برنامج الأغذية العالمي
Programme Alimentaire Mondial
World Food Programme
Programa Mundial de Alimentos

المجلس التنفيذي
الدورة العادية الثانية

روما، 7 - 2005/11/11

المشروعات المقدمة للمجلس التنفيذي لإقرارها

البند 8 من جدول الأعمال

العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش- غواتيمالا 10457.0

الإنعاش والوقاية من سوء التغذية لصالح الفئات الضعيفة	
عدد المستفيدين:	576 930
مدة المشروع:	ثلاث سنوات (التاريخ المزمع للبدء في المشروع: 1 ديسمبر/كانون الأول 2005)
كمية الأغذية المقدمة من **البرنامج**:	28 857 طنا متريا
التكاليف (بدولار الولايات المتحدة الأمريكية)	
مجموع تكاليف الأغذية:	20 235 000
مجموع التكاليف التي يتحملها **البرنامج**:	27 445 337

A

Distribution: GENERAL
WFP/EB.2/2005/8-B/3
19 October 2005
ORIGINAL: ENGLISH

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)

مذكرة للمجلس التنفيذي

الوثيقة المرفقة مقدمة للمجلس التنفيذي للإقرار

تدعو الأمانة أعضاء المجلس الذين يرغبون في إبداء بعض الملاحظات أو لديهم استفسارات تتعلق بمحتوى هذه الوثيقة إلى الاتصال بموظفي برنامج الأغذية العالمي المذكورين أدناه، ويفضل أن يتم ذلك قبل ابتداء دورة المجلس التنفيذي بفترة كافية.

مدير المكتب الإقليمي لأمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي (ODPC):	Mr P. Medrano	رقم الهاتف: 066513-2323
كبير موظفي الاتصال (ODPC):	Ms S. Izzi	رقم الهاتف: 066513-2207

الرجاء الاتصال بالسيدة C. Panlilio، المشرفة على وحدة التوزيع وخدمات الاجتماعات، إن كانت لديكم استفسارات تتعلق بإرسال الوثائق المتعلقة بأعمال المجلس التنفيذي وذلك على الهاتف رقم: (066513-2645).

ملخص

يعاني 49.3 في المائة من الأطفال دون الخامسة من العمر في غواتيمالا من سوء التغذية المزمن (الطول مقابل العمر أو التقزُّم)؛ وهو ما يمثل سادس أعلى معدل لانتشار سوء التغذية المزمن في العالم وأعلى معدل في أمريكا اللاتينية والكاريبي؛ وتصل نسبة الأطفال الذين يولدون ناقصي الوزن إلى 12 في المائة، ويعاني 50 في المائة من الأطفال من سوء التغذية المزمن في الثالثة من العمر. وتتركز المشكلة في المناطق الريفية وبين السكان الأصليين؛ ويبلغ معدل سوء التغذية المزمن 69.5 في المائة مقارنة بما نسبته 35.7 في المائة في مناطق السكان غير الأصليين.

وتتعرض غواتيمالا لموجات جفاف وفيضانات تؤثر على أشد قطاعات السكان ضعفاً. كما تضررت غواتيمالا من جراء أزمة البن التي تركت آثاراً واسعة على الأمن الغذائي. وتنطوي هذه العوامل على أهمية خاصة لبلد يشهد تفاوتا واسعا في الدخل والظروف الاجتماعية حيث يعاني معظم الأطفال الرُضّع من سوء التغذية ويتعرضون بشدة لخطر الاعتلال والوفاة.

وفي يونيو/ حزيران 2005، كشف تقدير مشتَرك للأمن الغذائي والتغذية أجراه **البرنامج** ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) والحكومة أن هذه الصدمات المناخية والاقتصادية المتضافرة أعاقت الأسر عن استعادة سُبُل معيشتها ورفاهها التغذوي.

وتأتي هذه العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش استجابة لتلك الاستنتاجات. وسوف تساعد هذه العملية على إنقاذ الأرواح من خلال التغذية التكميلية والعلاجية، وستكافح سوء التغذية المزمن من خلال التصدي للعديد من أسبابه الكامنة في المناطق المستهدفة، بما في ذلك (1) ضيق فرص الحصول على كميات كافية ونوعيات ملائمة من الغذاء؛ (2) عدم ملاءمة ممارسات الفطام والرعاية والصحة؛ (3) السيطرة المحدودة للنساء على موارد المجتمع المحلي. وسوف تنفَّذ العملية من خلال هياكل الرعاية الصحية الأساسية التابعة لوزارة الصحة بالشراكة مع **البرنامج**، ومنظمة الصحة العالمية/ منظمة الصحة العالمية للبلدان الأمريكية، ومنظمة اليونيسيف. وسوف تشكّل الأنشطة المنفذة في إطار هذه العملية جزءاً من جهود البرمجة المشتركة بين **البرنامج** ومنظمة اليونيسيف في غواتيمالا.

وتدعم هذه العملية استراتيجيات الحكومة للحد من الجوع؛ وتتماشى مع الهدفين الاستراتيجيين **للبرنامج** 1 و3، كما تتماشى مع التقييم القطري الموحد/ إطار عمل الأمم المتحدة للمساعدة الإنمائية للفترة من عام 2005 إلى عام 2008، ومع الالتزامات المعززة تجاه النساء.

مشروع القرار*

يقر المجلس العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش- غواتيمالا 10457.0 "الإنعاش والوقاية من سوء التغذية لصالح الفئات الضعيفة" (WEP/EB.2/2005/8-B/3).

* هذا مشروع قرار، وللإطلاع على القرار النهائي الذي اعتمده المجلس، يرجى الرجوع إلى وثيقة القرارات والتوصيات الصادرة في نهاية الدورة.

تحليل الأوضاع

1- في عام 2000، كان 56 في المائة من سكان غواتيمالا، أي 6.4 مليون نسمة، يعيشون في حالة من الفقر، وكان منهم 16 في المائة يرزحون تحت وطأة الفقر المدقع. ويبدو أن الأوضاع قد تدهورت حيث ارتفعت معدلات الفقر المدقع إلى 22 في المائة في عام 2002[1]، وبلغت معدلات الإصابة بسوء التغذية المزمن في تلك السنة (الطول مقابل العمر أو التقزُّم) بين الأطفال دون الخامسة من العمر 49.3 في المائة، وهي سادس أعلى نسبة في العالم وأعلى نسبة في إقليم أمريكا اللاتينية والكاريبي. وفي ظل المعدلات الحالية للتقدُّم، تواجه غواتيمالا تحديات في تحقيق العنصر الثاني للهدف الإنمائي الأول للألفية[2].

2- ويشهد البلد واحداً من أعلى معدلات تفاوت الدخل في العالم، حيث يبلغ 48.3 (مؤشر جيني لعام 2004). وتعاني فئات السكان الأصليين التي تمثل 42.8 في المائة من السكان أشد درجات عدم المساواة. ويعاني 72 في المائة من هؤلاء السكان الأصليين من الفقر مقارنة بما نسبته 44 في المائة بين السكان غير الأصليين[3]. ويوجد تفاوت كبير بين المناطق الحضرية والريفية. ويتركز سوء التغذية الحاد والمزمن في المناطق الريفية وبين السكان الأصليين حيث تبلغ المعدلات 69.5 في المائة بين الأطفال دون الخامسة من العمر مقارنة بما نسبته 35.7 في المائة في مناطق السكان غير الأصليين.

الجدول 1: النسبة المئوية للإصابة بسوء التغذية المزمن بين الأطفال دون الخامسة من العمر

	1987	1995	1998/1999	2002
المناطق الحضرية	41.2	35.3	32.4	36.5
المناطق الريفية	62.1	56.6	54.4	55.5
السكان الأصليون	71.7	67.8	67.3	69.5
السكان غير الأصليين	48.2	36.7	34.1	35.7

المسح الوطني لصحة الأمهات والأطفال: 1987-2002.

3- وتنتشر الصدمات الاقتصادية وموجات الجفاف والفيضانات المتكررة في غواتيمالا. وينطوي هذا الوضع على أهمية خاصة لبلد تتسع فيه أوجه التفاوت في الدخل والظروف الاجتماعية حيث يعاني بالفعل معظم الأطفال الرُضّع من سوء التغذية ويتعرضون للمخاطر التغذوية.

4- وساهم على وجه الخصوص نوعان من الصدمات في تردي الأمن الغذائي فيما بين عامي 2002 و2005، وهما التقلبات المناخية والهبوط في أسعار البن العالمية. وفي مطلع عام 2002 شرع **البرنامج** في عملية طوارئ استجابة لحالة الطوارئ التغذوية التي أسفرت عنها موجة الجفاف الممتدة. وكشفت حالة الطوارئ عن السرعة التي يمكن بها لظاهرة طبيعية أن تجعل من حالة من انعدام الأمن الغذائي المزمن خطرا يهدد حياة الأسر الفقيرة والمهمشة والتي تعاني انعدام الأمن الغذائي. وأثناء أزمة أسعار البن، كان العمال الأجراء المعدمين من بين أشد المتضررين من عمليات الاستغناء عن العمال وتقليص التكاليف، مما أثر سلباً على الأمن الغذائي الأسري؛ وأثر ذلك بشكل خاص على الوضع التغذوي لصغار الأطفال والأمهات الحوامل والمرضعات.

5- وكشفت استنتاجات التقدير المشتَرك للأمن الغذائي والتغذية الذي قام بإجرائه **البرنامج** بالتعاون مع أمانة رئاسة الأمن الغذائي والتغذوي، ووزارة الصحة، وصندوق الاستثمار الاجتماعي، ومنظمة اليونيسيف أن هذه الصدمات حالت دون استعادة الأسر لسُبل معيشتها ورفاهها التغذوي. وفي بعض المناطق، تفاقمت معدلات الإصابة بسوء التغذية المزمن منذ مطلع عام 2002.

---

(1) Krznaric, R. 2005. *The Limits on Pro-Poor Agricultural Trade in Guatemala: Land, Labor, and Political Power*. New York, UNDP Human Development Report Occasional Paper.

(2) وفقاً للأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة بالجوع والفقر، لا بد من تخفيض سوء التغذية العالمي بمقدار 50 في المائة بحلول عام 2015 (من 33.5 في المائة [المسح الوطني لصحة الأمهات والأطفال لعام 1987] إلى 17 في المائة)، بما متوسطه 1.1 في المائة سنوياً، وتخفيض معدلات الإصابة بسوء التغذية المزمن من 57.9 في المائة (المسح الوطني لصحة الأمهات والأطفال لعام 1987) إلى 23.2 في المائة، أي بما متوسطه 2.3 في المائة سنوياً. المسح الوطني لصحة الأمهات والأطفال. 2001.

(3) انظر الحاشية 1.

6- وأشار تقدير الاحتياجات إلى وجود صلة بين سوء التغذية والافتقار إلى سُبل الوصول إلى كميات كافية ونوعيات ملائمة من الأغذية بالإضافة إلى الوقوع في شرك المرض. ويتجلى ذلك من خلال ارتفاع مستويات سوء التغذية المزمن التي تصل إلى 88 في المائة في بعض المجتمعات المحلية الأصلية الريفية في كثير من المناطق التي لا يتاح فيها لنسبة كبيرة من السكان الحصول على سلة الأغذية الأساسية.

7- ويرتبط كذلك سوء التغذية بالافتقار إلى المعرفة بالتغذية والصحة بين مقدمي الرعاية، مما يسفر عن عدم كفاية تغذية صغار الأطفال وعدم ملاءمة ممارسات النظافة العامة والصحة. وهناك عامل مهم آخر يتمثل في ضيق فرص وصول النساء إلى التعليم والقيود على مشاركتهن في اتخاذ القرارات المتعلقة باستعمال الموارد.

8- وأعاد التقدير تأكيده بأن مخاطر سوء التغذية الحاد ترتفع بوجه خاص خلال فترات القحط الموسمية التي تمتد من أبريل/نيسان حتى أغسطس/آب. ويُعدّ التنوع الغذائي محدوداً خاصة في الحبوب الأساسية والملح والبقول. وينخفض الاستهلاك انخفاضاً شديداً خلال فترة القحط، وتستنفد الأسر في كثير من الأحيان احتياطياتها من الأغذية والأصول الحيوانية بسبب عدم امتلاكها ما يكفيها من الغذاء.

9- ويتعرض الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و36 شهراً على وجه الخصوص لحالات نقص الأغذية التي يمكن أن تلحق أضراراً لا يمكن علاجها في تطورهم الإدراكي والجسماني. ويشير المسح الوطني لصحة الأمهات والأطفال لعام 2002 إلى أن نصف الأطفال البالغ عددهم 1.5 مليون طفل ممن بلغت أعمارهم 36 شهراً يعانون من سوء التغذية المزمن.

10- ويعتبر أطفال غواتيمالا أثناء شهور حياتهم الأولى أقصر قامة بالفعل عن السكان المرجعيين بما مقداره انحراف معياري واحدٍ؛ وتبلغ نسبة الأطفال الذين يولدون ناقصي الوزن 12 في المائة. ولا يعتمد سوى 40 في المائة من الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 6 أشهر على الرضاعة الطبيعية وحدها، وتفتقر الأسر إلى سُبل الحصول على الأغذية الملائمة الغنية بالطاقة/ العناصر الغذائية النزرة لأطفالها الصغار. وتشير المسوح الرسمية إلى أن الأسر بدأت في تقديم السوائل المنخفضة الجودة، مثل الماء المحلى بالسكر في ظروف صحية غير ملائمة خلال الأشهر الثلاثة الأولى من العمر وهي المرحلة التي تتسم فيها الأغذية الغنية بالعناصر الغذائية النزرة بأهمية حاسمة في النمو المبكر للأطفال.

الجدول 2: مؤشرات سوء التغذية بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و36 شهراً

النسبة المئوية للأطفال المصابين بسوء التغذية الحاد (الوزن مقابل الطول أقل من -2 وفقا لدرجات Z)	النسبة المئوية للأطفال المصابين بسوء التغذية العام (الوزن مقابل العمر أقل من -2 وفقا لدرجات Z)	النسبة المئوية للأطفال المصابين بسوء التغذية المزمن (الطول مقابل العمر أقل من -2 وفقا لدرجات Z)	
			الفئة العمرية
2.3	16.2	31.0	11-6 شهراً
3.7	30.2	57.1	23-12 شهراً
1.5	25.9	49.2	35-24 شهراً

نقلاً عن المسح الوطني لصحة الأمهات والأطفال. 1987-2002.

11- وتنتشر حالات نقص العناصر الغذائية النزرة التي تحتوي على اليود والحديد وفيتامين ألف في غواتيمالا. ولا يحتوي سوى 65 في المائة من الملح الذي تستهلكه الأسر على نسبة اليود الملائمة التي تبلغ 15 جزءا في المليون. ويؤثر فقر الدم الناجم عن نقص الحديد على 65.3 في المائة من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و 11 شهراً[4]، و22 في المائة من الأمهات الحوامل، و 20 في المائة من النساء في سن الإنجاب. ويتضرر السكان في المناطق الريفية ومناطق السكان الأصليين بشكل غير متناسب. ويؤثر نقص فيتامين ألف على 18.5 في المائة من الأطفال دون الخامسة من العمر.

12- وتقصر تدخلات الصحة العامة عن مساعدة صغار الأطفال المتضررين من حالات نقص العناصر الغذائية الكبيرة والنزرة، لاسيما الأطفال الذين يعيشون في المناطق المهمشة.

[4] المسح الوطني لصحة الأمهات والأطفال، 2002.

سياسات وقدرات وإجراءات الحكومة والجهات الأخرى

سياسات الحكومة وقدراتها وإجراءاتها

13- أعلنت الحكومة الجديدة في أعقاب توليها السلطة في 14 يناير/كانون الأول 2004 عن إطار استراتيجي بالتراضي لمكافحة الجوع وانعدام الأمن الغذائي. وفي مايو/أيار 2005، تم وضع قانون للأمن الغذائي والتغذية، ويعترف هذا القانون بأن إمكانية الحصول على الغذاء حق لجميع المواطنين. وتم إنشاء النظام الوطني للأمن الغذائي والتغذية بدعم من أمانة رئاسة الأمن الغذائي والتغذوي والهيئة الاستشارية الوطنية للأمن الغذائي والتغذية. وتقع على أمانة رئاسة الأمن الغذائي والتغذوي المسؤولية عن وضع خطط استراتيجية وتشغيلية لحل المشاكل الحرجة الناجمة عن سوء التغذية والجوع في المجتمعات المحددة بأنها تعاني انعداماً في الأمن الغذائي والتغذية، وكفالة تنفيذ الإجراءات المطلوبة التي تشمل المؤسسات الحكومية والمجتمع المدني والتعاون الدولي. وأما الهيئة الاستشارية الوطنية للأمن الغذائي والتغذية فهي الهيئة الرئيسية المسؤولة عن اتخاذ القرارات وتضم ممثلين من جميع الوزارات المعنية.

14- وفي أعقاب تطبيق قانون الأمن الغذائي والتغذية، وبدعم من **البرنامج**، قامت الحكومة بتنظيم حلقة عمل مشتركة بين المؤسسات تم خلالها تحديد التدخلات الرامية إلى المساعدة على تحقيق الهدف الإنمائي للألفية المتعلق بالجوع. وشددت تلك التدخلات على الحاجة إلى التغذية التكميلية للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و36 شهرا، والنساء الحوامل والمرضعات. وسوف تنفّذ هذه العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش تنفيذاً مشتركاً بين **البرنامج** ومنظمة الصحة العالمية/منظمة الصحة العالمية للبلدان الأمريكية ومنظمة اليونيسيف؛ وهي تدعم استراتيجيات الحكومة للحد من الجوع من خلال مساعدات الإغاثة والإنعاش.

سياسات الجهات الفاعلة الرئيسية الأخرى وقدراتها وإجراءاتها

15- تتمتع الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية بسجل طويل في تزويد غواتيمالا بمساعدات المعونة الغذائية لدعم الأنشطة الإنمائية والتخفيف من وطأة حالات الطوارئ. وتم تقديم معظم التبرعات في الآونة الأخيرة إلى الحكومة من خلال برنامج ماك جفرن دول الدولي للغذاء مقابل التعليم وتغذية الأطفال. وتوفّر بعثة الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية في غواتيمالا التعاون التقني والمالي لمؤسسات من قبيل خدمات الإغاثة الكاثوليكية، وتعاونية المساعدة والإغاثة في كل مكان (منظمة كير) واتحاد إنقاذ الأطفال، وهي منظمات مسؤولة عن تنفيذ أنشطة التغذية والأمن الغذائي في المناطق المستهدفة من خلال برامج الباب الثاني. وتوفّر المفوضية الأوروبية المعونة الغذائية في شكل أنشطة للغذاء مقابل العمل والغذاء مقابل التدريب ومن خلال قاعات الأكل للأطفال الذين تقل أعمارهم عن 12 عاماً وللنساء الحوامل والمرضعات.

أهداف المساعدات المقدمة من البرنامج

16- تتمثل أهداف المساعدات المقدمة من **البرنامج** في هذه العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش في:

الحد من سوء التغذية الحاد بين الأطفال دون الخامسة من العمر في المناطق المستهدفة (عنصر الإغاثة: الأولوية الاستراتيجية 1) – إنقاذ الأرواح في حالات الأزمات؛
منع تدهور الوضع التغذوي للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و36 شهراً والنساء الحوامل والمرضِعات (عنصر الإنعاش: الهدف الاستراتيجي 3- دعم تحسين الوضع التغذوي والصحي للأطفال والأمهات والفئات الضعيفة الأخرى) عن طريق:

- ◊ دعم الوضع التغذوي للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و36 شهراً من خلال تقديم خليط الحبوب الغنية بالفيتامينات (فيتاسيريال) وهو غذاء مركّب مقوّى ملائم تغذوياً وثقافيا؛
- ◊ دعم الوضع التغذوي للحوامل والمرضعات بتزويدهن بفيتاسيريال ؛
- ◊ تحسين العادات الغذائية والصحية وممارسات الإصحاح والرعاية من خلال التدريب؛
- ◊ تحسين الوضع التغذوي والصحي للأطفال عن طريق توفير الرعاية الصحية الأساسية من وزارة الصحة، بما في ذلك رصد النمو، والتطعيم، وأقراص إزالة الديدان، وفيتامين ألف، وحمض الفوليك، والحديد للأطفال، والحديد وحمض الفوليك للحوامل والمرضعات، ورعاية الحوامل قبل الولادة؛
- ◊ تدعيم هياكل المجتمع المحلي من خلال تمكين منظمات النساء في المجتمع المحلي.

استجابة البرنامج

طبيعة المساعدات المرتبطة بالأمن الغذائي وفعاليتها حتى تاريخه

17- تتابع هذه العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش مساعدات الإغاثة المقدمة في إطار عملية الطوارئ 10174.0 "مساعدات الطوارئ لأسر الأطفال المصابين بسوء التغذية الحاد المتضررة من الجفاف" وعنصر الإغاثة في العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش – إقليم أمريكا الوسطى 10212.0 "المساعدة الغذائية الموجّهة إلى الأشخاص المتضررين بالصدمات لاستعادة أسباب معيشتهم".

18- ونفّذ **البرنامج** عملية الطوارئ 10174 في عام 2002 عندما اضطرت الحكومة على إثر الأزمة التغذوية الحادة الناجمة عن حالة الجفاف الممتدة إلى إعلان حالة نكبة عامة. ووفرت عملية الطوارئ التغذية العلاجية والتكميلية لما مجموعه 25 000 من صغار الأطفال وأسرهم.

19- وفي عام 2004، قدمت العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش 10212 ما يصل إلى 329 7 طناً متريّاً من المعونة الغذائية إلى 275 000 شخص في 109 بلديات في الأقسام الستة عشر المستهدفة. وشمل ذلك تقديم مساعدات غذائية من خلال وزارة الصحة إلى 470 2 من الأطفال دون الخامسة من العمر المصابين بسوء التغذية الحاد الشديد؛ و641 31 طفلا من المصابين بسوء التغذية الحاد المعتدل، و424 3 من الحوامل والمرضعات.

20- وتختلف أهداف العملية الممتدة المقترحة للإغاثة والإنعاش وآليات الاستهداف المستخدمة فيها عن أهداف وآليات برامج **البرنامج** الجارية والسابقة. ولا تستهدف العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش 10212 والبرنامج القطري 10092 الأطفال المصابين بسوء التغذية المزمن الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و36 شهراً. وتم دمج استجابة **البرنامج** لآثار الصدمات الاقتصادية والكوارث المتكررة في البرنامج القطري الجاري وذلك من خلال التشديد على استراتيجية تدخلات الإنعاش وتلبية الاحتياجات التغذوية والتعليم والتدريب وإنشاء الأصول والحفاظ عليها. ويستند تصميم العملية الممتدة الجديدة للإغاثة والإنعاش إلى الدروس المستفادة من التدخلات الجارية في مجال صحة الأم والطفل في غواتيمالا، ومن الدروس المستخلصة من خبرة **البرنامج** في أنحاء أخرى من العالم. ولا تمثل هذه العملية توسعاً لمساعدات **البرنامج** السابقة.

21- ومن خلال البرنامج الإنمائي الإقليمي لبناء القدرات 10411، ساند **البرنامج** جهود الحكومة الرامية إلى صياغة سياسة وطنية وبرامج قائمة على الأغذية، وسوف يساعد على تعزيز قدراتها التقنية لتوجيه البرامج الاجتماعية القائمة على الأغذية وإدارتها والكشف عن آثارها. وسوف تستكمل العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش بالعملية الإنمائية الإقليمية 10421 التي ترمي إلى (1) بناء قدرة الحكومة على تعزيز البرامج المتكاملة في مجال توفير العناصر الغذائية النزرة الموجّهة للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و36 شهراً وتحسين إنتاج الأغذية التكميلية المقواة الملائمة ثقافياً وتغذوياً؛ (2) زيادة الوعي بالتكلفة الاجتماعية العالية لنقص العناصر الغذائية النزرة وانخفاض تكلفة التصدي لتلك المشاكل؛ (3) تعزيز الترابط الشبكي بين الحكومات ووكالات الأمم المتحدة والقطاع الخاص والجهات الفاعلة الأخرى لحل مشاكل نقص الفيتامينات والمعادن.

22- وسوف تُنفَّذ العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش بالاشتراك بين **البرنامج** ومنظمة اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية/منظمة الصحة العالمية للبلدان الأمريكية. وترمي هذه العملية إلى كفالة الأخذ بنهج برنامجي متكامل بما يتماشى مع إصلاح الأمم المتحدة، ولتعزيز أثر البرامج من خلال التركيز على أشد السكان ضعفاً. وفي هذا الإطار التعاوني، تدعم العملية الاستراتيجية العالمية لتغذية الرُضَّع وصغار الأطفال (منظمة الصحة العالمية ومنظمة اليونيسيف، 2002) التي تعزز التغذية التكميلية السريعة والكافية والآمنة والملائمة، ومواصلة الرضاعة الطبيعية كشرط إنمائي لجميع الأطفال (منظمة الصحة العالمية، 2003). وتستفيد العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش من الأهداف المشتركة **للبرنامج** ومنظمة الصحة العالمية ومنظمة اليونيسيف فيما يتعلق بالمساعدة على استئصال سوء التغذية بين الأطفال كما هو منصوص عليه في مذكرات التفاهم العالمية والإقليمية.

مخطط الاستراتيجية

23- تشير البحوث إلى أن استهداف الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و36 شهراً هو السبيل الأكثر فعالية لمكافحة سوء التغذية في ظروف الإغاثة والإنعاش. وجرت العادة في غواتيمالا على توجيه البرامج الغذائية إلى الأطفال في سن المدارس الابتدائية والأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ثلاث وخمس سنوات من خلال تكميل الأغذية بالحصص الغذائية الأسرية، ولكن ذلك لا يشمل المجموعة المستهدفة التي تحقق أعلى عائد من التدخلات التغذوية. وثمة حاجة ماسة إلى التدابير الوقائية الموجهة إلى الحوامل والمرضعات وأطفالهن قبل أن يتضرر جيل آخر من آثار إعاقة النمو والتطور التي لا يمكن علاجها.

24- وتوفر الجهود الجارية الرامية إلى تعبئة الإرادة السياسية وإنشاء آليات مؤسسية في إطار النظام الوطني للأمن الغذائي والتغذوي الظروف اللازمة للحد من الجوع وسوء التغذية بفعالية. وبات من الحتمي تنفيذ تدخلات تغذوية قائمة على الأغذية موجَّهة للأمهات والأطفال دون الثالثة من العمر المعرضين لخطر الإصابة بسوء التغذية المزمن شأنها في ذلك شأن الأنشطة التي تعزز التغييرات السلوكية وفرص الوصول إلى الخدمات الأساسية. وسوف تتصدى هذه العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش لسوء التغذية الحاد من خلال عنصر الإغاثة، وستتصدى لسوء التغذية المزمن والاحتياجات التغذوية الخاصة لصغار الأطفال والنساء من خلال عنصر الإنعاش.

25- **وفي إطار عنصر الإغاثة**، ستساهم المعونة الغذائية المقدمة من خلال التغذية العلاجية في تحسين الوضع التغذوي للأطفال المصابين بسوء التغذية الحاد الذين سيحصلون أيضاً على علاج متخصص للأعراض المصاحبة لسوء التغذية الحاد. وفيما يلي النشاط الرئيسي لعنصر الإغاثة:

التغذية العلاجية للأطفال دون الخامسة من العمر المصابين بسوء التغذية الحاد بما يتماشى مع المعايير التقنية لوزارة الصحة. وتلبية لطلب الحكومة ومنظمة اليونيسيف، سيوفر **البرنامج** أغذية علاجية لنحو 000 3 طفل بدعم تقني من منظمة اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية. وفي حالة ازدياد أعداد المستفيدين، ستقوم منظمة اليونيسيف بتغطية تكاليف المنتجات. وسوف يقدِّم الموظفون المتخصصون التابعون للوزارة العلاج لكل طفل لمدة 30 يوماً. وسوف يحصل الأطفال الذين يتمون التغذية العلاجية على علاج خارج المستشفيات وسيتم مساعدتهم بعد ذلك من خلال عنصر الإنعاش التغذوي في العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش. ويشمل عنصر الإغاثة الرصد المنتظم للوزن وإجراء فحوصات طبية للأطفال المستهدَفين.

26- وفي إطار عنصر الإنعاش، ستساعد التغذية التكميلية التي ستُستكمَل بالتدريب في مجال التغذية والخدمات الصحية الأساسية على منع تفاقم الوضع التغذوي لصغار الأطفال والنساء الحوامل والمرضعات ووقف انتقال سوء التغذية المزمن بين الأجيال. وفيما يلي الأنشطة الرئيسية لعنصر الإنعاش:

- التغذية التكميلية الموجّهة لدعم الوضع التغذوي للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و36 شهراً والنساء الحوامل والمرضعات. وسوف يتم التصدي لعدم كفاية سُبل الوصول إلى الغذاء بكميات كافية ونوعيات ملائمة من خلال توفير فيتاسيريال، وهو أحد المكملات الغذائية المقواة التي وافقت عليها وزارة الصحة وطورها **البرنامج** ومنظمة الصحة للبلدان الأمريكية ومعهد التغذية لأمريكا الوسطى وبنما ومنظمة اليونيسيف. ويتم شراء فيتاسيريال محلياً، ولذلك فإن استعماله سيساعد على بناء القدرات في مجال الإنتاج وتعزيز استدامة المشروع. ويعتبر هذا الخليط ملائما كغذاء للفطام وكغذاء للحوامل والمرضعات. وتبين اختبارات المقبولية في المجتمعات المحلية المستهدفة أن هذا الخليط يفي بالأفضليات الثقافية للأطفال والنساء. ويتسم الخليط بقيمته التغذوية العالية لتطور الطفولة المبكرة لأنه يستند في تركيبه إلى الصويا والذرة العالية الجودة، وغني بالطاقة، ويحتوي على قيمة بروتينية عالية.
- التدريب مقابل تغيير السلوك. بالإضافة إلى توزيع المنتجات التكميلية، ستشارك النساء الحوامل والمرضعات والنساء التي لديهن أطفال تقل أعمارهم عن ثلاث سنوات في دورات التوعية بممارسات التغذية والصحة والإصحاح والرعاية بما يتماشى مع البند 3 من الالتزام المعزز الأول تجاه النساء. ويمثل التدريب في مجال تحسين الممارسات التغذوية عنصراً أساسياً في العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش وسوف يشمل هذا التدريب التحضير السليم لخليط فيتاسيريال، وفوائد الرضاعة الطبيعية الحصرية والمستمرة، وخدمات المعلومات السابقة واللاحقة للولادة، وزيادة الوعي بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. وسوف يشمل التدريب في مجال الإصحاح تدريب الأمهات على معالجة المياه على مستوى البلديات. وتقع على الوزارة المسؤولية عن هذا العنصر الذي سيجري تنفيذه من خلال المرشدين الصحيين بدعم تقني من منظمة اليونيسيف.
- الرعاية الصحية الأساسية للأطفال والحوامل. في إطار مجموعة الخدمات الصحية الأساسية، سيستفيد الأطفال من رصد النمو لمراقبة سوء التغذية واكتشافه مبكراً، وسوف يحصلون على أقراص إزالة الديدان، والتطعيمات، وفيتامين ألف، وحمض الفوليك والحديد. وسوف تستفيد النساء الحوامل من الرعاية السابقة للولادة؛ وستحصل النساء الحوامل والمرضعات على مكمّلات من الحديد وحمض الفوليك.
- تدعيم هياكل المجتمع المحلي وتمكين النساء في منظمات المجتمع المحلي المرتبطة بالمشروع. وسوف تكفل العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش النظر على قدم المساواة في آراء وقرارات النساء والرجال بشأن توزيع الأغذية وإدارة الأصول. وسوف تشترك النساء في لجان توزيع الأغذية والهيئات المحلية الأخرى المرتبطة **بالبرنامج**. وسوف تشكل النساء على الأقل نصف الممثلين ونصف الرؤساء والقائمين بأعمال السكرتارية وأمناء الخزانات في لجان توزيع الأغذية وإنشاء الأصول (البند 2 من الالتزام المعزز الخامس تجاه النساء). وسوف تكفل الوكالات المنفذة عدم مساس التدريب التغذوي ومسؤوليات توزيع الأغذية بالمهام اليومية للنساء.

استراتيجية الانسحاب

27- سيتم تعزيز استدامة البرامج من خلال الشراء المحلي لخليط فيتاسيريال باعتباره سبيلاً لبناء القدرات المحلية في مجال الإنتاج وإنشاء سوق تنافسي لأغذية الفطام العالية الجودة. وسوف يحسّن هذا الخليط المتوفر بتكلفة أقل من المنتجات الوطنية المماثلة والذي يلائم العادات الاستهلاكية المحلية كفاءة البرامج الاجتماعية القائمة على الأغذية وقد يتوافر في

نهاية المطاف على المستوى التجاري. ومن شأن شراء منتج غذائي مطور محلياً وله اسم تجاري ثابت أن يساعد الحكومة والقطاع التجاري على تحمل المسؤولية تدريجيا عن توفير هذا المنتج.

28- ويشير الالتزام المعزز للحكومة إزاء استئصال الجوع باستعدادها لقبول الإنهاء التدريجي وتقديم مساهمات مالية متزايدة لتغطية أنشطة العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش.

المستفيدون وتحديد الأهداف

29- سوف تطبِّق العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش منهجية تحليل هشاشة الأوضاع ورسم خرائطها وتحديد معايير الاستهداف للوصول إلى الأشخاص الأشد تعرضاً لسوء التغذية الحاد والمزمن وانعدام الأمن الغذائي. وسوف تغطي العملية 83 بلدية في 13 قسما يقع معظمها في المناطق المرتفعة حيث تلتزم الحكومة بتعزيز قدراتها المؤسسية؛ ويقع 33 بلدية، أي 40 في المائة من المجموع، في المقاطعات الأربع الأشد تعرضاً للكوارث الطبيعية، وهي شيكويمولا، وتوتوميكابان، وسولالا، وشيملتيناغو. وسوف تقتصر المساعدات على النساء والأطفال الذين يرتبط ضعفهم التغذوي مباشرة بالافتقار إلى الحصص الغذائية الكافية والملائمة. وسوف تستخدَم معايير الاستهداف الجغرافي التالية:

- معدل سوء التغذية الحاد (الوزن مقابل الطول) أقل من -2 حسب درجات SD؛
- معدل سوء التغذية المزمن (الطول مقابل العمر أكثر من 40 في المائة في الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من 6 و36 شهراً؛ وأما في المجتمعات المحلية التي يتعذر فيها الحصول على هذه المعلومات، يمكن استخدام معدل غير مباشر لسوء التغذية المزمن بما لا يقل عن 65 في المائة لدى الأطفال في الصف الأول من المدارس الابتدائية[5]

30- وسوف تشمل الفئات المستهدفة في المجتمعات المحلية المختارة:

- الأطفال دون الخامسة من العمر المصابون بسوء التغذية الحاد؛
- الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و36 شهراً؛
- الحوامل والمرضعات.

الجدول 3: فئات المستفيدين والحصص

فئة المستفيدين	عدد المستفيدين			عدد الأيام سنويا	السلعة	الحصة الغذائية للشخص يوميا (غرام)	الكمية (طن/متري)	السعر (دولار أمريكي/طن متري)	مجموع تكلفة السلع (دولار أمريكي)
	السنة الأولى	السنة الثانية	السنة الثالثة						
التغذية العلاجية: الأطفال دون الخامسة من العمر									
	3 000	3 000	3 000	30	الحليب العلاجي 5- 75 و100-F	100	27	2 000	**54 000**
المكملات الغذائية: الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و 36 شهراً									
	135 000	220 000	220 000	310	فيتاسيريال	120	21 390	700	**14 973 000**
تكميل الأغذية بالتدريب التغذوي والصحي: الحوامل والمرضعات									
	100 000	150 000	150 000	155	فيتاسيريال	120	7 440	700	**5 208 000**
مجموع المستفيدين سنويا									
	238 000	**373 000**	**373 000**				**28 857**		**20 235 000**

[5] سيتم تحسين الاستهداف الجغرافي حالما تتوفر البيانات الأساسية المتعلقة بالمجموعة المستهدفة للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و 36 شهراً.

الاعتبارات التغذوية وسلة الأغذية

31- تستند القيمة التغذوية لعنصر الإغاثة في العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش إلى العلاج الغذائي لسوء التغذية الشديد في مرحلتين أساسيتين: الحليب العلاجي F-75 للمرحلة الأولى والحليب العلاجي F-100 للمرحلة الثانية، بما يتماشى مع المعايير التقنية لوزارة الصحة.

32- والغرض من القيمة التغذوية لسلة الأغذية في إطار عنصر الإنعاش هو تكميل الرضاعة الطبيعية والحصص الغذائية الأخرى. وتبلغ القيمة التغذوية لفيتاسيريال 16 في المائة من البروتين، و400 سعر حراري/ 100 غرام و6 في المائة من الدهون المقواة بالفيتامينات والمعادن، بواقع 120 غراما يومياً للأطفال و120 غراما يومياً للحوامل والمرضعات. وسوف يصاحب الحصص الغذائية العلاج بأقراص إزالة الديدان.

ترتيبات التنفيذ

33- ترتكز العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش إلى مشاركة قوية من المجتمع المحلي في تنفيذ المشروع. وسوف يساعد اشتراك المجتمع المحلي على بناء القدرات المحلية وتعزيز استدامة المشروع وملكيته على مستوى المجتمع المحلي. ومن خلال كفالة الالتزام بالالتزامات المعززة تجاه النساء فيما يتعلق بمشاركة النساء على قدم المساواة مع الرجال في مناصب صنع القرار في الهيئات المحلية المرتبطة **بالبرنامج**، سيدعم المشروع تمكين النساء في عمليات المساعدات الغذائية (الالتزام المعزز الخامس تجاه النساء). وسوف تكفل العملية أن مسؤوليات المشروع لا تضيف أعباء جديدة إلى الأعباء الباهظة الواقعة بالفعل على كاهل النساء. وسوف يسعى المشروع إلى تحديد الشركاء الذين يوفرون المشاركة المجتمعية وتدريب على القيادة لدعم تحسين سلطة اتخاذ القرارات لدى النساء المشاركات في اللجان (البند 3 من الالتزام المعزز الخامس تجاه النساء). كما يلتزم المشروع بالسياسة المتعلقة بالجنسين من خلال توفير مُنتج غني بالعناصر الغذائية النزرة لتحسين الوضع التغذوي للنساء الحوامل والمرضعات (الالتزام المعزز الأول تجاه النساء).

34- وأثناء التحضير لهذه العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش، قام **البرنامج** بالتشاور والعمل مع أمانة رئاسة الأمن الغذائي والتغذوي ووزارة الصحة والمؤسسات الحكومية الأخرى، مثل الأمانة العامة للتخطيط والبرمجة، وأمانة الأعمال الاجتماعية للسيدة الأولى، ووزارة التعليم، والسلطات المحلية، والجهات المانحة، ووكالات الأمم المتحدة، بما في ذلك منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة، واليونيسيف، ومنظمة الصحة العالمية/ منظمة الصحة العالمية للبلدان الأمريكية، ومعهد التغذية لأمريكا الوسطى وبنما.

35- وسوف تقوم أمانة رئاسة الأمن الغذائي والتغذوي بدور الهيئة المنسِّقة للعملية الممتدة للإغاثة والإنعاش. وسوف تقع المسؤولية عن التنفيذ على وزارة الصحة وسيتولى تنفيذها وحدة الخدمات الصحية للرعاية الصحية الأساسية. وسوف تلتزم استراتيجية التنفيذ بنهج من شقين اعتماداً على المراكز والمحطات الصحية المجتمعية التابعة لوزارة الصحة وبرنامجها للتغطية الواسعة للخدمات الصحية الأساسية.

36- وسوف يشترك في توزيع الأغذية التكميلية للأطفال دون الثالثة من العمر الأمهات اللاتي يقمن بجمع فيتاسيريال من نقطة التوزيع المجتمعية كل شهر، حيث سيحصلن على توجيهات بشأن إعداد غذاء الفطام والرعاية التغذوية والصحية الأساسية. ومن خلال برنامج الأمن الغذائي والتغذوي، ستتولى وزارة الصحة المسؤولية عن المراقبة التغذوية التي سينفذها موظفو الوزارة والمنظمات غير الحكومية والمتطوعون الصحيون. وسيتم رصد نمو الأطفال في المراكز والمحطات الصحية التابعة لنظام الرعاية الصحية الأساسية في وزارة الصحة شهرياً للأطفال الذين تقل أعمارهم عن 12 شهراً، ومرة كل شهرين للأطفال الذين تزيد أعمارهم على 12 شهراً. وسوف توفر منظمة الصحة العالمية/ منظمة الصحة العالمية للبلدان الأمريكية ومنظمة اليونيسيف مساعدة تقنية لتدعيم الهيكل المؤسسي والمراقبة التغذوية على مستوى البلديات والمجتمعات المحلية. كما ستوفر هذه المنظمات أقراص إزالة الديدان والفيتامينات والعناصر الغذائية النزرة الإضافية.

37- وأما توزيع الأغذية للتغذية التكميلية للحوامل والمرضعات فسوف يشمل النساء اللاتي يحصلن على حصص غذائية فردية من فيتاسيريال كل شهر بالإضافة إلى مشاركتهن في التدريب على التغذية والصحة والنظافة العامة. وسوف توزع حصص فيتاسيريال على النساء في عبوات مختلفة عن العبوات التي توزع على الأطفال، وسوف تشمل معلومات عن الاحتياجات التغذوية المحددة للنساء أثناء الحمل والرضاعة. وسوف توفر وزارة الصحة بناء القدرات في مجال التغذية والصحة لموظفي المشروع في المراكز الصحية وللعمال في إطار التغطية الموسعة. وسوف يساند **البرنامج** وشركاؤه الحكومة في وضع أدوات تعليمية مجتمعية بسيطة ومباشرة وتراعي الحساسيات الثقافية.

38- ويستند المشروع إلى إنتاج فيتاسيريال وشرائه محليا. ويمثل شراء منتج غذائي مركب محلياً وله اسم تجاري ثابت جزءاً من استراتيجية تمكين الحكومة والمنتجين المحليين تدريجياً لتولي المسؤولية عن العملية. وسوف يساهم شراء

فيتاسيريال بموجب لوائح وأنظمة **البرنامج** القياسية في توسيع قاعدة أسواق الموردين المحليين. ومن المتوقع تحفيز الأسعار من خلال العطاءات المحلية المنتظمة المفتوحة للشركات المعروفة التي تستخدم أساليب مشابهة في الإنتاج، والشركات التي لديها استعداد للاستثمار في إنتاج الأغذية المركبة المقواة. وإذا ارتفع سعر فيتاسيريال ارتفاعاً كبيراً أثناء مدة العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش مقارنة بالسعر المرصود في الميزانية، سيقوم **البرنامج** بطرح مناقصات دولية وإقليمية.

39- وسوف يساهم إنتاج وشراء فيتاسيريال محلياً في الاستعداد الشامل للطوارئ في إقليم أمريكا اللاتينية والكاريبي، وهو ما من شأنه أن يوسع قاعدة موردي **البرنامج** المحدودة للأغذية المركبة المقواة القائمة على الحبوب والصويا.

40- وسوف يعزز **البرنامج** قدرات وحدات التوريد وسلاسل الإمداد/ وظيفة الدعم من خلال تعيين أعداد كافية من الموظفين الذين يتمتعون بالكفاءة، وسيقوم المكتب الإقليمي بتدريبهم. وسيتم إجراء استعراض لاستراتيجية الإنتاج لدعم الإنتاج المحلي لفيتاسيريال.

41- وسوف تتولى الحكومة المسؤولية عن تغطية تكاليف النقل والإمداد المرتبطة بالحصول على المعونة الغذائية. وسوف يغطي **البرنامج** تكاليف النقل من المستودعات إلى مراكز التوزيع. وسوف تستعمّل موانئ سانتو توماس دي كاستيلا وكويتزال، والمعهد الوطني للتجارة الزراعية. وسوف تُستخدَم المراكز الصحية كنقاط لتسليم المساعدات إلى المجتمعات المحلية وستقع عليها المسؤولية عن تسليمها للمستفيدين. وسوف يبادر **البرنامج** بالعمل مع الحكومة لإعداد استراتيجية لتسليم المشروع تدريجيا وستشمل هذه الاستراتيجية تغطية الحكومة لجميع تكاليف النقل البري والتخزين والمناولة.

42- وسوف تُنقَّل الأغذية المنتجة/ المشتراة محلياً من وحدات الإنتاج إلى مستودعات المعهد الوطني للتجارة الزراعية ومن تلك المستودعات إلى أماكن التخزين المجتمعية المقامة في مقار المراكز الصحية أو المواقع الملائمة الأخرى. وسوف تقوم البلديات أو المنظمات الحكومية بتوفير مرافق التخزين ولابد أن تفي تلك المرافق بمعايير الأمن الدنيا المطلوبة لتخزين الأغذية. وسوف ييسر موظفو وحدة المساعدة التقنية بوزارة الصحة هذه العملية. وسوف تطبق إجراءات **البرنامج** والمعهد الوطني للتجارة الزراعية في توزيع الأغذية على مستوى البلديات. وسوف تنقل الأغذية من مستودعات المعهد الوطني للتجارة الزراعية إلى مخازن المجتمعات المحلية مرة أو مرتين شهرياً. وسوف تقع المسؤولية عن تخزين الأغذية على عاتق مقدمي الخدمات الصحية في كل موقع. وسوف تشمل أدوات رصد المشروع مجموعة من أشكال دعم توزيع الأغذية على المستوى المحلي. وسوف توزع الأغذية من مستودعات المجتمع المحلي على المستفيدين شهرياً.

رصد الأداء

43- سوف تتولى وزارة الصحة المسؤولية عن رصد تنفيذ العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش. وسوف تعزز الوزارة الرصد على مستوى المجتمع المحلي لتحسين مراقبة سوء التغذية المزمن والحاد (انظر الملحق الثالث). وبدعم من **البرنامج** والمنظمات غير الحكومية، ستقوم وزارة الصحة بإجراء دراسة أساسية باستخدام مؤشر الطول مقابل العمر ومنهجية التقدير السريع للاحتياجات.

44- وسوف يتم إنشاء نظام لرصد الأغذية في المجتمع المحلي وربطه باستراتيجيات الرعاية الصحية المتكاملة للنساء والأطفال المطبقة بالفعل. وسوف تساعد إجراءات **البرنامج** ودليله التشغيلي ومجموعة من أنشطة التدريب الشركاء المنفذين على الالتزام بمتطلبات الاستهداف والرصد في **البرنامج**. وسيقوم الراصدون الميدانيون التابعون **للبرنامج** والراصدون المعينون لدى الشركاء المنفذين الآخرين برصد مراحل التنفيذ.

45- وسوف تخضع هذه العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش لتقييم خارجي بدعم من المقر.

تقدير المخاطر وخطة الطوارئ

تقدير المخاطر

46- سيعمل **البرنامج** على التغلب على العوامل التالية التي يمكن أن تؤثر على فعالية هذه العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش:

- التغيُّرات في أولويات التمويل التي تسفر عن عدم كفاية موارد الحكومة أو الجهات المانحة أو الشركاء؛
- عدم موثوقية وتأخر بيانات رصد الوضع التغذوي المقدمة من الشركاء؛

- عدم كفاية المدخلات غير الغذائية التي من شأنها أن تقوّض فرص بناء نهج برنامجي متكامل؛
- تخفيف الأغذية التكميلية؛
- زيادة تكاليف شراء الأغذية.

التخطيط للطوارئ

47- يمكن أن يؤدي نقص الأغذية إلى تحويل المعونة الغذائية مؤقتاً عن الأنشطة الوقائية التي ستنفذ في إطار عنصر الإنعاش للعملية الممتدة للإغاثة والإنعاش. وإذا وقعت حالة طوارئ كبيرة، سيستجيب **البرنامج** بمرونة وسيبذل قصارى جهده للحصول على موارد إضافية من خلال عنصر الإغاثة في العملية.

الاعتبارات الأمنية

48- أنشأت الأمم المتحدة إدارة شؤون السلامة والأمن وأعدت خطة أمنية يجري تحديثها بانتظام. وتعمل إدارة شؤون السلامة والأمن مع **البرنامج** لتدريب موظفيه على المسائل الأمنية قبل تكليفهم بالعمل في الميدان. ووفقاً للتفتيش الأمني الذي تم إجراؤه في نوفمبر/ تشرين الثاني 2004، فإن مكتب **البرنامج** في غواتيمالا يلتزم بمعايير الأمن التشغيلي الدنيا ويعمل على كفالة أعلى مستوى ممكن من الأمن لموظفيه. وسوف يحصل جميع الموظفين الحاليين والجدد على تدريب على الوعي الأمني.

التوصية

49- يرجى من المجلس التنفيذي الموافقة على العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش 10457 التي ستساعد ما يصل إلى 000 373 مستفيد سنوياً بتكلفة يتحملها **البرنامج** بما قيمته 27.4 مليون دولار أمريكي كما هو مبين في الملحقين الأول والثاني.

الملحق الأول

تفاصيل تكلفة المشروع			
القيمة (بالدولار الأمريكي)	متوسط التكلفة للطن المتري	الكمية (طن متري)	
التكاليف التي يتحملها البرنامج			
ألف – تكاليف التشغيل المباشرة			
20 181 000	**700**	**28 830**	**الأغذية المختلطة والمركبة***
54 000	**2 000**	**27**	**F75-F100****
20 235 000			**مجموع السلع**
6 264	النقل الخارجي		
2 179 255	**النقل الداخلي**		
502 400	**تكاليف التشغيل المباشرة الأخرى**		
22 922 919	**مجموع تكاليف التشغيل المباشرة**		
2 726 929	**باء – تكاليف الدعم المباشر (انظر الملحق الثاني للتفاصيل)**		
1 795 489	**جيم – تكاليف الدعم غير المباشر (7 في المائة)**		
27 445 337	**مجموع التكاليف التي يتحملها البرنامج**		

* الإنعاش
** الإغاثة

الملحق الثاني

متطلبات الدعم المباشر (بالدولارات)	
الموظفون	
	الموظفون الفنيون الدوليون
501 050	الموظفون الفنيون الوطنيون
426 513	المساعدة المؤقتة
6 000	ساعات العمل الإضافية
45 000	الاستشاريون الدوليون
807 434	الاستشاريون الوطنيون
287 004	سفر الموظفين في مهام رسمية
57 200	**تدريب الموظفين وتطويرهم**
2 130 201	**المجموع الفرعي**
نفقات المكاتب والتكاليف المتكررة الأخرى	
150 375	إيجار المباني
24 590	المرافق (العامة)
37 831	اللوازم المكتبية
33 240	خدمات الاتصال وتكنولوجيا المعلومات
31 525	التأمين
33 733	إصلاح المعدات وصيانتها
50 315	تكاليف صيانة المركبات وتشغيلها
37 831	مصروفات مكتبية أخرى
47 288	خدمات منظمات الأمم المتحدة
446 728	**المجموع الفرعي**
المعدات والتكاليف الثابتة الأخرى	
35 000	الأثاث والأدوات والمعدات
60 000	المركبات
55 000	معدات الاتصال وتكنولوجيا المعلومات
150 000	**المجموع الفرعي**
2 726 929	**مجموع تكاليف الدعم المباشر**

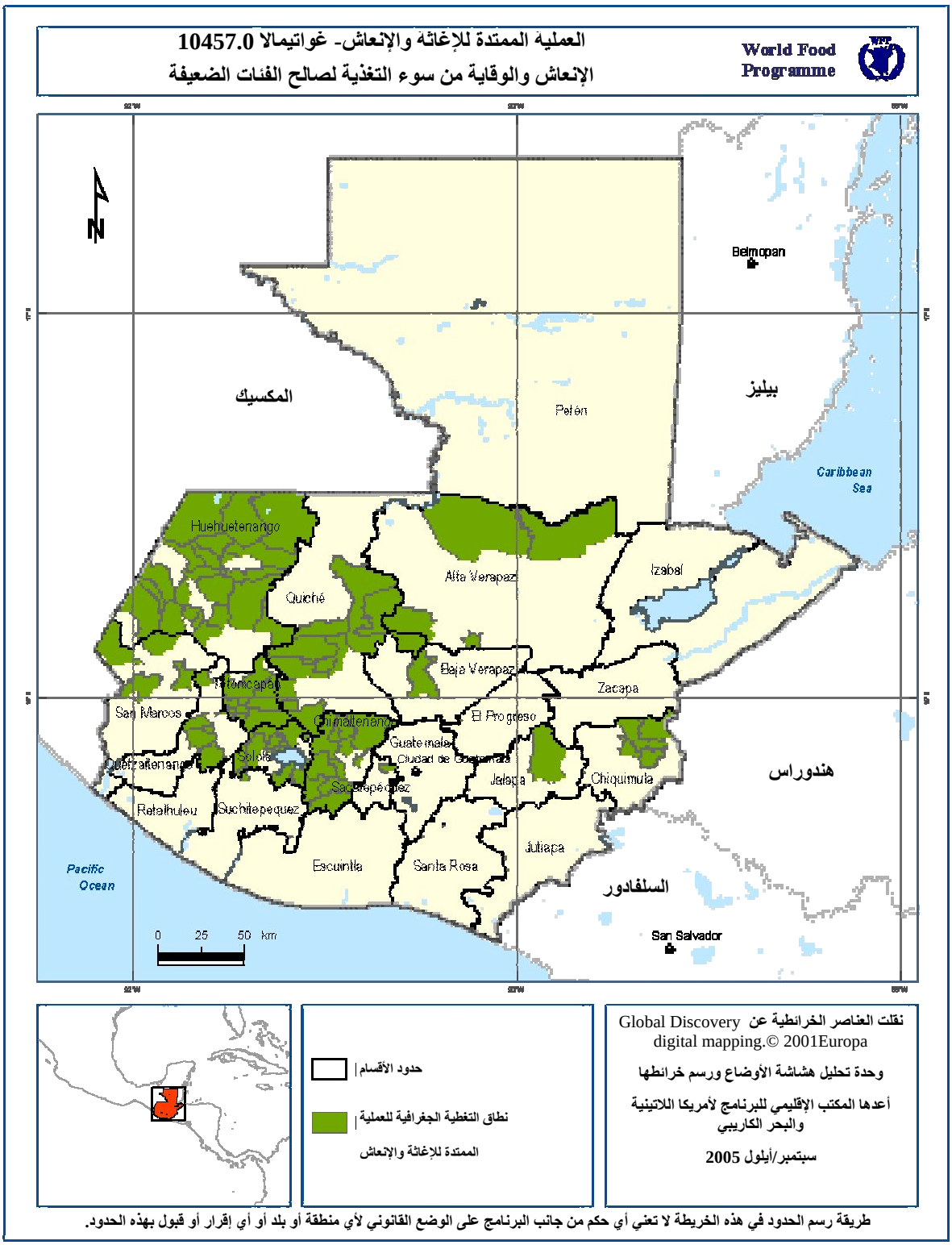
الملحق الثالث

مصفوفة الإطار المنطقي للعملية الممتدة للإغاثة والإنعاش- غواتيمالا 10457.0		
المخاطر والافتراضات	**مؤشرات الأداء**	**تسلسل النتائج**
النتائج		
الافتراض (الافتراضات): الصدمات الاقتصادية الخارجية التي تؤدي إلى تفاقم الوضع التغذوي الحالي.	انتشار سوء التغذية الحاد بين الأطفال دون الخامسة من العمر، بحسب نوع الجنس (الوزن مقابل الطول). تحسين معدلات الإنعاش بين الأطفال دون الخامسة من العمر. معدل الوفيات بين الأطفال دون الخامسة من العمر في المناطق المستهدفة (مؤشر تجريبي كجزء من مبادرة الرصد والتقييم المعياريين الإغاثة والانتقالات).	1 – عنصر الإغاثة. الهدف الاستراتيجي 1: إنقاذ الأرواح في حالات الأزمات. تخفيض معدلات الإصابة بسوء التغذية الحاد بين الأطفال دون الخامسة من العمر.
الافتراض (الافتراضات): مواصلة الحكومة والجهات المانحة والشركاء تمويل التزاماتهم بخفض سوء التغذية في مرحلة الطفولة المبكرة. **الخطر (المخاطر):** الكوارث الطبيعية الكبرى أو غيرها من حالات الطوارئ التي تحول الموارد عن الإنعاش.	1-2 انتشار سوء التغذية المزمن بين الأطفال دون الثالثة من العمر، بحسب نوع الجنس.	**عنصر الإنعاش** **الهدف الاستراتيجي 3: دعم تحسين الوضع التغذوي والصحي للأطفال والحوامل والمرضعات.** 2- انخفاض مستوى سوء التغذية بين الأطفال دون الثالثة من العمر.
	1-3 معدل انخفاض الوزن عند الولادة.	3– انخفاض مستوى سوء التغذية بين الأمهات الحوامل والمرضعات.
	1-4 النسبة المئوية للنساء الحوامل والمرضعات اللاتي يعتمدن اعتماداً مطلقا على الرضاعة الطبيعية أثناء الأشهر الستة الأولى. 2-4 النسبة المئوية للنساء المدربات على إعداد خليط فيتاسيريال بطريقة سليمة لأطفالهن.	4- تحسين ممارسات التغذية والصحة والنظافة العامة من خلال التدريب.
	1-5 انتشار فقر الدم بين الأمهات الحوامل والمرضعات. 2-5 انتشار فقر الدم بين الأطفال دون الثالثة من العمر. 3-5 انتشار نقص فيتامين أ بين الأطفال دون الثالثة من العمر. 4-5 النسبة المئوية للأطفال دون الثالثة من العمر الذين تغطيهم حملات التطعيم.	5– تحسين الوضع التغذوي والصحي للمستفيدين من الأطفال والنساء من خلال تقديم الخدمات الصحية الأساسية.
	1-6 نسبة النصف على الأقل من الرؤساء والقائمين بأعمال السكرتارية وأمناء الخزانات في لجان إنشاء الأصول البشرية من النساء (البند 2 من الالتزام المعزز الثاني تجاه النساء).	6– تعزيز الهياكل المجتمعية من خلال تمكين منظمات النساء في المجتمع المحلي.
المخرجات الأساسية		

مصفوفة الإطار المنطقي للعملية الممتدة للإغاثة والإنعاش- غواتيمالا 10457.0

المخاطر والافتراضات	مؤشرات الأداء	تسلسل النتائج
الافتراض (الافتراضات): الخدمات الصحية توفر المكملات الغذائية النزرة وأقراص إزالة الديدان بسرعة وبكميات كافية. **الخطر (المخاطر):** توزيع الأغذية التكميلية بين الأسر قد يحول الأغذية عن الأطفال المستهدفين.	**مؤشرات مستوى المخرجات** 1–(أ)–1 عدد الأطفال المصابين بسوء التغذية الحاد أو المعرضين للمخاطر الذين يحصلون على مساعدات غذائية من خلال مخططات التغذية العلاجية. 1–(أ)–2 كمية الأغذية الموزعة في حالات الإغاثة، بحسب السلعة وفئة المشروع. 1–(أ)–4 النسبة المئوية للأغذية المقررة التي توزع في حالات الإغاثة، بحسب السلعة وفئة المشروع.	**عنصر الإغاثة** 1 – سرعة توفير الأغذية بكميات كافية للأطفال دون الخامسة من العمر والأمهات الحوامل والمرضعات في حالات الإغاثة.
	2 –1 نسبة الأطفال دون الثالثة من العمر المصابين بسوء التغذية المزمن أو المعرضين للمخاطر الذين يحصلون على الكمية المخصصة من فيتاسيريال شهرياً.	**عنصر الإنعاش** 2 – سرعة توفير الأغذية الغنية بالعناصر الغذائية بكميات كافية للأطفال المستهدفين دون الثالثة من العمر في عمليات الإنعاش.
	3–1 عدد النساء الحوامل والمرضعات اللاتي يحصلن على الكميات المخصصة من فيتاسيريال شهريا.	3 – سرعة توفير الأغذية الغنية بالعناصر الغذائية بكميات كافية للأمهات الحوامل والمرضعات في عمليات الإنعاش.
	4–1 عدد الحوامل والمرضعات المدربات.	4 – النساء الحوامل والمرضعات المدربات على أمور التغذية والصحة والإصحاح.
	5–1 عدد الأطفال المستهدفين الذين يحصلون على مكملات تحتوي على الحديد وحمض الفوليك وفيتامين أ وأقراص إزالة الديدان. 5–2 عدد النساء الحوامل والمرضعات المستهدفات اللاتي يحصلن على الحديد وحمض الفوليك. 5–3 عدد الأطفال دون الثالثة من العمر في المناطق المستهدفة المدرجين في مخططات التطعيم.	5 – توفير الخدمات الصحية الأساسية للأطفال والأمهات الحوامل والمرضعات.
	6–1 نسبة النصف على الأقل من ممثلي لجان توزيع الأغذية من النساء. 6–2 نسبة النصف على الأقل من ممثلي لجان إنشاء الأصول البشرية من النساء. 6–3 نسبة النصف على الأقل من الرؤساء والقائمين بأعمال السكرتارية وأمناء الخزانات في لجان توزيع الأغذية من النساء. 6–4 نسبة النصف على الأقل من الرؤساء والقائمين بأعمال السكرتارية وأمناء الخزانات في لجان إنشاء الأصول البشرية من النساء (البند 2 من الالتزام المعزز الثاني تجاه النساء).	6 – تعزيز الهياكل المجتمعية من خلال تمكين منظمات النساء في المجتمع المحلي.

الملحق الرابع



طريقة رسم الحدود في هذه الخريطة لا تعني أي حكم من جانب البرنامج على الوضع القانوني لأي منطقة أو بلد أو أي إقرار أو قبول بهذه الحدود.

لا تنطوي التسميات المستخدمة في هذه الوثيقة ولا طريقة عرض المادة التي تتضمنها على الإعراب من جانب برنامج الأغذية العالمي عن أي رأي بشأن المركز القانوني لأي بلد أو إقليم أو مدينة أو منطقة أو للسلطات القائمة فيها، أو بشأن تعيين حدودها أو تخومها.