في إطار عالمي للعمل.

وسيتولى رئيس المجموعة الدعوة إلى عقد اجتماعات دورية مع اللجنة التوجيهية وأمانة المبادرة (مرتان سنويا على سبيل المثال) ومع الشركاء الرئيسيين/القادة/المنسقين (مرة واحدة سنويا على سبيل المثال) ومع فريق الشركاء بكامل هيئته (مرتين سنويا على سبيل المثال). كما سيبذل رئيس الفريق جهودا نشطة للدعوة إلى مبادرة القضاء على الجوع ونقص التغذية بين الأطفال، وأهدافها، وجهود الشراكة.

وسيعيّن نائبان لرئيس فريق الشركاء، أحدهما من القطاع الخاص، والآخر من قطاع المنظمات غير الحكومية. وسيتمثل دورهما في تيسير الاتصالات بالهيئات/الشبكات الإقليمية والدولية حول جوع الأطفال ونقص تغذيتهم؛ وتكوين وإدارة الأفرقة العاملة المطلوبة لتطوير مجالات مواضيعية معينة أو غيرها من جوانب خطة العمل العالمية، وتيسير الاتصال والتنسيق بين الأفرقة العاملة.

وسيقوم **الشركاء الرئيسيون** بوضع استراتيجيات بشأن دور جميع الشركاء المعنيين في مجالات خبرتهم المحددة. وسيتولى الشركاء الرئيسيون في البداية المضي بشراكة المبادرة قدما في أربعة مجالات عريضة، هي:

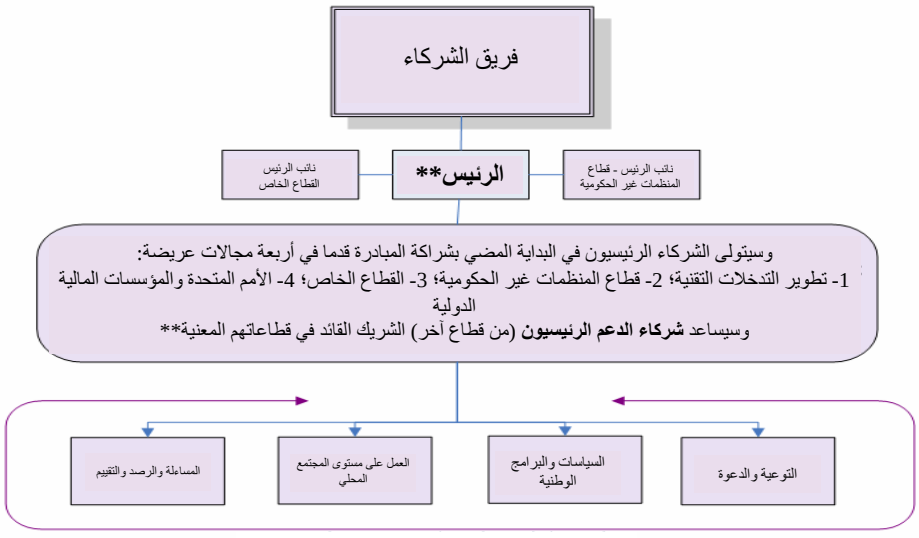
1- تطوير التدخلات التقنية؛

2- قطاع المنظمات غير الحكومية؛

3- القطاع الخاص؛

4- الأمم المتحدة والمؤسسات المالية الدولية.

كما سيعمل كل شريك رئيسي كمساند رئيسي لأحد الشركاء الرئيسيين الآخرين على غرار نموذج شراكة المبادرة العالمية للقضاء على شلل الأطفال.



الحصائل الأربع الرئيسية

***

4-7 الأمانة

وظيفة **الأمانة** هي تنفيذ خطة عملها تحت إشراف اللجنة التوجيهية، والعمل صوب تحقيق الحصائل الأربع الرئيسية المحددة في إطار عالمي للعمل مسترشدة بالتوجيه الاستراتيجي لفريق الشركاء. وسيقوم فريق تنفيذ مشترك صغير يضم في البداية موظفين من **البرنامج** واليونيسف بدعم المبادرة وخدمة كل من اللجنة التوجيهية وفريق الشركاء.

وتشمل أهم مسؤوليات الأمانة ما يلي:

- تنفيذ خطة عملها المعتمدة؛
- دعم الدعوة الرفيعة المستوى (المديرون التنفيذيون، والأمين العام، وغيرهم)؛
- تنمية الشراكات (بما في ذلك دعم فريق الشركاء)؛
- تنسيق السياسات (بما في ذلك دعم اللجنة التوجيهية)؛
- تحديث ورصد إطار عالمي للعمل وخطط العمل؛
- الوثائق المتعلقة بأفضل الممارسات و"أساليب العمل"
- الخطوط التوجيهية السياساتية المشتركة؛
- تكوين وإدارة شراكات استراتيجية؛
- وضع نهج مجتمعية؛
- إقامة وتنفيذ اتصالات لاستراتيجية الدعوة؛
- إنشاء وإدارة موارد معلومات عن المبادرة على شبكة الإنترنت (موقع شبكي مستقل)
- تحديد التكاليف وتتبع الموارد.

***

8- الحواشي

(1) مؤتمر قمة الألفية، سبتمبر/أيلول 2000. أقر خبراء من أمانة الأمم المتحدة، وصندوق النقد الدولي، ومنظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، والبنك الدولي بتوافق الآراء إطاراً يضم 8 أهداف، و18 غاية، و48 مؤشراً لقياس التقدم المحرز صوب تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية. ويرتبط كل مؤشر بمجموعة بيانات وكذلك بمجموعة أساسية مرتبطة بالغاية المعنية. ويمكن الرجوع إلى هذا الموقع www.unmillenniumproject.org لمزيد من المعلومات.

(2) Black, R., S. Morris and J. Bryce (2003). "Where and why are 10 million children dying every year?" The Lancet 361: 2226-34.

(3) Adapted from: “Strategy for Improved Nutrition of Children and Women in Developing Countries.” New York: UNICEF, 1990.

(4) Caulfield LE, de Onis M., Blössner M. and Black RE (2004). “Undernutrition as an underlying cause of child deaths associated with diarrhoea, pneumonia, malaria, and measles”. Am. J. Clin. Nutr. 80(1): 193-198.

(5) World Bank. *Repositioning Nutrition as Central to Development: A Strategy for Large-Scale Action*. Washington, 2006.

(6) Commission on the Nutrition Challenges of the 21st Century. 2000. Ending Malnutrition by 2020: an agenda for change. Geneva: SCN Secretariat.

(7) نقلت الرسوم بتصرف عن تقرير *التقدم من أجل الأطفال*، العدد 4، مايو/أيار 2006، منظمة اليونيسف، نيويورك، 2006.

(8) قام بتجميعها برنامج الأغذية العالمي من جداول نشرت للمرة الأولى في تقرير حالة الأطفال في العالم 2006، منظمة اليونيسف، نيويورك، 2006. برنامج الأغذية العالمي، روما، 2006.

(9) Adapted from Monitoring the Situation of Women & Children, published online at www.childinfo.org, accessed July 4, 2006. UNICEF, New York, 2006.
URL: http://www.childinfo.org/areas/childmortality/u5data.php

(10) منظمة الأغذية والزراعة. حالة انعدام الأمن الغذائي في العالم 2005. http://www.fao.org/docrep/008/a0200e/a0200e00.htm

(11) Kachondham,Y, Winchagoon, P and Tontisirin, K. "Nutrition and health in Thailand: Trends and Action". SCN country case study. 1992.

(12) Heaver, R. "Thailand's Nutrition Program--lessons in management and capacity development". HNP Discussion Paper. World Bank, 2002.

(13) Kachondham,Y, Winchagoon, P and Tontisirin, K. "Nutrition and health in Thailand: Trends and Action". SCN country case study. 1992.

(14) Levinson, J.L, J.Barney, L.Bassett and W.Schultink. “Generating further reductions of child malnutrition in India’s BIMARU States: What are the options now?” 2005. http://nutrition.tufts.edu/academic/fpan/

(15) Heaver, R. (2003) “India’s Tamil Nadu Nutrition Program: Lessons and Issues in Management and Capacity Development”. World Bank, Washington D.C.

http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/Heaver-IndiasTamil-whole.pdf

(16) Ibid.

(17) Dolan, C. and J. Levinson (2000) “Will we ever get back? The derailing of Tanzanian Nutrition in 1990’s”. Tufts Nutrition Discussion Papers.

(18) Monteiro, C.A, D’A. Benicio, R. Lunes, N. Gouveia, J. Taddei and M. Cardoso. “Nutritional status of Brazilian children: trends from 1975 to 1989.

2000 trends were obtained from the World Bank.

(19) اللجنة الدائمة للتغذية: http://www.unsystem.org/SCN/archives/rwns94update/ch06.htm

(20) World Bank, Repositioning Nutrition (page ix).

(21) Black R., S. Morris, and J. Bryce (2003) "Where and why are 10 million children dying every year?" The Lancet 361: 2226-34.

(22) Donald A. P. Bundy, Sheldon Shaeffer, Matthew Jukes, Kathleen Beegle, Amaya Gillespie, Lesley Drake, Seung–hee Frances Lee, Anna–Maria Hoffman, Jack Jones, Arlene Mitchell, Delia Barcelona, Balla Camara, Chuck Golmar, Lorenzo Savioli, Malick Sembene, Tsutomu Takeuchi, and Cream Wright, "School–Based Health and Nutrition Programs." 2006. Disease Control Priorities in Developing Countries (2nd Edition),ed. , 1,091-1,108. New York: Oxford University Press. Chapter 58. www.dcp2.org.

(23) جميع التكاليف التقديرية بدولار الولايات المتحدة.

24 Penny ME, Creed-Kanashiro HM, Robert RC, Narro MR, Caulfield LE, Black RE. "Effectiveness of an educational intervention delivered through the health services to improve nutrition in young children: a cluster-randomised controlled trial." Lancet. 2005 May 28-Jun 3; 365 (9474): 1863-72.

(25) مؤشر الأمهات. منظمة إنقاذ الأطفال.

(26) Black R., S. Morris, and J. Bryce (2003) "Where and why are 10 million children dying every year?" The Lancet 361: 2226-34.

(27) Ibid.

(28) Montgomery DL, Splett PL, Sarper N. The economic benefit of breastfeeding and infant enrolled in the WIC program. Final report. 1995.

(29) Riordan JM. "The cost of not breastfeeding: a commentary." J Hum Lact 13 (1997):93-97.

(30) Drane D. "Breastfeeding and formula feeding: a preliminary economic analysis." Breastfeeding Review 5 (1997):7-15.

(31) WABA. Action Folder '98. Breastfeeding: The best investment. World Alliance for Breastfeeding Action. 1998.

(32) Waters, H, M. Penny, et al. "The cost-effectiveness of a child nutrition programme in Peru", Health Policy and Planning 2006 21(4):257-264.

(33) Melville B, Fidler T, Mehan D, Bernard E, Mullings J. "Growth Monitoring: The role of community health volunteers". Public Health 1995 Mar;109(2):111-6.

Fiedler, J. "A cost analysis of the Honduras Community Based Integrated Child Care Program." World Bank 2003.

34 Maxwell, D, Levin, C, Csete J. Does urban agriculture help prevent malnutrition? Evidence from Kampala. Food Policy 1998; 23:411-24.

35 Sridar, Devi and Duffield, Arabella. "A review of the impact of cash transfer programmes on child nutritional status and some implications for Save the Children UK programmes". October 2006.

(36) Kramer MS. Balanced protein/energy supplementation in pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 4, 2001. Oxford: Update Software.

(37) Schroeder, Dirk G, Martorell, Reynaldo, Rivera, Juan A, Ruel, Marie T, Habicht, Jean-Pierre (1995) "Age Differences in the Impact of Nutritional Supplementation." The Journal of Nutrition. Bethesda Vol. 125(4): 1051.

(38) Sguassero Y, de Onis M, Carroli G. Community-based supplementary feeding for promoting the growth of young children in developing countries. In: The Cochrane Library, 2006. Oxford. Abstract available from: http://www.cochrane.org/reviews/en/ab005039.html.

(39) www.gainhealth.org

(40) Ramakrishnan U. Nutrition and low birth weight: from research to practice. *American Journal of Clinical Nutrition*, Vol 79, No. 1, 17-21, January 2004.

Christian P, Khatry SK, Katz J, Pradhan EK, LeClerq SC, Shrestha SR, Adhikari RK, Sommer A, West KP Jr. (2003) "Effects of alternative micronutrient supplements on low birth weight in rural Nepal: double blind randomised community trial" *BMJ*. Mar 15; 326(7389):571.

(41) Laura E. Caulfield, Stephanie A. Richard, Juan A. Rivera, Philip Musgrove, and Robert E. Black, "Stunting, Wasting, and Micronutrient Deficiency Disorders." 2006. Disease Control Priorities in Developing Countries (2nd Edition),ed. , 551-568. New York: Oxford University Press. Chpt-28.

(42) Black R.,S. Morris, and J. Bryce (2003) "Where and why are 10 million children dying every year?" The Lancet 361: 2226-34.

(43) www.gainhealth.org

(44) Junshi Chen in Iron Fortification: Country Level Experiences and Lessons Learned, American Society for Nutritional Sciences, 2002. www.gainhealth.org

(45) Horton, Susan. 1993. "Cost analysis of feeding and food subsidy programmes." Food Policy 18(3): 192-99. Mason, John B., Joseph Hunt, David Parker, and Urban Johnson. 2001. "Improving child nutrition in Asia." Manila: Asian Development Bank. ADB Nutrition and Development Series 3. Figures obtained from "Repositioning nutrition as central to development". World Bank 2005.

(46) Laura E. Caulfield, Stephanie A. Richard, Juan A. Rivera, Philip Musgrove, and Robert E. Black, "Stunting, Wasting, and Micronutrient Deficiency Disorders." 2006. Disease Control Priorities in Developing Countries (2nd Edition),ed. , 551-568. New York: Oxford University Press. Chpt-28.

(47) نفس المرجع السابق.

(48) World Bank, 1994. *Enriching Lives: Overcoming Vitamin and Mineral Malnutrition in Developing Countries*

(49) Behrman JR, Alderman H and Hoddinott. 2004. Copenhagen Consensus – Challenges and Opportunity: Hunger and Malnutrition.

(50) Ibid

(51) Ibid. Luby et al, 2004; Quick et al 1999, 2002; Semenza et al 2000.

(52) Sandy Cairncross and Vivian Valdmanis, "Water Supply, Sanitation, and Hygiene Promotion." 2006. Disease Control Priorities in Developing Countries (2nd Edition),ed. , 771-792. New York: Oxford University Press. Chpt-41.

(53) Curtis, V and Cairncross, S. (2003) "Effect of washing hands with soap on diarrhea risk in the community: a systematic review". The Lancet Infectious Diseases. 3: 275-281.

(54) Ibid.

(55) Curtis, V and Cairncross, S. (2003) "Effect of washing hands with soap on diarrhea risk in the community: a systematic review". The Lancet Infectious Diseases. 3: 275-281.

(56) Peter J. Hotez, Donald A. P. Bundy, Kathleen Beegle, Simon Brooker, Lesley Drake, Nilanthi de Silva, Antonio Montresor, Dirk Engels, Matthew Jukes, Lester Chitsulo, Jeffrey Chow, Ramanan Laxminarayan, Catherine M. Michaud, Jeff Bethony, Rodrigo Correa–Oliveira, Xiao Shu–Hua, Alan Fenwick, and Lorenzo Savioli, "Helminth Infections: Soil–Transmitted Helminth Infections and Schistosomiasis." 2006. Disease Control Priorities in Developing Countries (2nd Edition),ed. , 467-482. New York: Oxford University Press. Chpt-24.

(57) حسبت التكاليف التقديرية للأطفال المحتاجين إلى العلاج مرتين سنويا. نفس المرجع السابق.

(58) Stevens, W, V. Wiseman et al., "The costs and effects of a nationwide insecticide-treated net programme: the case of Malawi". Malaria Journal. 2005 http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1142337

(59) برنامج الأغذية العالمي، روما، 2006.

(60) The Fifth Report on the World Nutrition Situation: Nutrition for Improved Development Outcomes, United Nations System Standing Committee on Nutrition, 2004.

تشير تقديرات التقرير السنوي لمنظمة الأغذية والزراعة عن الجوع بعنوان "حالة انعدام الأمن الغذائي في العالم 2004" إلى أن تكاليف عدم اتخاذ أي إجراءات تبلغ 30 مليار دولار أمريكي.

(61) Söderlund N., J. Lavis, J. Broomberg & A. Mills (1993), "The costs of HIV prevention strategies in developing countries". Bulletin of the World Health Organization, 71 (5):595-604, World Health Organization. Baltussen R., K. Floyd & C. Dye, "Cost effectiveness analysis of strategies for tuberculosis control in developing countries", BMJ 2005 Dec 10; 331 (7529):1364.

(62) برنامج الأغذية العالمي، 2006.

(63) برنامج الأغذية العالمي، 2006.

(64) Kamatsuchi, Mahoko, 'Disparities in LAC: Rapid Nutritional Assessment', UNICEF Regional Office for Latin America and the Caribbean, Panama, 2000

(65) ORC-Macro 2004; national Human Development Reports, 1990–2002; UNICEF 2002, 2003b, 2004; CIESIN 2004; UN Population Division 2002. First published in UN Millennium Project 2005. *Halving Hunger: It Can Be Done. Task Force on Hunger.*

(66) ORC-Macro 2004; African Nutrition Database Initiative; UNICEF 2002, 2003b, 2004; CIESIN 2004; UN Population Division 2002. Published in UN Millennium Project 2005. *Halving Hunger: It Can Be Done. Task Force on Hunger*.

(67) Rainer Gross, Patrick Webb Wasting time for wasted children: severe child undernutrition must be resolved in non-emergency settings. The Lancet Vol 367 April 8, 2006.

(68) ORC-Macro 2004; national Human Development Reports, 1990–2002; UNICEF 2002, 2003b, 2004; CIESIN 2004; UN Population Division 2002. First published in UN Millennium Project 2005. Halving Hunger: It Can Be Done. Task Force on Hunger.

(69) World Food Programme, 2006. "Child Hunger and Nutrition in Poverty Reduction Strategies. An analytical study for the Ending Child Hunger and Undernutrition Initiative (ECHUI)". World Food Programme, Rome, 2006.

(70) Adapted from: "Strategy for Improved Nutrition of Children and Women in Developing Countries." New York: UNICEF, 1990.

(71) Grootaert, Christiaan (1997) "Social Capital: The Missing Link?" in Expanding the Measure of Wealth: Indicators of Environmentally Sustainable Development. The World Bank. Washington, D.C.

(72) برنامج الأغذية العالمي، 2006.

(73) UN Millennium Project 2005. Halving Hunger: It Can Be Done. Task Force on Hunger.

P-EB12007-7317A