

برنامج
الأغذية
العالمي



Programme
Alimentaire
Mondial

World
Food
Programme

Programa
Mundial
de Alimentos

المجلس التنفيذي

الدورة العادية الثانية

روما، 22 - 2007/10/26

مشروعات البرامج القطرية

البند 7 من جدول الأعمال

مشروع البرنامج القطري
هندوراس 10538.0 (2008-2011)

مقدمة للمجلس للنظر



Distribution: GENERAL

WFP/EB.2/2007/7/2

7 September 2007

ORIGINAL: ENGLISH

طبعت هذه الوثيقة في عدد محدود من النسخ. يمكن الإطلاع على وثائق المجلس التنفيذي
في صفحة برنامج الأغذية العالمي على شبكة الانترنت على العنوان التالي:

(<http://www.wfp.org/eb>)

مذكرة للمجلس التنفيذي

الوثيقة المرفقة مقدمة للمجلس التنفيذي للنظر

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.

Pedro.Medrano@wfp.org Mr P. Medrano مدير المكتب الإقليمي لأمريكا اللاتينية
والبحر الكاريبي (ODP):

066513-2207: رقم الهاتف Ms S. Izzi موظف الاتصال، المكتب الإقليمي لأمريكا
اللاتينية والبحر الكاريبي (ODP):

الرجاء الاتصال بالسيدة C. Panlilio، المساعد الإداري لوحدة خدمات المؤتمرات، إن كانت لديكم استفسارات تتعلق بإرسال الوثائق المتعلقة بأعمال المجلس التنفيذي وذلك على الهاتف رقم: (066513-2645).

ملخص

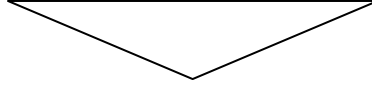
هندوراس من بلدان العجز الغذائي ذات الدخل المنخفض، ويبلغ عدد سكانها 7.5 مليون نسمة، منهم 3.3 مليون طفل دون سن الخامسة عشرة؛ ويقوم 50 في المائة من السكان في مناطق ريفية. وهندوراس هي ثالث أفقر بلد في أمريكا اللاتينية، وتحتل المركز 116 بين 177 بلداً في دليل التنمية البشرية. ويعاني 47 في المائة من مجمل السكان و 75 في المائة من سكان الريف الفقر المدقع. وتقدر منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة أن 1.5 مليون من سكان هندوراس يعانون الجوع. ويصيب سوء التغذية المزمن 25 في المائة من الأطفال دون سن الخامسة؛ ويصل المعدل الإجمالي للتقزم إلى 27.3 في المائة، وإن كان يبلغ 34 في المائة في المناطق الريفية، أي ثلاثة أضعاف المعدل في المدن. وفي مطلع عام 2005، كان معدل التقزم يتراوح بين 45-50 في المائة في المجتمعات المحلية التي يشملها البرنامج القطري. وفي عام 2005، ارتفع عدد المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية إلى 80 000 شخص.

وقد أعد هذا البرنامج القطري وفق إطار عمل الأمم المتحدة للمساعدة الإنمائية واستراتيجية الحد من الفقر والأهداف الإنمائية للألفية 1 و 2 و 3 و 4 و 6. والأغراض الأساسية للبرنامج هي الحد من انعدام الأمن الغذائي وسوء التغذية، وزيادة التنمية البشرية من خلال تحسين الصحة والتغذية والمستويات التعليمية للأطفال وغيرهم من الجماعات الضعيفة. وسيركز البرنامج القطري على المناطق الأكثر معاناة من انعدام الأمن الغذائي، وبخاصة المناطق الغربية والجنوبية التي تحددت بتحليل هشاشة الأوضاع ورسم خرائطها. وأهم النتائج المتوقعة هي زيادة القيد بالمدارس والمواظبة، والحد من سوء التغذية المزمن بين الأطفال دون سن الخامسة، والحد من الأنيميا بين النساء في سن الإنجاب والأطفال دون سن الخامسة، وتحسين تغذية وصحة المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز، وتعزيز قدرة الحكومة على تنفيذ برامج تقوم على الغذاء. وسيواصل البرنامج القطري الجديد الارتكاز على علاقات تشاركية مع وكالات الأمم المتحدة والمؤسسات المحلية والمنظمات غير الحكومية؛ وسيكون جزءاً من برنامج حكومي يدار بالاشتراك مع البرنامج ويساعد 1.3 مليون تلميذ، والأطفال دون سن الخامسة، والحوامل والمرضعات، والمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية. وستقدم موارد التنمية العادية للبرنامج في إطار هذا البرنامج الدعم سنوياً إلى 110 000 من المستفيدين الأكثر معاناة من انعدام الأمن الغذائي؛ أما الباقون فستمولهم الحكومة أساساً، وهي ملتزمة بالتمويل المتواصل للتغذية المدرسية لنحو 1.2 مليون طفل، وتنتظر في تنفيذ برنامج ثان لشبكة الأمان يهدف إلى القضاء على سوء التغذية المزمن لدى الأطفال دون سن الخامسة.

وسيكون عمل البرنامج في تطوير القدرات مع الحكومة في مجال البرامج القائمة على الغذاء هو الأساس لتسليم البرامج التي يضطلع بها البرنامج في النهاية. وسيجري عند نهاية البرنامج الحالي تقييم قدرة الحكومة على تحمل مسؤولية أنشطة البرامج، وسيراعى ذلك عند التسليم.

وتبلغ الميزانية المطلوبة للبرنامج، للفترة 2008-2011، 7.4 مليون دولار أمريكي لمساعدة 110 000 مستفيد سنوياً، منها 1.5 مليون دولار ستدبر محلياً من خلال تعبئة المكتب القطري للموارد؛ وستكمل هذه الموارد تمويل التنمية العادية.

مشروع القرار*



يصادق المجلس على "مشروع البرنامج القطري لهندوراس 10538.0 (2011-2008)" (WFP/EB.2/2007/7/2) الذي يقتضي احتياجات غذائية بمقدار 12 972 طنا متريا بتكلفة 6.6 مليون دولار أمريكي التي تغطي كافة التكاليف التشغيلية المباشرة الأساسية، ويأذن للأمانة بصياغة برنامج قطري، مع مراعاة ملاحظات المجلس.

* هذا مشروع قرار، وللإطلاع على القرار النهائي الذي اعتمده المجلس، يرجى الرجوع إلى وثيقة القرارات والتوصيات (WFP/EB.2/2007/15) الصادرة في نهاية الدورة.



تحليل الأوضاع

- 1- هندوراس من بلدان العجز الغذائي ذات الدخل المنخفض، ويبلغ عدد سكانها 7.5 مليون نسمة⁽¹⁾، منهم 3.3 مليون طفل دون سن الخامسة عشرة و 60 في المائة دون سن الخامسة والعشرين؛ ويعيش 51 في المائة في مناطق ريفية. وتصل نسبة الجماعات الإثنية الأصلية – اللنكا والميسكيو والتاواكاس والبيتش والتولوبانيس والتشورتيس والناهاواس والغاريفوناس (من أصول أفريقية) – إلى 6.2 في المائة. ويصل نمو السكان السنوي الراهن إلى 2.6 في المائة؛ ويبلغ معدل الخصوبة 3.5.
- 2- وتحتل هندوراس المركز الـ 116 بين 177 بلدا في دليل التنمية البشرية لعام 2005 الذي وضعه برنامج الأمم المتحدة الإنمائي. ولم تزد النسبة المئوية للأراضي المخصصة للجماعات النسائية بموجب الإصلاح الزراعي على 3.8 في المائة، وإن كانت النسبة المئوية للأسر التي تعولها النساء في المناطق الهامشية قد زادت من 20.6 في المائة في عام 1989 إلى 24.5 في المائة في عام 1999⁽²⁾.
- 3- وهناك ثمة تفاوت شاسع في قطاع التعليم: فمعدل الأمية يبلغ 27 في المائة في المناطق الريفية و 9.6 في المائة في المدن؛ ومعدل التعلم لدى خمس السكان الذين يحصلون على أعلى الدخل يزيد 7 أضعاف على معدل خمس السكان الأفقر. ووصلت نسبة القيد في المدارس الابتدائية إلى 89.3 في المائة في عام 2004، وإن كان 20 في المائة من التلاميذ يتسربون من التعليم الابتدائي.
- 4- وعلى الرغم من التحسن الكبير في الاقتصاد الكلي فيما بين عامي 2002 و 2005 إذ بلغ النمو السنوي للنتائج القومي الإجمالي 4.2 في المائة فإن الفقر المدقع يصيب 47 في المائة من مجموع السكان و 75 في المائة من سكان الريف. وتذكر اللجنة الاقتصادية لأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي⁽³⁾ أن انعدام الأمن الغذائي والجوع يرتبطان ارتباطا وثيقا بالفقر المدقع ووفيات الرضع وسوء التعليم وسوء التغذية بين الأطفال؛ وينطبق ذلك أيضا على هندوراس، باستثناء الفروق في الفقر التي لا تتفق مع التغييرات في سوء تغذية الرضع أو مع معدلات وفيات الرضع.
- 5- وتقدر منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة⁽⁴⁾ أن 1.5 مليون هندوراسي يعاني الجوع؛ ويصيب سوء التغذية المزمن أو التقزم 27.3 في المائة من الأطفال دون سن الخامسة حسبما ورد في الدراسة الاستقصائية الوطنية للأحوال المعيشية⁽⁵⁾ لعام 2005. ويبلغ التقزم 34 في المائة في المناطق الريفية، أي ثلاثة أضعاف المعدل في المدن. وتقول وزارة الصحة إن المعدل في المجتمعات المحلية الواقعة في "ممر الجفاف" المشمول الآن بالبرنامج القطري 10074.0 كان يتراوح بين 45-50 في المائة في مطلع عام 2005. وتبين من تعداد عام 2001⁽⁶⁾ لتلاميذ الصف الأول وجود سوء تغذية مزمن بنسبة 42.7 في المائة بين أطفال المناطق الريفية وبنسبة 24 في المائة في المدن. وترتبط الحالة التغذوية السيئة بمحدودية الحصول على الأغذية والمياه ومرافق الصرف الصحي والخدمات الصحية، وبارتفاع الإصابة بالتهابات الجهاز التنفسي والإسهال.

(1) المعهد الوطني للإحصاء، تعداد سكان هندوراس، 2001.

(2) تقرير برنامج الأمم المتحدة الإنمائي عن التنمية البشرية، 2006.

(3) اللجنة الاقتصادية لأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، 2003.

(4) منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة/التحالف الوطني لمكافحة الجوع في هندوراس، 2005.

(5) المعهد الوطني للإحصاءات، الإحصاءات الوطنية لسبل كسب العيش، الدراسة الاستقصائية الوطنية للأحوال المعيشية 2005.

(6) برنامج الإعانات العائلية، 2001.



- 6- وترتبط الحالة التغذوية للأطفال بالحالة التغذوية للأمهات: وتشير الدراسات إلى أن الوزن في فترة الحمل يرتبط بوزن المولود. ومعدلات وفيات الأمهات وعدد المواليد هي الأعلى بين الريفيات الفقيرات ذوات التعليم المنخفض؛ ويقع 50 في المائة من وفيات الأمهات عند الولادة أو بعدها بيوم واحد فقط، والسبب في ذلك عادة هو النزف أو الإنتان أو ارتفاع ضغط الدم. ويمكن التقليل من معدلات الوفاة المرتفعة بزيادة حصول النساء على الرعاية قبل الولادة وبعدها.
- 7- وليس من المحتمل أن تبلغ هندوراس الهدف 1 من الأهداف الإنمائية للألفية، على الرغم من الاتجاه الإيجابي الراهن في معدلات التغذية، وذلك أساسا بسبب عدم كفاية الإنفاق. وبحلول عام 2015، يحتمل أن يزيد عدد الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية مقارنة بعددهم في عام 2005. وتوضح الدراسات القطرية وجود علاقة وثيقة بين سوء تغذية الأطفال دون سن الخامسة ووفيات الرضع، بما يتفق مع الدراسات المجراة في أمريكا اللاتينية التي يتضح منها أن 50 في المائة على الأقل من وفيات الرضع تعزى إلى سوء التغذية.
- 8- ويبيّن تحليل هشاشة الأوضاع ورسم خرائطها، الذي يصنف البلديات حسب القلة الهيكلية للأغذية، أن أكثر المناطق معاناة لانعدام الأمن الغذائي تقع في الغرب والجنوب في مناطق إنتيبوكا، وفرانسييسكو موراسان، وإل بارانيسو، وفالييه، وتشولوتيكيا، ولاباس.
- 9- ومن أولويات الحكومة معالجة الزيادة في حالات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية ومرض الإيدز: فنصف الحالات المبلغ عنها في أمريكا الوسطى موجودة في هندوراس. وفي عام 2005 كان 14 شخصا في المتوسط يموتون يوميا، وكانت أعمارهم تتراوح بين 15 و 49 عاما؛ ويشير تقدير⁽⁷⁾ لهذه الفئة العمرية إلى أنه في نهاية عام 2005، وصلت نسبة الإصابة بالفيروس إلى 2.1 في المائة؛ وكان هناك 79 500 شخص مصاب و 15 000 يتيم. وإذا لم تتخذ التدابير اللازمة فسيكون هناك 115 000 شخص مؤكدة إصابتهم بالفيروس بحلول عام 2010، وسيتم 26 000 طفل بسبب فيروس/مرض الإيدز⁽⁸⁾.
- 10- وشرع البرنامج وتعاونية المساعدة والإغاثة في كل مكان (كير) ووزارة الصحة في تنفيذ مشروع صغير ولكن مفيد لتوفير الغذاء والدعم التغذوي لفائدة 500 شخص مصابين بالفيروس وأسرتهم. ولكن هذا المشروع لم يشمل سوى 11 في المائة من الحالات التي تتلقى العلاج المضاد للفيروسات الارتجاجية، وأقل من 2 في المائة من الحالات التي تم تشخيصها؛ ومع ذلك فإن هذا المشروع يتولى 20 في المائة من التخصيص الحالي للأغذية للمكوّن 1 من البرنامج القطري 10074.
- 11- وقد شهدت هندوراس في العقد الماضي كوارث طبيعية متكررة جعلت من الصعب على الأسر الضعيفة أن تتعافى، وأثرت سلبا على الحالة التغذوية للفقراء المنعدم أمنهم الغذائي. وقد هبت 26 عاصفة في موسم الأعاصير في عام 2005، وكان منها إعصار ويلما وبيتا وغاما وستان؛ وفي عام 2006 أثرت الفيضانات والجفاف تأثيرا سلبيا على الحصول على الغذاء والخدمات الصحية في مجتمعات السكان الأصليين وبين مزارعي الكفاف. وعاد هؤلاء السكان إلى آليات التصدي الخطيرة التي تحدّ من قدرتهم على مواجهة الكوارث وتحسين أمنهم الغذائي وحالتهم التغذوية.

(7) منظمة الصحة للبلدان الأمريكية، 2005.

(8) الصندوق العالمي، 2005.



التعاون السابق والدروس المستفادة

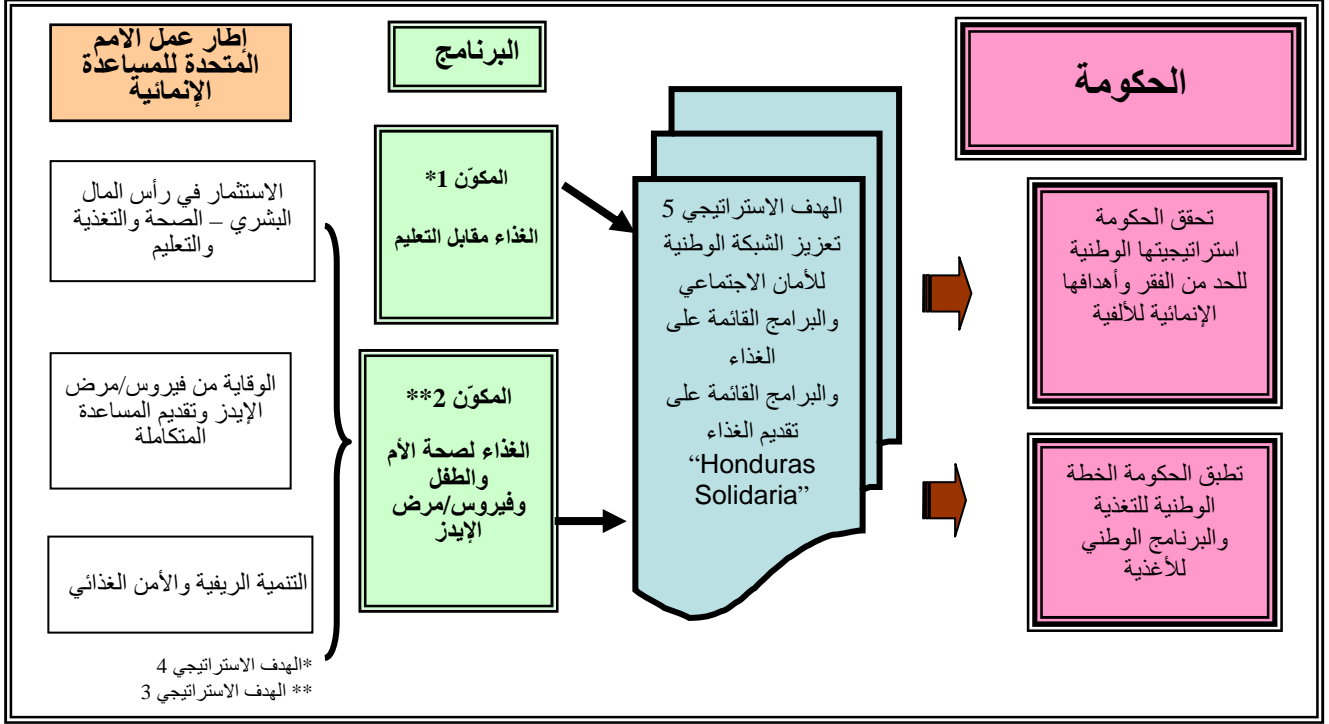
- 12- في الأعوام الخمسة الماضية أُجري تقييمان وأجري استعراض للأساليب الداخلة وتقييم مشترك بين الوكالات والشركاء، وأسفر ذلك عن مدخلات لتحسين التشغيل أسهمت في صياغة هذا البرنامج القطري. وفيما يلي أهم النتائج:
- ◀ الحاجة إلى تعزيز علاقات التشغيل التشاركية مع الحكومة والمنظمات غير الحكومية والوكالات الدولية، مثل مناهج التغذية والأمن الغذائي؛
 - ◀ الحاجة إلى تعزيز العلاقات التشاركية مع الوكالات المانحة ومنظومة الأمم المتحدة؛ ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) ومنظمة الصحة الدول الأمريكية/منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة شركاء في برنامج التغذية المدرسية والأنشطة المتصلة بفيروس/مرض الإيدز؛
 - ◀ مطلوب مشاركة الشركاء المحليين ومجتمعات المستفيدين، بدءاً بالتصميم وانتهاء بالتنفيذ؛ وقد بدأت هذه المشاركة من خلال الحوار مع السلطات العامة والمنظمات المجتمعية والمنظمات غير الحكومية، وستعزز في البرنامج القطري الجديد؛
 - ◀ لا بد من مراعاة الرصد والتقييم عند وضع البرنامج لضمان الاستجابة في الوقت المحدد، بما في ذلك تنفيذ الإدارة الفعالة، والتسليم في الوقت المحدد ومراقبة الجودة، ودعم علاقات التأزر بين عمليات البرنامج؛
 - ◀ الحاجة إلى صياغة عمليات تسليم منسقة بالتعاون مع الشركاء؛ ويتعين تحديد الإنجازات المتوقعة في مرحلة التصميم.
- 13- وتشمل المسائل الأخرى المحتاجة إلى مساعدة تقنية من البرنامج على المستوى المحلي قانون عام 2006 الذي يلزم الحكومة بتنفيذ برنامج التغذية المدرسية؛ وسيكفل هذا القانون الاستمرارية ويخلق الفرصة اللازمة لتحقيق الأهداف التعليمية لبرنامج التغذية المدرسية.
- 14- ويتضمن هذا البرنامج القطري الدروس المستفادة من تنفيذ برنامج التغذية المدرسية بالتعاون مع الحكومة.

التركيز الاستراتيجي للبرنامج القطري لبرنامج الأغذية العالمي

- 15- سيسهم البرنامج القطري الراهن في تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية 1 و 2 و 3 و 4 و 6. وسيتناول أيضاً نتائج إطار عمل الأمم المتحدة للمساعدة الإنمائية (1) للاستثمار في الصحة والتغذية والتعليم؛ و(2) الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز وتقديم المساعدة؛ و(3) التنمية الريفية والأمن الغذائي؛ و(4) التسيير والإدارة والديمقراطية، ويدعم أولويتي البرنامج 1 و 2 في سياسة تحفيز التنمية. والهدف من البرنامج القطري هو تحسين التغذية والأمن الغذائي لأفقر السكان في بلديات الجنوب الغربي والجنوب التي تعاني انعدام الأمن الغذائي. والمكونان هما:
- ◀ **المكون 1:** دعم الحصول على التعليم والحدّ من الفروق بين الجنسين في الحصول على التعليم والتدريب على المهارات للأطفال في سنّ ما قبل المدرسة وتلاميذ المدارس الابتدائية. (الهدف الاستراتيجي 4)؛
 - ◀ **المكون 2:** دعم الحالة التغذوية والصحية المحسّنة للأطفال والنساء والأمهات والمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية وغيرهم من الجماعات الضعيفة (الهدف الاستراتيجي 3).

16- وسيعمل البرنامج القطري، في إطار الاستراتيجية الشاملة للهدف الاستراتيجي 5، على دعم قدرة الحكومة على وضع وإدارة برامج المساعدة الغذائية والحد من الجوع، من خلال برنامجه لشبكة الأمان الاجتماعي المسمى Honduras Solidaria. وسيركز البرنامج القطري على بناء القدرات وتشجيع النهج الموجه إلى المجتمعات المحلية لتمكين المرأة في الأسر الضعيفة حتى تتسنى لها المشاركة في تنفيذ مكوّنَي البرنامج القطري (انظر الشكل 1).

الشكل 1: تحفيز التنمية والأمن الغذائي والتغذية



17- يستهدف البرنامج القطري المناطق الريفية الأكثر فقرا وانعداما للأمن الغذائي المحددة من وحدة تحليل هشاشة الأوضاع ورسم خرائطها. ويعد الاستهداف عاملا مهما للتصدي للهشاشة وتحقيق استجابة حينية، فمن المهم إذن الاستهداف من خلال نهج تشاركي يراعي نوع الجنس والذي يراهن على المرأة بصفقتها عنصرا أساسيا لإحداث تغيير ويؤكد على أن مستوى المرأة في كل من مجال التعليم وحالتها التغذوية وتحكمها في الأغذية والأصول مرتبطة بعضها ببعض وهي التي تحدد درجة الأمن الغذائي الأسري.

18- وسيركز هذا البرنامج القطري المساعدة على 36 بلدية في مقاطعات الجنوب الغربي والجنوب إنتيوكا ولاباس و جنوب فرانسيسكو موراسان وجنوب إل بارانيسو وتشولوتوكا وفالييه. وسيكون هناك تنسيق بين البرنامج القطري والعملية الممتدة الإقليمية الجديدة للإغاثة والإنعاش لمساعدة السكان في المناطق المعرضة للجفاف: فتتصرف العملية الممتدة في حالات الطوارئ، بينما يعالج البرنامج القطري مشاكل التغذية الهيكلية.

19- وستساعد الموارد الإضافية من الحكومة الأطفال في 283 بلدية، فتشمل بذلك 1.3 مليون طفل في سن ما قبل المدرسة وتلاميذ المدارس الابتدائية في برنامج التغذية المدرسية، على أساس معدل قيد يبلغ 81.3 في المائة.

20- وستستكمل مساعدة البرنامج بموارد أخرى لبلوغ أهداف الورقة الاستراتيجية للحد من الفقر. واستنادا إلى العلاقات التشاركية القائمة، سيكون لتمويل البرنامج تأثير فعال وسيعظم الآثار لتحسين فعالية عمليات الشركاء لدعم السكان الأكثر معاناة لانعدام الأمن الغذائي.

21- ويدير البرنامج والحكومة برنامجا وحيدا للتغذية المدرسية باستخدام نفس الطرائق المستخدمة في البرنامج الأصلي الذي بدأه البرنامج في عام 1999 والذي تشترك الحكومة والبرنامج في تمويله منذ عام 2004؛ والمكون 1 لهذا البرنامج القطري هو جزء لا يتجزأ من البرنامج الوطني. وفي عام 2006 شمل البرنامج الوطني للتغذية المدرسية 1.1 مليون طفل، أي 85 في المائة من التغطية على مستوى البلد. وفي الفترة 2004-2006، أسهمت الحكومة بمبلغ 21 مليون دولار أمريكي، كان منها مساهمة عام 2006 بمبلغ 10 ملايين دولار أمريكي، وكانت تعادل 90 في المائة من تكلفة البرنامج في هذا العام. ويتولى البرنامج إدارة المساهمة الوطنية للحكومة من خلال صندوق استئماني. ويستخدم البرنامج هذه المساهمة في شراء الأغذية وتمويل الإمدادات وتكاليف الدعم والرصد.

22- وسيشترك البرنامج مع الحكومة، في إطار المكون 2، في إنشاء شبكة أمان وطنية ترمي إلى القضاء على سوء التغذية المزمن لدى الأطفال دون سن الخامسة. وقد أعلنت الحكومة التزامها بهذا البرنامج في اجتماع سنوي لمحافظي مصرف التنمية للبلدان الأمريكية عقد في غواتيمالا في مارس/آذار 2007. وسيكون المكون 2 جزءا من أي شبكة أمان قادمة؛ والهدف هو دعم الحكومة في وضع برنامج وطني في غضون أربعة أعوام يكون بمثابة مساهمة حاسمة في بلوغ الهدف 1 من الأهداف الإنمائية للألفية، والقضاء على سوء التغذية.

23- ومتى أصبحت الحكومة قادرة على إقامة هيكلها الأساسية وتوفير مواردها البشرية للتأكد من أن نوعية وفعالية الأنشطة تماثلان ما هو موجود في العمليات الجارية، سيتم الاتفاق على تسليم مساعدة البرنامج. وسيجري تقييم هذه الشروط في غضون التقييم المزمع للبرنامج القطري، بما يفرضي إما إلى إنهاء المساعدة في ختام البرنامج القطري، أو الاستعداد لمرحلة أخرى قد تكون الأخيرة.

المكون 1: دعم الحصول على التعليم والحد من الفروق بين الجنسين في الحصول على التعليم والتدريب على المهارات للأطفال في سن ما قبل المدرسة وتلاميذ المدارس الابتدائية.

24- يركز هذا المكون على الاستثمار في رأس المال البشري بدعم رياض الأطفال والمدارس الابتدائية؛ والأهداف هي (1) زيادة قيد الفتيات والفتيات؛ و(2) تحسين مواظبة الفتيان والفتيات؛ و(3) تحسين قدرة الفتيان والفتيات على التركيز والتعلم؛ و(4) الحد من الفروق بين الجنسين في محيط تلاميذ رياض الأطفال وتلاميذ المدارس الابتدائية؛ و(5) تعزيز قدرة الحكومة على تنفيذ البرنامج الوطني للتغذية المدرسية.

25- وستكون المعونة الغذائية حافزا للأسر إلى إرسال أبنائها إلى المدرسة، كما ستكفل ألا يؤدي الجوع على المدى القصير إلى الحد من قدرة الأطفال على التعلم. وقد حسنت المدارس التي توفر التغذية في الموقع من نسب الجنسين بالمقارنة بالمدارس التي لا توفرها في الموقع. ومكونات الحصص الغذائية تتقبلها أنواع تلاميذ رياض الأطفال وتلاميذ المدارس الابتدائية، ولذلك فإن البرنامج المقترح للتغذية المدرسية سيقم الأنماط الاستهلاكية حسب العمر والمجموعة الإثنية للتأكد من الوفاء بالاشتراطات الغذائية والتغذوية.

26- ويشمل التنفيذ استهداف أقر المدارس، بمشاركة المجالس البلدية؛ وسيرتكز التنفيذ على نهج متكامل يشمل التعليم والصحة والمياه والصرف الصحي، وستضمنه وزارة التعليم، بالتشارك مع برنامج المدارس/الصحة التابع لمكتب السيدة الأولى، واليونيسيف، ومنظمة الصحة العالمية/منظمة الصحة للبلدان الأمريكية. ويعدّ تدريب المدرسين وأولياء الأمور على التغذية الأساسية وإعداد الوجبات أمرا أساسيا. وإذا توافر التمويل فإن توفير المجموعة المدرسية الأساسية المشتركة بين البرنامج واليونيسيف سيكفل تقديم الخدمات من قبيل التخلص من الديدان، وإنشاء المراحيض والمطابخ، وتوفير مياه الشرب والحدائق المدرسية مع الحصص الغذائية اليومية المتوازنة والمغذيات الدقيقة في إطار البرنامج القطري.

27- وسيحتاج المكوّن إلى 10 004 أطنان متريّة من الأغذية لنحو 416 700 مستفيد - 100 000 كل عام - لفترة الأعوام الأربعة التي يستغرقها البرنامج القطري. وستتولى لجان أولياء الأمور إعداد الوجبات طوال 150 يوماً من أيام الدراسة كل عام.

المكوّن 2: دعم الحالة التغذوية والصحية المحسّنة للأطفال والنساء والأمهات والمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية وغيرهم من الجماعات الضعيفة.

28- يهدف هذا المكوّن إلى سدّ الاحتياجات التغذوية والصحية المرتبطة بالتغذية للحوامل والمرضعات والأطفال والمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية ومرضى السل وأسرههم. وسيقدم البرنامج الغذاء إلى الأسر أو الأفراد، وفقاً للأمن الغذائي ومعلومات رصد التغذية والخدمات التكميلية.

29- والأهداف في المناطق المستهدفة هي (1) الحد من معدل سوء التغذية المزمن لدى الأطفال دون سن الخامسة؛ و(2) تحسين الحالة التغذوية للحوامل والمرضعات وغيرهن من الضعيفات؛ و(3) الحد من الأنيميا لدى النساء في سنّ الإنجاب والأطفال دون سن الخامسة؛ و(4) تحسين الحالة التغذوية والصحية للمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية؛ و(5) تعزيز قدرة الحكومة على تنفيذ البرنامج الوطني لصحة الأم والطفل القائم على الغذاء.

30- وستتولى وزارة الصحة مسؤولية تنفيذ هذا المكوّن: وستتولى لجنة إدارية تضم البرنامج والشركاء مسؤولية العمليات. وعلى الصعيد المحلي ستقوم الوحدات الإدارية بتعيين موظفين يتمتعون بالخبرة التقنية والخاصة بالإمدادات لتولي مسؤولية التنفيذ بدعم من المتطوعين والمراقبين الصحيين. وستشارك في التنفيذ المجالس البلدية والبلديات. وستوفر اليونيسيف ومنظمة الصحة للبلدان الأمريكية/منظمة الصحة العالمية المساعدة التقنية والموارد الإضافية.

31- وستحصل أمهات الأطفال المستهدفين على حصص غذائية شهرية تؤخذ إلى المنزل وتلبي الاحتياجات التغذوية اليومية للأطفال. وقد ثبتت فعالية هذه الاستراتيجية في ضمان التعافي السريع للأطفال من سوء التغذية.

32- وبالنسبة إلى الأطفال دون الشهر الرابع والعشرين من العمر، فإن القياسات المعيارية للوزن بالنسبة للعمر الأقل من 1.5- ستكون هي المدخل في البرنامج؛ أما القياسات المعيارية الأكثر من 0.5- فستكون المخرج. وبالنسبة إلى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 24-36 شهراً، سيكون المدخل هو القياس المعياري للطول بالنسبة للعمر الأقل من 2.0- مقترنا بقياس معياري للوزن بالنسبة للعمر يقل عن 1.5؛ أما المخرج فسيكون القياس المعياري للوزن بالنسبة للعمر الأكثر من 1.0-، بصرف النظر عن مؤشر الطول بالنسبة للعمر.

33- وطوال الأعوام الأربعة التي يستغرقها البرنامج القطري، سيحتاج المكوّن 2 إلى 2 969 طناً مترياً من الأغذية لنحو 24 000 مستفيد.

استراتيجيات التنفيذ

34- ستعمل الوحدات الإدارية على توحيد المعايير الأساسية لاختيار الأنشطة، لضمان التكامل المواضيعي والجغرافي المناسب بين مكونات البرنامج القطري. وفيما يلي المسائل المطروحة للنظر.

← سيسهم اختيار المدارس في المناطق المنعدم أمنها الغذائي في تحسين استهداف الجماعات الضعيفة الأخرى.



← سيعمل النهج الموجه إلى المجتمعات المحلية لتمكين المرأة في الأسر الضعيفة وغيرها من الجماعات النسائية على تحويل المدارس إلى مراكز للتنمية.

← سيعاد النظر في المناهج الدراسية لإدارة المخاطر والتغذية والجنسانية والنظافة الصحية وسيجري تضمينها.

← ستدعم لجان أولياء الأمور الرصد التغذوي المرتبط بالاستراتيجية الوقائية الموجهة للمجتمعات المحلية للمساعدة المتكاملة للطفل.

35- سيجري اختيار الشركاء المتعاونين من المنظمات غير الحكومية على أساس (1) مشاركتها للبرنامج في الأهداف العامة؛ و(2) أنها أثبتت قدراتها في مجال التنفيذ؛ و(3) وجودها في المناطق المستهدفة؛ و(4) مساهمتها بمدخلات غير غذائية ومساعدة تقنية وتدريب؛ و(5) التزامها بالنهج الجنساني للبرنامج.

36- وقد وقع المكتب الإقليمي لأمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي (دائرة البرمجة) مذكرة تفاهم مع اليونيسيف لتوفير موارد ومساعدة تقنية للبرامج الراهنة والمقبلة القائمة على الغذاء والتغذية، وبموجبها تعمل المكاتب القطرية للبرنامج واليونيسيف معاً على صياغة استراتيجيات قصيرة الأجل ومتوسطة الأجل وطويلة الأجل للتنمية التغذوية لهذا البرنامج القطري. وسيستمر التعاون مع منظمة الصحة للبلدان الأمريكية/منظمة الصحة العالمية لتعزيز القدرات المحلية لجماعات الصحة المحلية ولجان أولياء الأمور. وسيقوم البرنامج، بالتعاون مع منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة ووزارة التعليم، بإدراج عرض رائد للمناهج الدراسية في المدارس الابتدائية بشأن التربية التغذوية وإنتاج الخضراوات في المدارس.

إدارة البرنامج ورصده وتقييمه

37- جرت في مرحلة الصياغة مشاورات مع الوزارات والمؤسسات الحكومية والمنظمات غير الحكومية والجهات المانحة. وقامت حلقة عمل استراتيجية رفيعة المستوى باستعراض أولويات الحكومة وحددت أولويات المكونات ومناطق التنفيذ. وعقدت لكل مكون دورات تقييم تقني.

38- ووزارة التعاون الدولي والتنسيق التقني هي القناة الرئيسية بين الحكومة والبرنامج. وسيشارك موظفو هذه الوزارة في لجنتي الإدارة المركزية لكل مكون. وستغطي الحكومة 100 في المائة من تكلفة النقل الداخلي والتخزين والمناولة من ميناء الدخول حتى مستودعات التخزين المحلي التي توجد في أقرب مكان ممكن إلى نقاط التوزيع.

39- ويمكن الحصول على الأغذية إما بالاستيراد أو بالشراء محلياً، حسب التوافر ونوع المساهمات الواردة. وسيستمر البرنامج في الاستعانة بنظام معالجة حركة السلع وتحليلها لمراقبة الأغذية المسلمة في نقاط التسليم الأمامية، وسيغطي تكاليف النقل والمناولة إلى نقاط التوزيع الأخيرة، بالتشاور مع النظراء والشركاء.

40- واتساقاً مع الإدارة القائمة على النتائج⁽⁹⁾، سيوحد البرنامج القطري النظم المحوسبة الحالية للرصد والتقييم، باستخدام البيانات القاعدية لتتبع التغييرات في ضوء المؤشرات المستقاة من مجموعة المؤشرات. ويقوم الإطار المنطقي على الخبرة، ويتيح لنظام الرصد والتقييم المساهمة في خطط العمل المشتركة، وتيسير اتخاذ إجراءات تصحيحية، والتماس الدعم لنشر أفضل الممارسات.

⁽⁹⁾ برنامج الأغذية العالمي، 2002. سياسة برنامج الأغذية العالمي في الرصد والتقييم الموجهين نحو النتائج (WFP/EB.A/2002/5-C)



- 41- وستجرى تقييمات الأثر كلما أمكن ذلك؛ وسيكون الشركاء مسؤولين عن رصد نتائج هذه التقييمات وتبادل المعلومات مع البرنامج. وسيستعان بالنظام المتطور للإدارة القائمة على النتائج لبيان النتائج، ونشر الدروس المستفادة، وتحسين المساءلة، والتعميم الواسع لأفضل الممارسات؛ وسيتم ربط هذا النظام بالدراسات الإفرادية، مدعوماً بتحليل هشاشة الأوضاع ورسم خرائطها وبوكالات مثل اليونيسيف ومنظمة الصحة للبلدان الأمريكية ومنظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة، وبمؤسسات بحثية، لتقييم مساهمة برامج التنمية القائمة على الغذاء. وسيُصد بعض الموارد النقدية من تكاليف التشغيل المباشرة الأخرى وتكاليف الدعم المباشرة، من أجل الإدارة القائمة على النتائج، للنظراء الميدانيين ونظراء المستوى المركزي.
- 42- وقد استعان البرنامج بالأموال الحكومية المرصودة للنظام الوطني للتغذية المدرسية في إنشاء مكاتب فرعية في كل مقاطعة في البلد لتتيح تيسير ومراقبة التنفيذ وتتولى مسؤولية دعم العلاقات التشاركية مع الحكومات المحلية والمنظمات غير الحكومية. وسيستخدم الرصد بيانات كمية ونوعية. وسيجري تقييم خارجي مشترك للبرنامج القطري في منتصف المدة يديره مكتب التقييم.
- 43- وسيؤدي العمل المنسق للجان أولياء الأمور والإدارات المحلية والمنظمات غير الحكومية والبرنامج إلى تحسين الاتصال وزيادة الثقة والاحترام، وإجراء تقييمات للأثر المجتمعي، وزيادة القدرة على رصد وتقييم أنشطة البرنامج القطري. وسيجري الاضطلاع في المناطق ذات الأولوية بدراسات تقييمية وقاعدية ودراسات للمتابعة. وستكون التقييمات على الصعيد القطري هادياً لتصميم البرنامج وتنفيذه.
- 44- وفي إطار المكوّن 1، ستكون وزارة التعليم مسؤولة عن الرصد والتقييم من خلال وحدة دعم التغذية المدرسية ومراقبي المدارس الصحية ومراقبي البرنامج في كل مقاطعة. وسيجري تحسين نظام الرصد والمراقبة بصفة دورية، مع إضافة متغيرات ومبادئ توجيهية جديدة حسب المقتضى.
- 45- وستتولى مراقبة التغييرات في الأوزان واستهلاك كمالات الحديد مراقبون صحيون محليون مدربون ومتطوعات باستخدام مواد مصورة، وتشرف عليهم ممرضات ومرشدون في التوعية الصحية. والمجموعة المقترحة للمؤشرات الأساسية مأخوذة من مجموعة المؤشرات. وسيرتكز نظام الرصد والتقييم على الشبكة المحسنة لمراقف الرعاية الصحية وموظفي الصحة المتطوعين. وستنسق الوحدات الميدانية التدابير مع لجان التنمية البلدية والمحلية، والمنظمات غير الحكومية، وبرنامج المخصصات العائلية، وشبكة المتطوعين الصحيين، وقادة المجتمع، ومستفيدين مختارين.
- 46- وسيحشد البرنامج موارد محلية إضافية تصل إلى 375 000 دولار أمريكي سنوياً، ويصل مجموعها إلى 1.5 مليون دولار أمريكي في الأعوام الأربعة التي يستغرقها البرنامج القطري، وسيساعد ذلك على تلبية الاحتياجات وزيادة عدد المستفيدين، مما يستكمل موارد التنمية العادية المرصودة للبرنامج القطري.

الملحق الأول – ألف

تغطية المستفيدين حسب المكون والمخصصات الغذائية				
النسبة المئوية للنساء للمستفيدات (فترة البرنامج القطري)	عدد المستفيدين رجال/ نساء/المجموع (فترة البرنامج القطري)	تقديرات التوزيع حسب المكون (%)	كمية الأغذية (بالأطنان المترية)	مكون البرنامج القطري
50	416 700	77	10 004	المكون 1: الغذاء مقابل التعليم
56	24 000	23	2 968	المكون 2: الصحة والتغذية
	440 700	100	12 972	المجموع

الملحق الأول – باء

أنواع الغذاء وأحجام الحصص الغذائية					
عدد الأيام	مكون البرنامج القطري	نوع السلعة	الحصة الغذائية (الحجم/الفرد/في اليوم (غ))	كمية الطاقة المحتواة (سعر حراري)	القيمة البروتينية (غ)
150	التغذية المدرسية	المجموع	160	621	19.5
		الذرة	60	210	6.0
		الأرز	30	108	2.1
		فاصوليا	30	101	6.0
		خليط الأغذية المقواة	30	114	5.4
		الزيت النباتي	10	89	0.0
270	التغذية التكميلية للحوامل والمرضعات	المجموع	450	1 709	55.2
		الذرة	210	735	21.0
		الأرز	60	216	4.2
		فاصوليا	60	201	12.0
		خليط الأغذية المقواة	100	380	18.0
		الزيت النباتي	20	177	0.0
360	التغذية التكميلية للأطفال فيما بين 6 أشهر و 59 شهرا من العمر	المجموع	200	824	24.9
		الذرة	60	210	6.0
		الأرز	30	108	2.1
		فاصوليا	30	101	6.0
		خليط الأغذية المقواة	60	228	10.8
		الزيت النباتي	20	177	0.0
180	حصة غذائية جافة عائلية للمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية وأسره	المجموع	2 200	8 300	280.8
		الذرة	1 000	3 500	100.0
		الأرز	240	864	16.8
		فاصوليا	370	1 240	74.0
		خليط الأغذية المقواة	500	1 900	90.0
		الزيت النباتي	90	797	0.0

الملحق الثاني: مصفوفة النتائج والموارد

سلسلة النتائج	مؤشرات الأداء	المخاطر والافتراضات	الموارد المطلوبة
حصائل إطار عمل الأمم المتحدة للمساعدة الإنمائية			
1- يتقدم سكان هندوراس في الأعمال المنصف والعام لحقوقهم في الصحة والمياه والصرف الصحي والتغذية والتعليم والثقافة والحماية من العنف والإيذاء والاستغلال.	1-1 مؤشرات صافي القيد بالمدارس والصحة والتغذية.		
2- زادت الحكومة والمجتمع المدني من قدرتهما على توفير وحماية حصول الجميع على خدمات الوقاية من فيروس/مرض الإيدز وتوفير الرعاية والدعم الشامل في إطار من حقوق الإنسان والمساواة بين الجنسين.	1-2 انتشار الفيروس/مرض الإيدز على مستوى البلد. عدد الأشخاص الذين يتلقون العلاج المضاد للفيروسات الارتجاعية.		
3- تقوم المجتمعات المحلية الريفية والمنظمات المحلية، بالاشتراك مع الحكومة، بتنفيذ سياسات عامة وعمليات إنمائية لتحقيق الحصول المنصف والمستمر للسكان على الأرض وغيرها من عوامل الإنتاج، وعلى خدمات السوق والخدمات الداعمة، لتوليد فرص عمل جيدة وتحقيق الأمن الغذائي والحد من الفقر.	1-3 معدلات الفقر.		
هدف البرنامج القطري: تحسين الأمن الغذائي وسبل العيش الأمانة لأفقر السكان الذين يعيشون في أكثر البلديات معاناة من انعدام الأمن الغذائي في مناطق جنوب غرب وجنوب هندوراس.	تحسن أمن التغذية والأمن الغذائي وأمن سبل العيش.		





الملحق الثاني: مصفوفة النتائج والموارد			
سلسلة النتائج	مؤشرات الأداء	المخاطر والافتراضات	الموارد المطلوبة
المكون 1 (الهدف الاستراتيجي 4): دعم الحصول على التعليم والحد من الفروق بين الجنسين في الحصول على التعليم والتدريب على المهارات للأطفال في سن ما قبل المدرسة وتلاميذ المدارس الابتدائية.			
الحصائل			
1-1	ازدياد قيد الفتيان والفتيات في المدارس التي يساعدها البرنامج بنسبة 10 في المائة بحلول عام 2011.	1-1	عدم وجود موارد لتنفيذ وتكملة المعونة الغذائية وغيرها من أنشطة التغذية المدرسية.
2-1	ازدياد قيد الفتيان والفتيات في المدارس التي يساعدها البرنامج بنسبة 100 في المائة بحلول عام 2011.	2-1	معدل المواظبة: النسبة المئوية للفتيان والفتيات الذين يتعلمون في المدارس الابتدائية التي يساعدها البرنامج، رياض الأطفال والمدارس الابتدائية حسب الانطباق.
3-1	تحسن القدرة على التركيز والتعلم لدى الفتيان والفتيات في المدارس التي يساعدها البرنامج بنسبة 100 في المائة بحلول عام 2011.	3-1	ملاحظة المدرسين لقدرة الأطفال على التركيز والتعلم نتيجة للتغذية المدرسية.
4-1	سدّ الفجوة بين الفتيان والفتيات لتصبح 1 في المائة في رياض الأطفال والمدارس الابتدائية التي يساعدها البرنامج بحلول عام 2011.	4-1	نسبة الفتيات المقيدات في المدارس التي يساعدها البرنامج إلى الفتيان.
5-1	تحسن قدرة الحكومة على تنفيذ برنامج التغذية المدرسية.	5-1	عدم وجود موارد وسياسات حكومية لتنفيذ البرنامج الوطني للتغذية المدرسية.
المخرجات			
1-1	توفير الغذاء في الوقت المحدد وبكميات كافية للمستهدفين من الأطفال والمراهقات والبالغين لزيادة الحصول على التعليم في	1-1 أ	يتأثر التوزيع سلباً بإضرابات المدرسين.
		المستفيدون الفعليون الذين يحصلون على المساعدة الغذائية للبرنامج من خلال كل نشاط كنسبة مئوية من المستفيدين المستهدفين، حسب فئة المشروع والفئة العمرية والجنس.	

الملحق الثاني: مصفوفة النتائج والموارد

سلسلة النتائج	مؤشرات الأداء	المخاطر والافتراضات	الموارد المطلوبة
المدارس ومراكز التعليم غير النظامي.	1-1 ب الكمية الفعلية للأغذية الموزعة من خلال كل نشاط كنسبة مئوية من عمليات التوزيع المخططة، حسب فئة المشروع ونوع الغذاء.	نفاد المخزون وعدم توافر الأغذية لاستكمال سلة الأغذية.	
2-1 توفير حبوب التخلص من الديدان للأطفال والأمهات المستهدفين في الأنشطة التي يدعمها البرنامج.	2-1 المستفيديون الفعليون الحاصلون على حبوب التخلص من الديدان من خلال الأنشطة التي يدعمها البرنامج كنسبة مئوية من المستفيدين المستهدفين من حبوب التخلص من الديدان، حسب فئة وجنس المستفيدين.	عدم توافر الأموال.	
3-1 زيادة المشاركة والتمويل من جانب الحكومة لزيادة التغطية ببرنامج التغذية المدرسية.	3-1 مجمع الأموال الواردة من الحكومة وازدياد عدد الأطفال، حسب الجنس.	عدم توافر الأموال.	
4-1 توفير المساعدة في بناء القدرات للنظراء الحكوميين.	4-1 أ عدد دورات التدريب والموظفين المدربين في برامج الإدارة القائمة على الغذاء.	قد يؤدي تناوب المدرسين وموظفي الحكومة إلى الحد من قدرة الحكومة على إدارة برنامج التغذية المدرسية.	
	4-1 ب تحسّن نظام الرصد والتقييم في هياكل النظراء.		
المكوّن 2 (الهدف الاستراتيجي 3): دعم الحالة التغذوية والصحية المحسنة للأطفال والنساء والأمهات والمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية وغيرهم من الجماعات الضعيفة			
الخصائص			
1-2 خفض سوء التغذية المزمن من 28 في المائة إلى 20 في المائة بين الأطفال دون سن الخامسة في المناطق المستهدفة بحلول عام 2011.	2-1 أ انتشار سوء التغذية المزمن بين الأطفال المستهدفين دون سن الخامسة، على أساس الطول بالنسبة للعمر الأقل من 2- بالقياس المعياري.	يظل التزام الحكومة بخفض سوء التغذية وانتشار فيروس/مرض الإيدز أولوية وطنية.	الأغذية المطلوبة: 2 968 طنا متريا مساهمة الحكومة في العام: 33 645.00 دولارا أمريكيا
2-2 تحسّن التغذية بنسبة 100 في المائة بين الحوامل والمرضعات وسائر الضعيفات اللاتي يحصلن على مساعدة البرنامج في المناطق المستهدفة بحلول عام 2011.	2-1 ب انتشار سوء التغذية المزمن بين الأطفال المستهدفين دون سن الخامسة، على أساس الوزن بالنسبة للعمر الأقل من 2 بالقياس المعياري، موزعا حسب الجنس.	لدى أقسام وزارة الصحة التي تتولى الرصد والتقييم موارد بشرية ومادية كافية.	
	2-2 أ انتشار سوء التغذية بين النساء المستهدفات اللاتي في سن الحمل، على أساس مؤشر كتلة الجسم الأقل من 19.	2-2 ب تكرر انخفاض الوزن عند الولادة بين الجماعات المستهدفة.	



الملحق الثاني: مصفوفة النتائج والموارد			
سلسلة النتائج	مؤشرات الأداء	المخاطر والافتراضات	الموارد المطلوبة
3-2 خفض الأنيميا إلى 5 في المائة بين النساء في سن الإنجاب والأطفال دون سن الخامسة بحلول عام 2011.	3-2 انتشار الأنيميا بين المستهدفين من الأطفال والحوامل والمرضعات.	مناطق تدخل البرنامج وامتلاكهم للمهارات والموارد التقنية المطلوبة.	
4-2 تحسّن الحالة التغذوية والصحية لـ 80 في المائة من الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية الذين يساعدهم البرنامج.	4-2 أ النسبة المئوية للمصابين بالفيروس الذين يزداد وزنهم ويحافظون عليه.	اشترك وزارة الصحة في الرصد والتقييم.	
	4-2 ب النسبة المئوية للمصابين بالفيروس الملتزمين بالعلاج، حسب الفئة العمرية والجنس.		
5-2 تحسّن قدرة الحكومة على تنفيذ البرنامج الوطني للتغذية وصحة الأم والطفل القائم على الغذاء.	5-2 قدرة النظراء على تنفيذ برنامج صحة الأم والطفل على المستوى الوطني: عدد الأشخاص الذين يتلقون المساعدة الغذائية.	عدم وجود موارد وسياسات حكومية لتنفيذ البرنامج الوطني لصحة الأم والطفل.	
المخرجات			
1-2 الأسر والأفراد المختارون الذين يحصلون على الغذاء بسرعة طبقاً للاحتياجات.	1-2 أ النسبة المئوية للأطفال دون العامين الذين يقتصرون على الرضاعة الطبيعية لمدة تصل إلى ستة أشهر.	تحول المسؤوليات المتعددة للمراكز الصحية دون المشاركة الكاملة في هذا البرنامج.	
	1-2 ب الكمية الفعلية للأغذية الموزعة من خلال كل نشاط كنسبة مئوية من عمليات التوزيع المخططة، حسب فئة المكوّن ونوع الغذاء.		
	1-2 ج المشتركون الفعليون في كل نشاط كنسبة مئوية من المشتركين المستهدفين، حسب فئة المشروع والجنس.		
2-2 تحسّن الممارسات المتعلقة بالأم والطفل في مجال التغذية والصحة السليمتين.	2-2 أ تحسن الممارسات المتعلقة بالأم والطفل في مجال التغذية والصحة السليمتين.	عدم وجود مدربين على المستوى المحلي.	
	2-2 ب النسبة المئوية للحوامل اللاتي تبلغ زيارتهن للمراكز الصحية +5.		
	2-2 ج النسبة المئوية للنساء اللاتي يزداد وزنهن بشكل مناسب في فترة الحمل.		
	2-2 د النسبة المئوية للأطفال البالغين من العمر 12 شهرا		

الملحق الثاني: مصفوفة النتائج والموارد

سلسلة النتائج	مؤشرات الأداء	المخاطر والافتراضات	الموارد المطلوبة
	والمحصنين تحصينا كاملا.		
	2-2-هـ العدد الفعلي للأطفال دون سن الخامسة الذين يتلقون علاجاً للتخلص من الديدان يجري توفيره من خلال الأنشطة التي يدعمها البرنامج كنسبة مئوية من المستفيدين المستهدفين، حسب الفئة والجنس.		
	2-2-و عدد الأطفال دون سن الخامسة الذين يحصلون على مكملات الحديد وحامض الفوليك.		
3-2	أ-3-أ عدد البلديات التي تدعم نقل وتوزيع الأغذية.		
	ب-3-ب عدد النساء المشتركات في التربية الصحية والتغذية.		
4-2	أ-4-أ مجموع الأموال الواردة من الحكومة وازدياد عدد المستفيدين.	تقليص الميزانية الحكومية، أو عدم وجود ميزانية، لبرامج صحة الأم والطفل.	
5-2	توفير المساعدة في بناء القدرات للنظراء الحكوميين.		
الأنشطة			
1-2	تنفيذ وتشغيل نظام مراقبة الأغذية والتغذية.		
2-2	شبكة الخدمات الصحية التي توفر التدريب وغيره من الخدمات على المستوى المحلي.		
3-2	الشبكة المحلية لموظفي الصحة الذين يقدمون الخدمات للأسر على المستوى المحلي.		



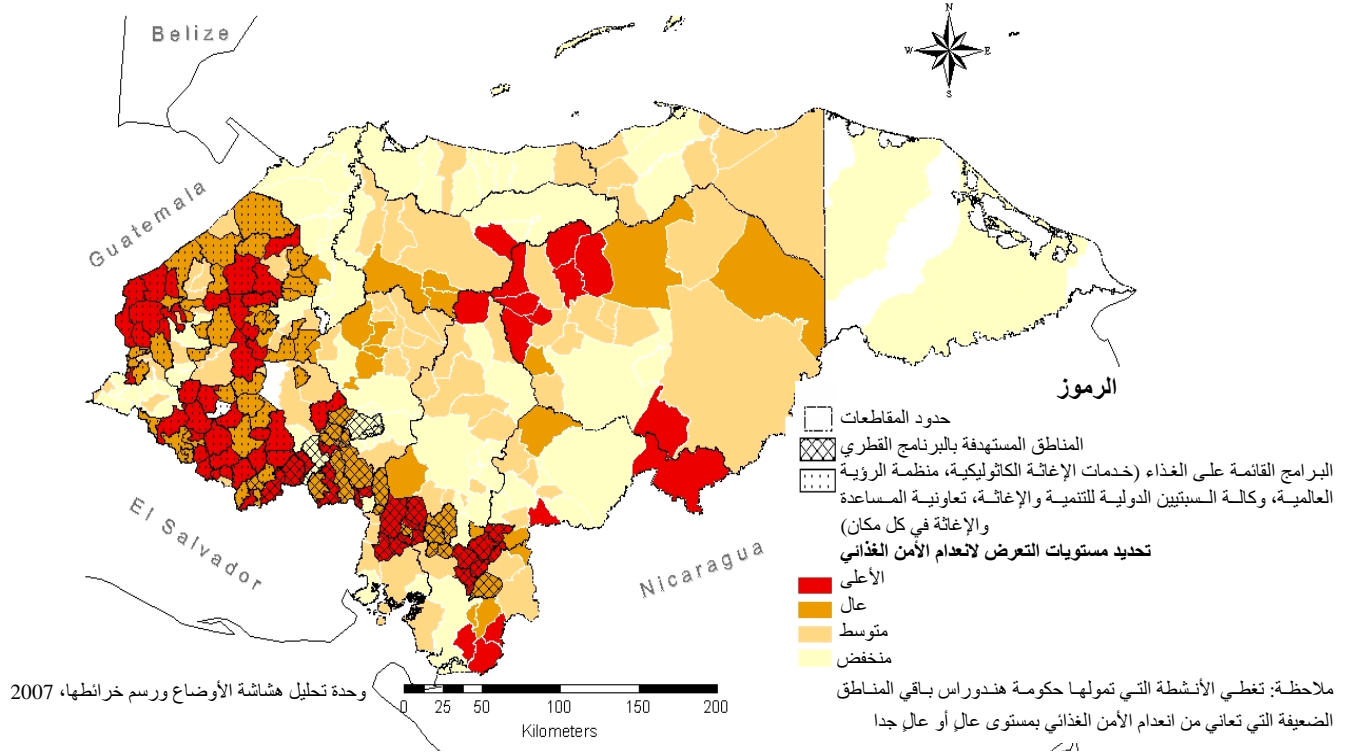
الملحق الثالث

خطة الميزانية بحسب المكون (دولار أمريكي)			
المجموع	المكون 2: الصحة والتغذية	المكون 1: الغذاء مقابل التعليم	
12 972	2 968	10 004	الأغذية (بالأطنان المترية)
4 883 184	1 112 932	3 770 252	الأغذية (القيمة)
1 574 604	360 270	1 214 334	النقل الخارجي
			النقل الداخلي والتخزين والمناولة ⁽¹⁾
119 200	19 200	100 000	تكاليف التشغيل المباشرة الأخرى
6 576 988	1 492 402	5 084 586	مجموع تكاليف التشغيل المباشرة
314 160			تكاليف الدعم المباشرة
482 380			تكاليف الدعم غير المباشرة
7 373 528			إجمالي التكاليف التي يتحملها البرنامج
540 352	87 048	453 304	إجمالي التكاليف التي تتحملها الحكومة (النقل الداخلي والتخزين والمناولة)

⁽¹⁾ تغطي الحكومة 100%، لذلك لم ترد الأرقام في الجدول

الملحق الرابع

المناطق المستهدفة بمشروع البرنامج القطري لهندوراس 10538.0 (2012-2008)



إن الإشارات والمواد المستخدمة في هذا المنشور لا تعبر بأي حال من الأحوال عن برنامج الأغذية العالمي بشأن المركز القانوني أو حدود أو تخوم لأي بلد أو تراب أو مدينة أو موقف منطقة أيا كانت.