



المشروع هندوراس ٥٦٩١

تنمية المجتمعات المحلية والنهوض بأوضاعها الصحية

مدة المشروع:

خمس سنوات

مجموع تكاليف ا غنية:

٥٨٠ ٨٢٩ ٤ دولارا

مجموع التكاليف التي يتحملها البرنامج:

٤٣٤ ٨٨٩٠ ٨ دولارا

مجموع التكاليف التي تتحملها الحكومة

٢٧٥٠ ٠٠٠ دولار

عدد المستفيدين:

١٠٦ ٠٥٠ مستفيدا (٩٦ ٠٠٠ من أفراد

١ سر، و٢ ٥٠٠ طفل، و٣ ٠٥٠ من

الحوامل، و٤ ٥٠٠ متدرب)

جميع القيم النقدية محسوبة بدولار الولايات المتحدة ا مريكية، ما لم يذكر غير ذلك. وكان الدولار الواحد يعادل ١٣,١ لمبيرا في يوليو/تموز ١٩٩٧.

المجلس التنفيذي

الدورة العادية الثالثة

روما، ٢٠ - ٢٣/١٠/١٩٩٧

المشروعات الإنمائية المقدمة للمجلس التنفيذي ليجيزها

البند ٨ (أ) من جدول
الأعمال

الموجز

من المنتظر أن يسفر المشروع عن النهوض با وضاع الصحية والحالة التغذوية لنحو ١٩ ٢٠٠ أسرة ينتمون إلى المجموعات الضعيفة في ٤٦٥ بلدة و٣٨ بلدية، وأن يعزز من قدرة منظمات المجتمعات المحلية على صياغة خططها الإنمائية الذاتية. وستدعم ا نشطة السياسة الحكومية في ميدان التخفيف من حدة الفقر، والبرنامج المعروف باسم أكسيس "ACCESS" الذي تسعى الحكومة من خلاله إلى تحسين انتشار الخدمات الصحية، وسياسة اللامركزية التي تعزز من إدارة الخطط الإنمائية المحلية. وتُقدم المعونة الغذائية على الشكل التالي: (١) مكملات تغذية للأسر الريفية الفقيرة التي ترأسها نساء وتضم حوامل ومرضعات وأطفال دون سن الخامسة ممن يواجهون خطر الإصابة بسوء التغذية؛ (٢) حوافز للمشاركة في أنشطة الرعاية قبل الولادة ومتابعة نمو ا طفل؛ (٣) مساندة لإنشاء البنيات ا ساسية وتنمية المجتمعات المحلية. وستتولى تنفيذ المشروع بطريقة منسقة وزارة الصحة، ومجالس المجتمعات المحلية، والمنظمات غير الحكومية العاملة بالفعل في منطقة المشروع. وستضطلع وحدة لإدارة المشروع بمهمة تنسيق ا نشطة وإدارة المشروع بدعم من ثلاث وحدات ميدانية. وستوفر منظمة الصحة في البلدان ا مريكية مستشاراً فنياً دائماً واحداً لكل وحدة من الوحدات الميدانية المذكورة. وسيساند صندوق ا مم المتحدة للسكان عقد دورات تأهيلية للمدربين. وستسهم منظمة اليونيسيف، في إصدار المواد التدريبية وفي توفير المشورة الفنية. أما الوكالة الكندية للتنمية الدولية فتستقوم عبر برنامج العناصر المغذية الدقيقة في مرفق الصحة النسائية بتوفير العناصر المذكورة والمواد الغذائية والموارد ا خرى اللازمة نشطة الرصد والتدريب.



Distribution: GENERAL
WFP/EB.3/97/8-A/Add.1

20 August 1997
ORIGINAL: ENGLISH



مذكرة للمجلس التنفيذي

الوثيقة المرفقة المشتملة على توصيات مقدمة للمجلس التنفيذي لينظر فيها ويجيزها

وفقا لقرارات المجلس التنفيذي المتعلقة بأساليب عمله التي اتخذها في دورة انعقاده العادية الأولى لعام ١٩٩٦، فإن وثائق العمل التي أعدتها الأمانة لتقدم للمجلس قد روعي فيها عنصر الإيجاز وعرض المسائل بشكل يسهل أمر البت فيها واتخاذ القرار بشأنها. ويجب أن تدار أعمال المجلس التنفيذي بأسلوب عملي يقوم على التشاور المستمر بين أعضاء الوفود والأمانة التي لن تدخر وسعا في وضع هذه التوجيهات موضع التنفيذ.

تدعو الأمانة أعضاء المجلس الذين يرغبون في إيداء بعض الملاحظات أو لديهم استفسارات تتعلق بمحتوى هذه الوثيقة الاتصال بموظفي برنامج الأغذية العالمي المذكورة أسمائهم أدناه، ويستحسن أن يتم الاتصال قبل ابتداء اجتماعات المجلس التنفيذي. إذ أن الغرض من هذه الترتيبات هو تسهيل عمل المجلس عند النظر في الوثائق في الجلسات العامة.

الموظفان المسؤولان عن الوثيقة هما:

رقم الهاتف: 6513-2207

J. Conway

مدير عمليات أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي:

رقم الهاتف: 6513-2042

A. Kapoor

منسق برامج هندوراس:

الرجاء الاتصال بأمين الوثائق إن كانت لديكم استفسارات تتعلق بإرسال الوثائق المتعلقة بأعمال المجلس التنفيذي أو استلامها وذلك على رقم الهاتف التالي: (6513-2641).



تحليل المشكلة

- ١- تحتل هندوراس المرتبة الرابعة في قائمة أشد البلدان فقراً في إقليم أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي. وبعاني اقتصادها من تدهور معدلات الإنتاج الغذائي والاعتماد على واردات الحبوب بمستويات متواصلة على مدى العقد الماضي، علماً بأن حصة الفرد من الناتج المحلي الإجمالي بلغت ٥٨٩ دولاراً عام ١٩٩٥. وماتزال ظاهرة سوء التغذية المزمن متفشية على نطاق واسع في البلاد. وخلال الفترة ١٩٨٥ - ١٩٩٥، زاد مؤشر الأسعار الغذائية بنسبة ٤٠٠ في المائة، ورغم أن الأجر الأدنى اليومي الجائز قد زاد مؤخراً ليلبلغ ٢,٤٠ دولار فإن الأجر اليومي الحقيقي للعمل الزراعي يظل منخفضاً (١,٥٥ دولار)، بحيث تعجز الغالبية العظمى من العمال الريفيين عن تسديد التكلفة التقديرية لتشكيلة الأغذية اليومية لأسرهم. وفي عام ١٩٩٣، كان نحو ٧٧ في المائة من سكان الريف يعيشون دون حد الفقر، بينما كانت نسبة ٥٦ في المائة منهم تعيش دون مستوى العوز وذلك يعني، أن هذه النسبة عاجزة عن شراء تشكيلة الأغذية اليومية الأساسية.
- ٢- وتتألف الوجبة الغذائية في هندوراس عموماً من مادتين غذائيتين أساسيتين هما - الذرة والفاصوليا - مما يعني التعرض الشديد لفترات من الشح. وقد عجز الإنتاج الغذائي المحلي عن مواكبة الطلب. وبما أن ٦٠ في المائة من الأراضي الزراعية تتألف من رقع صغيرة تقل مساحتها عن ثلاثة هكتارات وتستخدم في الزراعة المعيشية، فإن فشل المحاصيل يؤثر مباشرة على الأمن الغذائي الأسري، حيث أن نسبة نحو ٤٤ إلى ٦٦ في المائة من الذرة و٤٨ إلى ٧١ في المائة من الفاصوليا تستخدم في الاستهلاك الأسري. وفي المنطقة المختارة لتنفيذ المشروع فإن شح المياه، والافتقار إلى نظم الري، وتعرية التربة، والتقلب العشوائي في معدلات هطول الأمطار تشكل تهديداً متواصلاً للأمن الغذائي على مستوى الأسر والمجتمعات المحلية. وبحلول عام ١٩٩٤، لم يكن حجم الحصة اليومية من السعرات تزيد على نسبة ٦٦ في المائة من الحد الأدنى المستصوب في الإقليم الغربي الريفي وعن ٧٦ في المائة من ذلك الحد في الإقليم الجنوبي الريفي حيث يعيش السكان المستفيدون من المشروع.
- ٣- ويمكن أن تؤدي استراتيجيات التكيف الأسرية، أي منح الحصص الغذائية الأكبر للأعضاء العاملين لضمان امتلاكهم لما يلزمهم من قوة للعمل، إلى تعريض أفراد الأسر الأضعف مثل الأمهات الحوامل أو المرضعات وصغار الأطفال إلى خطر الإصابة بسوء التغذية. ويعاني الأطفال من أبناء الأسر التي تعيش في ظروف النقص الغذائي من ثغرات قصوى في الاستهلاك الغذائي بالمقارنة مع الاحتياجات. وبصورة مستمرة فإن الأطفال الهندوراسيين بين سن ١٨ شهراً و٥٩ شهراً يحصلون على طاقة غذائية تقل بنسبة ٢٥ في المائة عن الحد الأدنى المطلوب. وتسود في صفوف الأطفال دون سن المدرسة في هندوراس النسبة الثانية من حيث الضخامة لنقص التغذية الشامل في إقليم أمريكا الوسطى: إذ تبين أن ١٩,٣ في المائة من الأطفال دون سن الخامسة يعانون من قيم منخفضة للوزن حسب العمر عام ١٩٩٦. وتراوحت نسبة تأخر النمو بين الأطفال من سن ١٢ إلى ٥٩ شهراً في المناطق الريفية بين ٣٨,٧ و ٦٢ في المائة. وتدعو الحاجة إلى الأغذية التكميلية لسد الثغرة القائمة في الحصة اليومية ولتفادي إلحاق أضرار لا سبيل إلى إصلاحها خلال فترة الحمل والطفولة المبكرة، مع العناية في الوقت ذاته بأمر الجوانب الإنتاجية للأمن الغذائي الأطول أجلاً.
- ٤- وتم تقدير الأثر المادي لسوء التغذية المزمن في هندوراس عام ١٩٩٥ عبر إحصاء لأطوال أطفال المدارس. وأشار الإحصاء الوطني لأطوال أطفال المدارس الابتدائية (بين ست وتسع سنوات) إلى أن منطقة المشروع هي من بين المناطق الأشد معاناة في البلاد. وفي مقابل المتوسط الوطني للأطفال المعانين من سوء التغذية المزمن والبالغ ٣٨,٥ في المائة،

فإن النسب المقابلة في المناطق الريفية من كوبان والمناطق الريفية من اوكتوبيك هي على التوالي ٦٢ و ٤٧ في المائة. وتصل النسبة الإجمالية لمدى انتشار تأخر الطول حسب العمر في محافظتي البارابيسو وشولوتيكيا إلى ٥٣,٢ في المائة. وليس هناك من فوارق ملحوظة بين فئتي الذكور والإناث فيما يتعلق بتأخر النمو في صفوف الأطفال الهنودوراسيين.

٥- ويتوافق تأخر النمو غالباً مع حالات نقص تغذوي مثل نقص الحديد واليود وفيتامين ألف. وقد تم التصدي بصورة فعالة لحالات نقص فيتامين ألف واليود عبر استراتيجيات تدعيم الأغذية. فيفضل التدعيم الشامل للملح أمكن السيطرة الآن على ظاهرة نقص اليود، في حين يسهم تدعيم السكر بفيتامين ألف في التقليل كثيراً من انتشار نقص هذا الفيتامين. وبما أن الأطفال دون سن الخامسة لا يحصلون على مقادير كافية من فيتامين ألف من السكر المدعم، فإن وزارة الصحة تقوم بتوزيع جرعات عالية من فيتامين ألف على هؤلاء الأطفال كل ستة أشهر. أما النقص الوحيد في العناصر الغذائية الدقيقة الذي لم يعالج أمره نسبياً فهو نقص الحديد. وهكذا، فإن فقر الدم يصيب ٣٠,٥ في المائة من الحوامل، و ٢٢ في المائة من النساء، و ٢٨ في المائة من الأطفال بين سن ١٢ و ٥٩ شهراً.

٦- وتلقى المكملات الفيتامينية/المعدنية قبلاً طيباً في صفوف النساء في سن الحمل. غير أن خدمات الرعاية قبل الولادة وقدرة وزارة الصحة على تلبية الطلب على المكملات تغطيان نحو ٥٠ في المائة فقط من الاحتياجات. وهكذا، فإن تدعيم دقيق القمح حالياً بالحديد وبرنامج توفير مكملات الحديد للأمهات الحوامل وللأطفال دون سن المدرسة يعتبران كافيين لمكافحة وتفاذي هذا النقص على نحو ملائم. ولكن الحاجة تدعو إلى تدابير مكثفة لمعالجة فقر الدم التغذوي بالنظر إلى الآثار السلبية لفقر الدم الناجم عن نقص الحديد على الأداء المدرسي، والمناعة إزاء الأمراض، وطاقة التحمل البدنية، والقدرة على العمل، وكذلك على معدلات وفيات الأطفال وعلى نموهم. وتعتبر المصادر الغذائية للحديد المتاحة محلياً والمستهلكة تقليدياً غير كافية من حيث الكمية والنوعية على حد سواء. فمقادير الحديد المتوفرة من المصادر الغذائية النباتية ضئيلة، بل إنه حتى مع الحصة الغذائية العالية من المصادر الحيوانية - والتي لا تتاح للفقراء - فإن من المتعذر تلبية المتطلبات خلال فترة الحمل دون مكملات دوائية من الحديد. ولهذه الأسباب، فإن من الضروري توسيع تغطية خدمات الرعاية في مرحلة ما قبل الولادة وتوفير مقادير تكملية من الحديد لمعالجة هذا النقص.

٧- ويتمثل السبب الرئيسي لسوء التغذية في هندوراس في تلك الحلقة المفرغة من نقص الحصة الغذائية وتكرر الإصابة بالأمراض، ولاسيما الإسهال الحاد والأمراض التنفسية التي تبدأ خلال فترة الفطام. وتسهم الظروف غير الصحية للبيئة المادية المحيطة بغالبية السكان إسهاماً كبيراً في انتشار العلل وارتفاع معدل الوفيات في صفوف المجموعات الضعيفة. ويرجع السبب في وفيات نحو ٢٠ في المائة من المواليد إلى فقر الدم. ويسود في هندوراس معدل من أعلى معدلات وفيات المواليد في أمريكا اللاتينية حيث يزيد على ١٥ وفاة لكل ١٠٠٠ حالة ولادة. كما ترتفع معدلات الوفيات في صفوف صغار الأطفال الذين يعيشون في ظل ظروف سوء التغذية المزمن وفي بيئات غير نظيفة. والتقديرات الجارية لمعدل وفيات صغار الأطفال هي إما توقعات للبيانات الإكتوارية لعام ١٩٨٧ أو تقديرات غير مباشرة من المسوح السكانية. وتشير الأرقام التقديرية أن معدلات وفيات صغار الأطفال في كل ١٠٠٠ حالة ولادة لعام ١٩٩٥ وحسب المحافظات على النحو التالي: أوكتوبيك ٦٣، والبارابيسو ٥٩، وشولوتيكيا ٥٦. وبما أن هذه المعدلات في هندوراس أعلى بنسبة ١٢ في المائة في المناطق الريفية عنها في المناطق الحضر (وأكثر بنسبة ٣٠ في المائة مما هو عليه الحال في البلدان الأخرى في أمريكا اللاتينية)، فإن المعدل الفعلي لهذه الوفيات في منطقة المشروع يتجاوز ٦٠ حالة وفاة في كل ١٠٠٠ حالة ولادة.

٨- وبالإضافة إلى نقص الأغذية المزمن فإن المناطق الريفية التي سنفذ فيها المشروع تعاني من نقص في البنيات الأساسية للمياه والإصحاح. إذ أن نحو ٧٥ في المائة من الأسر في منطقة المشروع محرومة من مياه الشرب النقية، بينما



تفتقر نسبة ٤٥ في المائة إلى خدمات الإصحاح الأساسية. وثمة عيوب أساسية في المنازل من حيث جدرانها وأرضياتها وسقوفها. ويؤدي كل ذلك إلى تفاقم ضعف السكان المستفيدين. ومن زاوية الأمن الغذائي الأسري، فقد تبين أن العوامل الرئيسية لانعدام الأمن الغذائي لا تكمن في تدهور الإنتاج الغذائي فحسب، بل وكذلك في الافتقار إلى الطرق الفرعية التي تتيح للمزارعين إيصال منتجاتهم إلى الأسواق المحتملة. كما أن هذا العائق يحد أيضاً من الوصول إلى الخدمات الصحية. وترى مجالس المجتمعات المحلية أن الافتقار إلى مرافق الإصحاح، والمياه، والبنى الأساسية يمثل المشكلة الرئيسية التي تتطلب المواجهة.

٩- وثمة ثلاث سياسات حكومية حاسمة في هندوراس وهي: (أ) خطة الأمن الغذائي التي تدعم الحكومة من خلالها برامج التخفيف من وطأة الفقر في البلاد؛ (ب) برنامج أكسيس الذي يرمي إلى النهوض بتغطية الخدمات الصحية؛ (ج) نهج اللامركزية السياسية الذي يساند تنفيذ خطط المجتمعات المحلية الإنمائية.

١٠- ويقر برنامج أكسيس بأن غالبية السكان، لاسيما في المناطق الريفية، يعانون من الافتقار إلى الخدمات الصحية. وتتولى وزارة الصحة، بمساعدة الوكالات الثنائية والوكالات متعددة الأطراف (منظمة الصحة في البلدان الأمريكية ومنظمة اليونيسيف، والوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، وحكومة السويد)، تنفيذ البرنامج الذي يتم من خلاله تشجيع المجتمعات المحلية على تحديد أولوياتها الصحية والترويج لخطط العمل. وفي يونيو/حزيران ١٩٩٦، بدأت العملية في ٧٢ في المائة من البلديات وغطت ٦٦,٤ في المائة من مجموع السكان. غير أن البلديات في العديد من مناطق المشروع المقترحة تفتقر إلى الموارد والخبرات اللازمة لتنفيذ الخطط المحلية، بما في ذلك الأنشطة التغذوية والتعليمية وأنشطة إطفاء المجموعات الضعيفة.

١١- وبعد سنوات من إدارة الخدمات الصحية بأسلوب مركزي تتخذ فيه القرارات من القمة إلى القاعدة فإن المنظمات القاعدية تحتاج إلى التعزيز كي تستعرض وتشارك بنشاط في تنفيذ الخطط المحلية بالتنسيق مع المنظمات الحكومية والممثلين الآخرين للمجتمع المدني. وتتباين مجالس المجتمعات المحلية من حيث المستوى، فبعضها يتمتع بالخبرة ويجتذب مشاركة واسعة من جانب أعضائه في تحديد الأولويات المحلية ووضع الخطط، بينما يحتاج بعضها الآخر إلى التدعيم. ويتطلب الأمر بذل جهود خاصة لمساندة اضطلاع النساء بوظائف اتخاذ القرارات داخل المجالس.

مساعداً البرنامج السابقة

١٢- قدمت المساعدة في السابق إلى المجموعات الضعيفة (الحوامل والمرضعات والأطفال دون سن الخامسة) من خلال المشروع هندوراس ٢٥٢٣ (التوسع الأول). وبين عامي ١٩٩١ و١٩٩٦، تم توزيع ١٧ ٠٠٠ طن من المواد الغذائية مباشرة بينما استخدم ثمن ٥ ٠٠٠ طن من القمح لمساندة جهود التنمية المجتمعية والأسرية وكذلك الأنشطة الإنتاجية (التدريب والائتمان) مع تركيز خاص على النساء.

١٣- وتمثل الهدف الرئيسي للمشروع في زيادة وتيرة زيارات المجموعات الضعيفة لمراكز الصحة الأولية والتغذية في المجتمعات المحلية الأشد فقراً. وتحقق ذلك عبر توزيع حصص غذائية أسرية كحافز على التردد على تلك المراكز. كما توافرت للمشروع موارد للتدريب التغذوي والصحي ولتشجيع تردد الأطفال دون سن المدرسة على مراكز الرعاية النهارية. وتأثر تنفيذ المشروع خلال العامين الأولين كثيراً بالمشكلات الناجمة عن ضعف قدرة وزارة الصحة على التنفيذ



والتنسيق، غير أن معظم هذه المشكلات قد سوي فيما بعد. وكانت إنجازات عنصر التدريب والائتمان متواضعة؛ وقد تحققت هذه الإنجازات بفضل المشاركة النشطة للمنظمات غير الحكومية ومؤسسات الحكومة المحلية.

١٤- وأدرجت الدروس المستفادة من المشروع السابق في المشروع الحالي بحيث شاركت، على سبيل المثال، السلطات المحلية والمستفيدين بشكل مباشر في تصميم المشروع. وأبرمت اتفاقيات تشغيلية محددة بين وزارة الصحة والبرنامج مما سبب تنفيذ المشروع. كما عقدت اتفاقات أولية مع المنظمات غير الحكومية للمشاركة في التنفيذ.

أهداف المشروع وإنجازاته

١٥- يتمثل هدف المشروع على المدى البعيد للمشروع في الإسهام في تحسين الأوضاع الصحية والتغذية للأسر الفقيرة في المناطق الريفية عبر تيسير وصولهم إلى الأغذية، والخدمات الصحية، وبتعزيز منظمات المجتمعات المحلية بما يتماشى مع السياسات الحكومية بشأن الأمن الغذائي، والوصول إلى الخدمات الصحية، واللامركزية السياسية.

١٦- أما الأهداف العاجلة فهي:

(أ) النهوض بالأوضاع الصحية والحالة التغذوية للمجموعات الضعيفة (الأطفال دون الخامسة، والمرضعات والحوامل، والنسوة اللواتي يرأسن أسرا) في منطقة المشروع.

والمؤشرات الرئيسية لإنجاز الهدف (أ) هي:

(١) إحداث تحول في مدى (النسبة المئوية) انتشار سوء التغذية في صفوف الأطفال المستفيدين بين ستة أشهر إلى ٢٣ شهراً من العمر؛

(٢) إحداث تحول في مدى (النسبة المئوية) انتشار فقر الدم في صفوف الحوامل (مع مراعاة مرحلة الحمل).

(ب) تيسير الوصول إلى خدمات الإصحاح والبنيات الأساسية في مجتمعات محلية مختارة في منطقة المشروع.

أما المؤشرات الرئيسية لإنجاز الهدف (ب) فهي:

(١) عدد البيوت المحسنة (الأرضيات، السقوف، الجدران، المواقد ذات المداخل، المراحيض)؛

(٢) عدد البنيات الأساسية المحلية والمباني المجتمعية المبنية أو المحسنة؛

(٣) عدد النساء المتخرجات من الدورات التدريبية المتعلقة بالممارسات الصحية العامة وتقنيات التخلص من النفايات.

(ج) تعزيز منظمات المجتمعات المحلية لتمكينها من تنفيذ خططها الإنمائية الخاصة.

وتتمثل المؤشرات الرئيسية لإنجاز الهدف (ج) في:

(١) عدد منظمات المجتمعات المحلية التي قامت بإعداد وتنفيذ خطط إنمائية؛

(٢) النسبة المئوية للنساء المشاركات في منظمات المجتمعات المحلية وفي مواقع اتخاذ القرارات؛



(٣) النسبة المئوية للمتطوعين الصحيين والعمال الاجتماعيين المشاركين في مجالس المجتمعات المحلية.

الإنجازات

-١٧

وتتمثل إنجازات المشروع فيما يتصل بالهدف (أ) بما يلي:

- (١) تخليص الأطفال دون سن الخامسة في منطقة المشروع من الديدان لتحسين الاستخدام البيولوجي للعناصر المغذية؛
- (٢) توفير كمّلات من سولفات الحديد على شكل شراب لكل الأطفال دون سن الخامسة بغية التقليل من انتشار فقر الدم؛
- (٣) تخفيض انتشار فقر الدم في صفوف الحوامل والأطفال دون سن الثانية في منطقة المشروع بنسبة ٣٠ في المائة بعد ثلاث سنوات من الاستكمال العام للحديد/الحامض الورقي؛
- (٤) خفض انتشار نقص الوزن حسب العمر بنسبة ٢٠ في المائة على الأقل في صفوف الأطفال بين ستة أشهر و٢٣ شهراً من العمر بعد ثلاث سنوات من معونات المشروع الغذائية والتدريب على إطعام الأطفال؛
- (٥) زيادة متوسط السرعات الحرارية اللازمة بنسبة ١٠ في المائة على الأقل لكل الأطفال المستفيدين في نهاية فترة المعونة الغذائية (١٢ شهراً)؛
- (٦) التدريب على متابعة نمو الأطفال وتوفير الموازين النابضية لما لا يقل عن ٤٥٠ من الموظفين المحليين للرعاية الصحية ومتطوعي المجتمعات المحلية (القائمون على رصد الأوزان والقابلات التقليديات)؛
- (٧) إنشاء نظام عملي مبسط لمتابعة نمو الأطفال وانتشار فقر الدم.

-١٨

أما إنجازات الهدف (ب)^(١) (انظر الملحق الثالث (أ)) فهي:

- (١) تحسين نحو ٩٠٠ موقد في ٣٨ بلدية؛
- (٢) بناء وتجهيز نحو ١٣٠٠ مرحاض في ٣٨ بلدية؛
- (٣) تحسين الأرضيات والجدران والسقوف في نحو ٦٠٠ منزل في ٣٨ بلدية؛
- (٤) تركيب أو تحسين نحو ٣٠ نظاماً من أنظمة المياه في ٣٠ بلدية؛
- (٥) بناء أو تحسين نحو ٣٠ مركزاً من مراكز المجتمعات المحلية (مدارس، مراكز صحية، مراكز رعاية الأطفال وغيرها)؛
- (٦) بناء زهاء ٩٠٠ كيلو متر من طرق المجتمعات المحلية أو إعمارها؛
- (٧) تدريب نسبة مائة في المائة من الأسر على تقنيات التخلص من النفايات والإعداد المناسب للأغذية.

(١) إن إنجازات الهدف (ب) هي إنجازات إشارية فحسب. وستضع مجالس المجتمعات المحلية هذه الإنجازات في صيغتها النهائية من خلال التشاور.



١٩- وتتمثل إنجازات الهدف (ج) بالآتي:

- (١) قيام مائة في المائة من مجالس المجتمعات المحلية بإعداد تحليلات للاحتياجات المحلية وخطط العمل؛
- (٢) تنفيذ كل مجلس من مجالس المجتمعات المحلية لخطّة إنمائية محلية؛
- (٣) توسيع مشاركة النساء في هيئات مجالس المجتمعات المحلية.

دور المعونة الغذائية وطرق تقديمها

٢٠- سينهض المشروع بالظروف الصحية والحالة التغذوية للمجموعات الضعيفة ويعزز من قدرة منظمات المجتمعات المحلية على تطوير خططها المحلية.

وظائف المعونة الغذائية

٢١- تقدم المعونة الغذائية في هذا المشروع كمكمل تغذوي للأسر الريفية الفقيرة التي ترأسها نساء، والتي تضم حوامل ومرضعات، وأطفالاً دون سن الخامسة من المعرضين لخطر الإصابة بسوء التغذية أو أطفالاً يعانون بالفعل من انخفاض وزنهم. وتشمل الحصص الغذائية عناصر مغذية دقيقة، وذلك ضمن السلع المدعمة (خليط الذرة وفول الصويا والزيوت النباتية).

٢٢- وستستخدم المعونة الغذائية كحافز للأمهات على الارتياح المنتظم للمراكز الصحية الريفية لتلقي الرعاية قبل الولادة وبعدها، ولرصد نمو وتطور أطفالهن على يد موظفين مدربين على الرعاية الصحية، ولاسيما خلال فترة ما قبل الحصاد حين تحدث حالات نقص الأغذية. وبغية تشجيع شرائح أخرى من غير المستفيدين المباشرين من المشروع على ارتياح المراكز المذكورة فستقدم كمكاملات الحديد والأدوية الطارئة للديدان إلى كل السكان المعرضين للخطر، حتى حينما لا تكون مدرجة في حزمة المساعدات الغذائية.

٢٣- وستستخدم المعونة الغذائية كحافز لتشييد البنيات الأساسية وتنمية المجتمعات المحلية، وهو ما سيشجع للأسر فرصة زيادة حصتها الغذائية عبر المشاركة في تنفيذ أشغال المجتمعات المحلية. وستدعم المعونة الغذائية المقدمة لأشغال العامة ذات العمالة الكثيفة من جهود تعزيز المنظمات القاعدية. كما ستعمل المعونة الغذائية كحافز للمشاركة الطوعية الأساسية في الرعاية الصحية. وستتم مساندة متطوعي رصد النمو بالمعونة الغذائية وذلك كوسيلة لتعويض هؤلاء المتطوعين وكذلك القابلات التقليديات عما ينفقونه من وقت.

الأصناف الغذائية ومبررات اختيارها

٢٤- ستتكون الحصص الغذائية اليومية لأسرة مستفيدة مؤلفة من خمسة أفراد من أسر المجموعات الضعيفة من الآتي: ٥٠٠ غرام من الذرة، و٣٧٥ غراماً من الفاصوليا، و٧٥ غراماً من الأسماك المعلبة، و٥٠٠ غرام من الحديد المدعم و٥٠ غراماً من الزيت النباتي المدعم بفيتامين ألف. وستقدم هذه الحصص، التي ستلي نحو ٥٠ في المائة (١١٤ سعراً حرارياً) من احتياجات الطاقة اليومية لشخص بالغ، لمدة ١٢ شهراً فحسب.



- ٢٥- وتعادل قيمة الحصص الغذائية الأسرية اليومية للمشاركين في أنشطة الغذاء مقابل العمل نحو ٨٠ في المائة من الأجر اليومي الوطني الأدنى. وتحتوي كل حصة على ٣,٢٥ كيلو غرام من الذرة، و ٣٣٠ غراماً من الفاصوليا، و ٧٥ غراماً من الزيت النباتي المدعم بفيتامين ألف، و ١٥٠ غراماً من الأسماك المعلبة. وستقدم الحصص الغذائية لكل أسرة منفردة لمدة لا تزيد عن خمسة أشهر وذلك خلال فترات الشح الشديد.
- ٢٦- وستساند الحصص الغذائية الطرية المقدمة إلى الأطفال الذين يرتادون مراكز الرعاية النهارية أنشطة الإطعام الجارية التي يقوم بها (المجلس الوطني للرعاية الاجتماعية) في المحافظات الأربع التي سينفذ فيها المشروع. وستوفر كل وجبة غذائية طرية يومية نحو ٩٨ في المائة (١٠٠ سعر حراري) من متطلبات الطاقة اليومية المتوسطة للأطفال بين السنة الواحدة وخمس سنوات من العمر، وستتألف من ٢٠ غراماً من الأسماك المعلبة، و ١٥ غراماً من الزيت النباتي، و ١٥٠ غراماً من مزيج فول الصويا والذرة، و ١٠٠ غرام من الفاصوليا. وستتلقى الأطفال هذه الحصص على امتداد ٢٥٠ يوماً كل سنة. وستحتوي الوجبة الغذائية الطرية الفردية للعوامل المعرضات للخطر والمقيّمات في دور الولادة في توبان واكتوبيك ٢٥٠ غراماً من الذرة، و ١٥ غراماً من الأسماك، و ٣٠ غراماً من الزيت، و ٢٠٠ غرام من خليط فول الصويا والذرة، و ١٠٠ غرام من الفاصوليا، بما يوفر نحو ٣٠٦ سعرات حرارية (١٠٠ في المائة من متطلبات الطاقة لحامل ذات مستوى منخفض من النشاط الجسدي).

طرق تقديم المعونة الغذائية

- ٢٧- توزيع الأغذية على المجموعات الضعيفة. ستضطلع وزارة الصحة بدور رئيسي في هذا العنصر من عناصر المشروع. وستستخدم شبكة هذه الوزارة على جميع المستويات التنظيمية لتنفيذ المشروع.
- ٢٨- ستوكل مهمة تحديد المستفيدين، وتوزيع الحصص الغذائية الأسرية، ورصد التقدم التغذوي للمستفيدين من المشروع إلى مجلس المجتمع المحلي بمشاركة لجنة مؤلفة من المستفيدات ومن موظفي المراكز الصحية الريفية. وإذا لم يحقق المستفيدون ما لا يقل عن ٥٠ في المائة من الإنجازات المتوقعة المقصودة (الامتثال إلى الجدول الزمني للأغذية التكميلية واتجاه متصاعد للوزن بحسب العمر بعد عام واحد)، فإن المشروع سينتهي تدريجياً في المجتمع المحلي المعني. ومن المتوقع أن تخلق هذه الآلية إحساساً بمسؤولية المجتمع المحلي إزاء المشكلات التغذوية.
- ٢٩- وستوفر أنشطة الغذاء مقابل العمل بديلاً عن التوزيع المجاني للأغذية. وسيقرر مجلس المجتمع المحلي، بالتشاور مع المنظمات غير الحكومية والرابطات المجتمعية، الأعمال الواجب اتخاذها كما سيتولى تحديد المستفيدين الأشد فقراً. وسيولى اهتمام خاص إلى تحديد المشروعات التي تعود بالفائدة على النساء. وستعمل المنظمات غير الحكومية بالتعاون الوثيق مع مجالس المجتمعات المحلية في رصد تقدم المشروع.



٣٠- ويبين الجدول التالي التوزيع الإشاري للمستفيدين وللحصص الغذائية.

توزيع المستفيدين					
نوع المستفيدين	عدد المستفيدين	عدد الأيام في العام	عدد الحصص الغذائية	الكمية (بالأطنان)	القيمة الإجمالية (بالدولارات)
المجموعات الضعيفة	٧٢ ٥٠٠	٣٦٠	٥ ٢٢٠ ٠٠٠	٧ ٨٣٠	٣ ٣٧٣ ٤٢٥
أنشطة الغذاء مقابل العمل	٢٣ ٥٠٠	١٥٠	٧٠٥ ٠٠٠	٢ ٦٨٣	٨٢٩ ٩٦١
الأطفال (مراكز الرعاية النهارية)	٢ ٥٠٠	٢٥٠	٦٢٥ ٠٠٠	١٧٨	٩٦ ٥٦٣
الحوامل (دور الولادة)	٣ ٠٥٠	٣٠	٩١ ٥٠٠	٥٤	١٩ ٣٦٧
التدريب	٤ ٥٠٠		٦٧ ٥٠٠	٢٥٧	٧٩ ٤٦٤
تحويل السلع إلى نقد لصالح بند العناصر الدقيقة الغذائية				٢ ١٥٤	٤٣٠ ٨٠٠
المجموع				١٣ ١٥٦	٤ ٨٢٩ ٥٨٠

استراتيجية المشروع

٣١- تستند استراتيجية المشروع إلى أربعة مبادئ هي: العناية بأشد المجموعات ضعفاً، ونهج المشاركة وقضايا الجنسين، وتنفيذ المشروع على نحو يعزز من المنظمات المحلية، والتعاون فيما بين الوكالات.

٣٢- وستطلع وزارة الصحة بدور الوكالة الرائدة المنفذة فيما يتعلق بعنصر إتمام المجموعات الضعيفة وستتولى الاتصال بمجالس المجتمعات المحلية والمنظمات غير الحكومية لتنفيذ الأنشطة الأخرى. وستشكل وحدة لإدارة المشروع، في ظل مسؤولية وزارة الصحة، كي تدير أنشطة المشروع وترصد النتائج. وستحظى هذه الوحدة بمساندة ثلاث وحدات ميدانية للمشروع (كوبان، البارايسو، شولوتيكيا). وستنفذ الوحدات الميدانية أنشطة المشروع بالتعاون الوثيق مع المنظمات غير الحكومية ومجالس المجتمعات المحلية. وستتمتع الوحدات المذكورة بالخبرات الفنية والإمدادات اللازمة وستضم موظفين من منظمة الصحة العالمية (مشروع أكسيس) لتنفيذ المشروع بالتنسيق مع الشبكة القائمة لوزارة الصحة، وبالتعاون على مستوى المجتمعات المحلية مع القابلات، والمتطوعين الصحيين، والقائمين على رصد الأوزان.

٣٣- وستضم لجنة الإدارة الاستراتيجية - التي ستبدأ تنفيذ المشروع - وكيل وزارة الصحة المسؤول عن القطاعات السكانية المعرضة للخطر وممثلاً عن برنامج الأغذية العالمي. وستشكل اللجنة مجلساً للمديرين يتولى دعوة ممثلي الجهات المشاركة في المشروع حسب الحاجة، بما في ذلك الوكالة الحكومية الرائدة المعنية بقضايا الجنسين. وتمشياً مع السياسات الحكومية، فستوفر هذه اللجنة المشورة لوحدة إدارة المشروع بشأن نتائج المشروع. وستجتمع اللجنة مرتين في العام لاستعراض سير العمل في المشروع وخطته السنوية.



- ٣٤- وستتألف وحدة إدارة المشروع من مدير، ومسؤول برمجة، ومسؤول عن الإمداد، ومدرّب، واثنين من الكاتبات، وسائق واحد^(١). وسيتلقى العاملون التدريب فيما يتصل بأهداف المشروع ونهجه (تقنيات المشاركة وقضايا الجنسين). وستشارك مجالس المجتمعات المحلية والمنظمات غير الحكومية في أعمال لجنة الإدارة الاستراتيجية حسب مقتضى الحال. وستتلقى وحدة إدارة المشروع المشورة من برنامج الأغذية العالمي ومنظمات الأمم المتحدة الأخرى مثل منظمة الصحة في البلدان الأمريكية، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، ومنظمة اليونيسيف.
- ٣٥- ستضم كل وحدة من الوحدات الميدانية للمشروع الموظفين التاليين: منسق، وممرضة، ومسؤول عن البرمجة وشؤون الإمداد، وعامل اجتماعي، وكاتبة، وسائق. وستتابع موظفو منظمة الصحة في البلدان الأمريكية نتائج المشروع ويرصدون التقدم التغذوي. وستحفز الوحدات الميدانية أنشطة المشروع على المستوى الميداني، وتتسق كل الأنشطة وترصد النتائج بالتعاون مع وزارة الصحة والمنظمات غير الحكومية ومجالس المجتمعات المحلية.

تنفيذ المشروع

- ٣٦- ستولى تنفيذ المشروع بطريقة منسقة وزارة الصحة ومجالس المجتمعات المحلية والمنظمات غير الحكومية.
- ٣٧- ستوفر شبكة وزارة الصحة التي تشمل العاملين على المستوى الإقليمي والمحلي وعلى مستوى المجتمعات المحلية، الرعاية الصحية الوقائية، وترصد الأثر التغذوي للمشروع، وتتسق مع الوحدات الميدانية فيما يتعلق بالجهود والمبادرات والنتائج. وسيكون هناك راصد للأوزان والتغذية في كل مجتمع محلي. وسيُدرّب المتطوعون بشأن مسائل الصحة والتغذية (بما في ذلك قضايا الجنسين)، وفي قضايا تنمية المجتمعات المحلية. وستوفر شبكة وزارة الصحة على مستوى المجتمعات المحلية المعلومات المتعلقة بتقديم المستفيدين لمجالس المجتمعات المحلية التي ستضطلع بمسؤولية توزيع الأغذية.
- ٣٨- وستحدد مجالس المجتمعات المحلية القطاعات السكانية المقصودة، بالتعاون مع الموظفين الصحيين، وسترصد نتائج المشروع. كما ستدير عمليات توزيع الأغذية وتجمع الأموال اللازمة لتسديد تكاليف النقل إلى القرى. وستشكل لجنة مختصة مؤلفة من النساء أساساً لتوزيع الأغذية.
- ٣٩- وستدير مجالس المجتمعات المحلية أنشطة الغذاء مقابل الجهود الإنمائية بالتنسيق مع المنظمات غير الحكومية. وسترفع جميع الخطط الإنمائية المحلية إلى مجالس المجتمعات المحلية التي ستحدد المبادرات التي ينبغي أن يمولها المشروع. وسيولى اهتمام خاص إلى الأنشطة التي تنتجها النساء أو التي تعود عليهن بالفائدة.
- ٤٠- وستضطلع المنظمات غير الحكومية المحددة بدور رئيسي في خطة الغذاء مقابل الجهود الإنمائية. وستقوم هذه المنظمات بالتنسيق مع مجالس المجتمعات المحلية بما يلي: (أ) اختيار المستفيدين من أنشطة الغذاء مقابل العمل؛ (ب) متابعة إعداد خطط المجتمعات المحلية؛ (ج) تحديد أشغال المجتمعات المحلية التي ستنفذ؛ (د) رصد توزيع الأغذية وتقديم المشروع وفقاً للخطة؛ (هـ) مساندة الأنشطة التدريبية؛ (و) إعداد تقارير عن سير العمل؛ (ز) المشاركة في مجلس

(١) ستوفر وزارة الصحة الموارد اللازمة لدفع مرتبات موظفي وحدة إدارة المشروع والوحدات الميدانية، باستثناء مسؤولي البرمجة، الذين سيكونون من متطوعي الأمم المتحدة، وثلاثة من موظفي منظمة الصحة في البلدان الأمريكية.



المديرين؛ (ح) التنسيق مع الوكالات المنفذة الأخرى. وقد تم تحديد منظمات إنقاذ الطفولة، وورلد فيجن (World)(Vision)، والهيئة المسيحية للتنمية، والرابطة الإنمائية في أوكتيبيك بوصفها جهات منفذة مشاركة في المشروع.

٤١- وكانت معايير انتقاء المنظمات غير الحكومية على النحو التالي:

- (أ) العمل في منطقة المشروع؛
- (ب) امتلاك قدرات التقدير الفنية وطرق تحديد الأهداف اللازمة للوصول إلى أشد الشرائح فقراً؛
- (ج) تلقي مساهمات غير غذائية تحتاجها الأنشطة من جهات مانحة أخرى لتغطية تكاليفها الهامة؛
- (د) امتلاك القدرة على إدارة الأغذية، وتفهم وتقبل طريقة البرنامج في تقديم المعونة؛
- (هـ) الإلمام بنهج المشاركة وقضايا الجنسين؛
- (و) امتلاك القدرة على الإشراف في الموقع والرصد الفني والاجتماعي؛
- (ز) تحديد أهداف وخطط تتماشى وأهداف المشروع.

٤٢- وسيتم التخطيط لأنشطة الغذاء مقابل الجهود الإنمائية في كل وحدة ميدانية من وحدات المشروع بمشاركة المنظمات غير الحكومية ومجالس المجتمعات المحلية. وستتولى المجموعات النسائية إدارة السلع الغذائية. وسيحشد المشروع الموارد المحلية بينما ستحدد المجالس الفرص الجديدة للتنمية؛ ويمكن إعادة تخصيص جزء من الأموال لعمليات الإعمار الطارئة. وسيشكل الامتثال للالتزامات البرنامج إزاء النساء جزءاً من رسائل التفاهم أو العقود مع المنظمات غير الحكومية ومع الوكالات الحكومية المنفذة.

نقل الأغذية

٤٣- سيتم تلقي سلع البرنامج في بويرتوكورتيس الواقعة على ساحل الأطلسي، وستخزن في المخزن الرئيسي للمجلس الوطني للرعاية الاجتماعية في سان بيدروسولا. وسيتولى هذا المجلس أو المقاولون الخاصون نقل السلع بالشاحنات من المخزن الرئيسي إلى المخازن الوسيطة في سانتا روزا دي كوبان، وشولوتيك، وزامورانو، ومن هناك إلى البلديات. وستتحمل وزارة الصحة النفقات المتعلقة بذلك. وستتطلع مجالس المجتمعات المحلية بمسؤولية تنظيم عمليات نقل الأغذية، وتمويلها إذا دعت الحاجة، من البلديات إلى نقاط التوزيع النهائية في القرى.

الأموال المتولدة

٤٤- سيقوم المرفق الكندي للصحة النسائية والعناصر المغذية بتمويل بند العناصر الدقيقة المغذية. وفي إطار هذه الخطة، فإن من المزمع تحويل ١٥٤ ٢ طناً من القمح إلى نقد لتغطية التكاليف المتصلة بتوفير العناصر المغذية، بما في ذلك أنشطة الرصد والتقييم والتدريب (انظر الملحق الثالث (ب)). وستقدم كندا القمح الذي سيباع بأسعار 'سيف' أو بأعلى من ذلك، تحت إشراف وزارة المالية والائتمان العام، لأعلى مزاد على أن يسلم في ميناء الوصول. وتندل تجربة التحويل إلى نقد على أن معدل العائد يزيد على ١٠٠ في المائة في هندوراس. وستحدد طرق إنشاء وإدارة الأموال المتولدة عن ذلك بصورة مفصلة في خطة العمليات.



الإنهاء المتدرج للمشروع

٤٥- وخلال السنة الأولى ستقوم وحدة إدارة المشروع بأنشطة تحضيرية باستخدام أسلوب التخطيط القائم على المشاركة. وستشكل اللجان المحلية، ويدرب العاملون، وتبرم الاتفاقيات مع الشركاء التنفيذيين. وبما أن عملية إقامة المشروع حاسمة بالنسبة لنجاحه فإن الحاجة تدعو إلى تقديم المساندة الفنية خلال هذه المرحلة. سيدخل المشروع مرحلة التنفيذ الكامل في سنواته الثانية والثالثة والرابعة والخامسة. ومن المنتظر تحقيق تعاون أوثق بين القطاع الصحي، والمنظمات غير الحكومية، ومجالس المجتمعات المحلية بحلول نهاية المشروع. وبالإضافة إلى ذلك، فإن البنى التحتية الأساسية والقدرات التنظيمية والطاقات البشرية المتولدة عن المساندة المقدمة من المعونة الغذائية ستمثل الاستدامة الاجتماعية للمشروع وستسهم في تحسين إمكانيات المجتمعات المحلية فيما يتصل بالأمن الغذائي. وفي ختام فترة المشروع، فإن من المتوقع أن تكون مجالس المجتمعات المحلية قادرة على متابعة تنفيذ خططها الإنمائية بمواردها الذاتية وبمساندة من الحكومة دون حاجة إلى معونة البرنامج.

المستفيدون من المشروع وفوائده

٤٦- سيعود المشروع، خلال سنواته الخمس، بالفائدة المباشرة على ما مجموعه ١٩ ٢٠٠ أسرة (١٤ ٥٠٠ مجموعة ضعيفة و ٤ ٧٠٠ من مجموعات الغذاء مقابل العمل)، و ٢ ٥٠٠ طفل يرتادون مراكز الرعاية النهارية التابعة للمجلس الوطني للرعاية الاجتماعية و ٣ ٠٥٠ من الحوامل المقيمت في دور الولادة ومن سكان منطقة المشروع التي تضم ٤٦٥ قرية و ٣٨ بلدية^(١). ويحتوي الملحق الثاني على توزيع مفصل شامل.

٤٧- ومن خلال الأنشطة التدريبية في ميادين الأغذية والتغذية، وإدارة الأغذية، والموضوعات المهمة الأخرى، فإن المشروع سيعزز من القدرة الفنية لوزارة الصحة وأعضاء المؤسسات البلدية والعاملين المنخرطين مباشرة في أنشطة المشروع (٤ ٥٠٠ شخص).

٤٨- وتتمثل معايير انتقاء المستفيدين من أفراد المجموعات الضعيفة في الآتي:

- (أ) سكان القرى الواقعة في نطاق تأثير المشروع؛
- (ب) الانخراط السابق أو الحالي في برنامج متكامل لرعاية الأطفال أو في برنامج للرعاية قبل الولادة أو بعدها في أقرب مستوصف تابع لوزارة الصحة (تعتبر المشاركة المستمرة في هذه البرامج شرطاً أساسياً للمحافظة على وضع المستفيد)؛
- (ج) موافقة خطية ومبررة من لجنة انتقاء المستفيدين ورصدهم في قرية المرشح (على أساس الفقر المدقع مثلاً)؛
- (د) الحوامل أو المرضعات لأطفال (دون سن ١٨ شهراً)؛
- (هـ) الأطفال بين ستة أشهر و ١٢ شهراً من العمر، بغض النظر عن حالتهم التغذوية (تفادي الضرر)؛

(١) تتماشى معايير اختيار البلديات مع مخطط الاستراتيجية القطرية لهندوراس المقدم إلى المجلس التنفيذي في دورته السنوية لعام ١٩٩٧.



(و) الأطفال ذوي الوزن المنخفض بين سن ١٣ شهراً و ٥٩ شهراً (الوزن حسب العمر > - ٢ انحراف معياري - المراجع المركز الوطني للإحصاءات الصحية/منظمة الصحة العالمية).

٤٩- وستكون معايير اختيار المستفيدين من أنشطة الغذاء مقابل العمل على النحو التالي:

- (أ) سكان القرى الواقعة في نطاق تأثير المشروع؛
 (ب) أشد أفراد الأسر ضعفاً وفقاً لتوصيات مجالس المجتمعات المحلية (بما في ذلك أفراد الأسر التي ترأسها النساء الفقيرات).

التأثيرات المنتظرة للمشروع على المرأة

٥٠- تحظى قضايا الجنسين بالمراعاة لا في معايير انتقاء المستفيدين فحسب، بل وفي رصد كيفية انتفاع النساء من نتائج المشروع. وستتيح تحليلات قضايا الجنسين التحقق مما إذا كانت قدرة النساء على الوصول إلى الموارد والتحكم فيها قد تحسنت، وما إذا كن قد تبنون مواقع اتخاذ قرارات في منظمات المجتمعات المحلية.

٥١- وتتمثل التأثيرات الرئيسية للمشروع على المرأة فيما يلي:

- (أ) تحسين الحالة التغذوية للنساء والفتيات (نحو ٧٠ في المائة من المستفيدين من أفراد المجموعات الضعيفة)؛
 (ب) ستمنح أنشطة الغذاء مقابل الجهود الإنمائية الأولوية للمشروعات التي تعود بالفائدة على النساء؛
 (ج) توسيع مشاركة النساء في منظمات المجتمعات المحلية؛
 (د) زيادة عدد النساء اللواتي يتبنون مراكز اتخاذ قرارات في مجالس المجتمعات المحلية؛
 (هـ) اعتبار المشكلات التغذوية للأطفال كمسائل تهم المجتمع المحلي بأسره لا مجرد قضايا معزولة تتولى أمرها الأمهات؛

(و) تعزيز تحكم النساء على مستوى الأسر بالموارد الغذائية؛

(ز) إقامة النساء لعلاقات تنسيق مع المنظمات غير الحكومية، وشبكة وزارة الصحة، ومجالس المجتمعات المحلية؛

(ح) تعميق إدراك أفراد الأسر للثغرة القائمة بين الجنسين فيما يتعلق بإدارة الأغذية وتوزيعها ضمن الأسر.

٥٢- وستكون آليات المشروع الهادفة إلى ضمان حصول النساء على الفوائد على النحو التالي: (أ) ستشارك النساء، من خلال اللجان على مستوى المجتمعات المحلية والبلديات، في توزيع الأغذية، ورصد نتائج المشروع، وتقدير المشروعات التي ستنفذ في إطار خطة الغذاء مقابل الجهود الإنمائية. وستضم مجالس المجتمعات المحلية ممثلين عن اللجان المذكورة؛ ومن المنتظر أن تصل نسبة النساء المشاركات في المجالس عند انتهاء المشروع إلى ٥٠ في المائة؛ (ب) ستوزع أداة رصد بسيطة على الوحدات الميدانية للمشروع لرصد توزيع الأغذية فيما بين أفراد الأسر، والحصول على الأغذية، والتحكم بالموارد؛ (ج) ستطرح الحزم التدريبية (بشأن الصحة والتغذية، وتنفيذ المشروع، وبناء المجتمعات المحلية)، التي سيقدمها صندوق الأمم المتحدة للسكان، ومنظمة اليونيسيف، ومنظمة الصحة للبلدان الأمريكية والبرنامج، قضايا



الجنسين كمسألة تشمل كافة الميادين؛ (د) ستلقى وحدة إدارة المشروع المشورة من مكتب المرأة الرئيسي بشأن سبل الوفاء بالالتزامات إزاء المرأة التي حددها مؤتمر بكين عام ١٩٩٥؛ (هـ) ستتضمن اختصاصات العاملين في المشروع ولاسيما موظفي وحدة إدارة المشروع مسألة الوعي بقضايا الجنسين؛ (و) سينظم المشروع حلقة عمل عن قضايا الجنسين كل عام بمشاركة المنظمات غير الحكومية، والمجالس البلدية، والقطاع الصحي لتقدير كيفية إدراج القضايا المذكورة في تنفيذ المشروع؛ (ز) ستقسم البيانات المجموعة والمؤشرات بحسب الجنس. وستتضمن المؤشرات الخاصة بقياس مدى تحكم المرأة بالموارد الغذائية تقديراً للأغذية التي تتحكم بها النساء (البيع، للاستهلاك الأسري، للتبادل وللمنح) والمنتجات التي يستهلكها أفراد الأسر يومياً.

دعم المشروع

- ٥٣- سيوفر التعاون التقني من جانب منظمة الصحة للبلدان الأمريكية/ معهد التغذية في أمريكا الوسطى وبنما في تصميم وتنفيذ المسوح القاعدية ونظم الرصد وذلك على شكل خدمات استشاريين. وستمول منظمة الصحة للبلدان الأمريكية في هندوراس تكاليف مستشار تقني دائم واحد لكل وحدة ميدانية من وحدات المشروع. وسيساند صندوق الأمم المتحدة للسكان النشاطات التدريبية للمشروع بموظفين ضليعين يتولون تأهيل المدربين. وستدعم منظمة اليونيسيف/ هندوراس إصدار المواد التدريبية.
- ٥٤- ستوفر الوكالة الكندية للتنمية الدولية مكملات الحديد ورقائق الحديد إلى جانب معدات رصد فقر الدم والوزن. وستسهم المجتمعات المحلية ذاتها بالمشروع عبر تغطية تكاليف نقل السلع الغذائية والمكملات من المخازن البلدية إلى مواقعها النهائية.
- ٥٥- ستتولى المنظمات غير الحكومية (إنقاذ الطفولة، الهيئة المسيحية للتنمية، وورلد فيجن (World Vision)، براف، اديفاس) تنفيذ خطة الغذاء مقابل الجهود الإنمائية. وستوفر هذه المنظمات الخبرات التي تشمل: (أ) تحديد المشروعات المحلية؛ (ب) عملية اتخاذ القرارات؛ (ج) متابعة توزيع الأغذية لتنفيذ المشروع؛ (د) إعداد التقارير؛ (هـ) التنسيق. وستغطي براف واديفاس تكاليف التنفيذ التي تتضمن العاملين والنفقات العامة.

التدريب

- ٥٦- تعتبر المحفظة التدريبية أساسية لنجاح المشروع بسبب الحاجة إلى تعميق وعي قادة المجتمعات المحلية، وكذلك العاملين الصحيين وموظفي المشروع بالمسائل المرتبطة بتنفيذ المشروع، مثل الأهداف، ومسؤوليات الرصد، وما إلى ذلك. وتغطي النماذج التدريبية مجموعة مؤلفة من ١٥ موضوعاً تتعلق بالصحة والتغذية، وذلك من رصد أوزان الأطفال وحتى الصحة الإنجابية. وستغطي ثمانية نماذج تدريبية أخرى الجوانب المرتبطة بتنمية المجتمعات المحلية والبنيات الأساسية في هذه المجتمعات.
- ٥٧- وسيضطلع المشروع بتدريب المتطوعين الصحيين، وقادة المجتمعات المحلية، وموظفي المشروع، وعدد مختار من المستفيدين. وستقدم الحزم التدريبية من جانب صندوق الأمم المتحدة للسكان، ومركز التغذية في أمريكا الوسطى وبنما/ منظمة الصحة للبلدان الأمريكية، ومنظمة اليونيسيف بالتنسيق مع المنظمات غير الحكومية وموظفي المشروع. وسيتلقى



نحو ٤ ٥٠٠ شخص التدريب خلال سنوات المشروع الخمس. وستوزع حصص غذائية أسرية على المتطوعين الصحيين المساهمين في الأنشطة التدريبية.

البنود غير الغذائية

٥٨- يمكن أن يشكل الافتقار إلى البنود غير الغذائية عقبة أمام التسليم الفعال لمساعدات البرنامج، خصوصاً فيما يتعلق بخطة الغذاء مقابل الجهود الإنمائية. وعلى هذا، وبغية تعزيز تأثير مساعدات البرنامج، فإن من الواجب دعم المعونة الغذائية بقسط معين من البنود غير الغذائية. وبما أن أسلوب تحويل السلع إلى نقد لا يطبق في هذا المشروع، باستثناء عنصر العناصر المغذية الدقيقة الذي تموله كندا، فإن الحاجة تدعو إلى موارد إضافية لتنفيذه. وسيطلب البرنامج من الجهات المانحة توريد البنود اللازمة لتنفيذ المشروع. وستستخدم الموارد المتوافرة من مشروع سابق في تغطية بعض تلك التكاليف.

الرصد والتقييم

- ٥٩- سينفذ مسح قاعدي لتقدير نسبة الأطفال ذوي الأوزان المنخفضة، ومدى انتشار فقر الدم في صفوف الحوامل، والأنماط الغذائية للأسر، مع التركيز على ممارسات إطعام الأطفال دون سن المدرسة، وذلك بمعونة فنية من مركز التغذية في أمريكا الوسطى وبنما/ منظمة الصحة للبلدان الأمريكية. وسيستخدم تصميم الدراسة الأساسية في تقييمات المتابعة في نهاية السنة الثانية والسنة الخامسة من المشروع.
- ٦٠- وسيتم رصد اتجاهات الأوزان، والاستهلاك الغذائي، واستهلاك مكملات الحديد في صفوف الأطفال والمستفيدات على يد راصدي الأوزان في المجتمعات المحلية (قرويات شابات متطوعات خاضعات لتدريب وإشراف ممرضات المستوصفات العامة ومنشطي الصحة) باستخدام نماذج مبسطة (تصويرية).
- ٦١- وسيضمن المشروع نظام الرصد والتقييم لإدارة مدخلات مكملات الأغذية والحديد. وتمثل المؤشرات المقترحة لهذا المشروع (انتشار فقر الدم، المتحصل من الطاقة الغذائية في صفوف الأسر والأطفال دون سن المدرسة، ومدى انتشار ظاهرة انخفاض الوزن حسب العمر في صفوف الأطفال دون الثانية من العمر) ما هو معتمد في منظمة كير والوكالة الأمريكية للتنمية الدولية وما يتماشى مع الأهداف التغذوية للحكومة.
- ٦٢- وسيستند نظام تقارير الرصد والتقييم على الشبكة الحالية ولكن المحسنة لمرافق الرعاية الصحية وللموظفين الصحيين المتطوعين في المجتمعات المحلية. وسيتولى راصدو أوزان الأطفال واستهلاك المكملات أمر الاتصال بلجان الأغذية والتغذية في المجتمعات المحلية وبموظفي المراكز الصحية المحلية، وسيقومون برفع تقارير شهرية عن الظروف الوزنية والصحية لكل الأطفال في مجتمعاتهم المحلية المعنية. ويبلغ الراصدون العاملون الصحيين (واللجان البلدية عبر هؤلاء) بقرارات اللجان القروية المتعلقة بانضمام مستفيدين جدد وتعليق تقديم الفوائد.
- ٦٣- وسترصد المنظمات غير الحكومية خطط الغذاء مقابل العمل وفقاً للمعايير الغذائية التي تحددها قبلاً مجالس المجتمعات المحلية ووحدة إدارة المشروع. وسيحدد عدد الحصص الغذائية لكل عمل مجتمعي، وفقاً لمؤشرات محلية.



جدوى المشروع واستمراريته

الاستمرارية الفنية

- ٦٤- تتمتع الخطة المقترحة للمساعدات الغذائية بقبالية عالية للاستمرار، بالنظر إلى أنها تستند إلى شبكات الرعاية الصحية والمجتمعات المحلية. ويشكل تنفيذ أنشطة المشروع المتعلقة بالتغذية والصحة جزءاً من المهام التي يقوم بها بالفعل موظفو الصحة المحليون، مثل تخليص الأطفال من الديدان، وإعطاء وصفات مكملات الحديد، والتوعية الصحية والغذائية. ومن المنتظر أن يقوم العاملون في وزارة الصحة، ولاسيما على مستوى المجتمعات المحلية، عند نهاية المشروع برصد التقدم التغذوي للسكان وسيحددون المخاطر التغذوية، ولاسيما في صفوف الأطفال دون سن الخامسة والحوامل. وستوكل وزارة الصحة إلى مكاتبها الإقليمية أمر صيانة المعدات خلال فترة المشروع.
- ٦٥- من المفترض أن تؤدي المكملات الغذائية المقدمة إلى الأطفال والبالغين الذين يعيشون في بيئات تعاني من عجز غذائي إلى آثار اجتماعية إيجابية تعزز بدورها من قدرة المجتمعات المحلية على ضمان الأمن المعيشي. ويسهم إطعام الناس خلال الفترات الحرجة من حياتهم في تحسين أوضاعهم الصحية والتغذوية. وتمتد آثار المنافع الاجتماعية المتأتبة من المساعدة الغذائية ومكملات العناصر الدقيقة المغذية عبر الأجيال، كما أن التأثيرات الاقتصادية الإيجابية لتدريب الطاقات البشرية تضع الأسر في موقع أفضل في مواجهة مشكلات انعدام الأمن الغذائي في منطقة المشروع.
- ٦٦- ستساند أنشطة الغذاء مقابل العمل تطوير البنيات الأساسية للمجتمعات المحلية وستعزز من مجالس هذه المجتمعات. وستحدد الإنجازات المطلوبة وفقاً لأولويات المجتمعات المحلية، وستبذل الجهود لكي تكون هذه الإنجازات متممة بالكفاءة التكاليفية. وسيوفر المشروع بعض المدخلات اللازمة بينما ستقدم مجالس المجتمعات الموارد المحلية. وفي نهاية المشروع ستكفل المجالس صيانة الأشغال المجتمعية وستسعى لتعبئة الموارد لتمويل مبادرات جديدة.

الاستمرارية الاجتماعية والسياسية

- ٦٧- تلقى الاستمرارية الاجتماعية للمشروع المساندة من الجهود الوطنية لتطبيق اللامركزية السياسية والمرتكزة على تدعيم المنظمات المحلية. وعلى الرغم من أن نتائج الإدارة المحلية كانت متباينة حتى الآن، فإن العملية قد بدأت وهي تشمل أطرافاً من المجتمع المدني، وتلبي هذه العملية الحاجات الأساسية لتلك الأطراف بشكل أفضل. وستستمر هذه العملية التي تحظى بمساندة الوكالات الثنائية ومتعددة الأطراف العاملة في ميدان تنمية المجتمعات المحلية. وبالإضافة إلى ذلك، فإن المشروع سيدعم برنامج أكسيس الذي تنفذه وزارة الصحة والتي تدير المجتمعات المحلية من خلاله خططها الصحية الذاتية.
- ٦٨- ومع أن حكومة جديدة ستنتخب في أوائل عام ١٩٩٨، فقد أعربت كافة الأحزاب عن تأييدها لهدف مشترك يتمثل في مساندة الخطوط والأنشطة التي ستقلل من ظاهرة انعدام الأمن الغذائي، وتيسر الوصول إلى الخدمات الصحية، ولاسيما في المناطق الريفية، وتعزز من اللامركزية السياسية.



المخاطر

- ٦٩- يحتاج المشروع إلى موظفين متفرغين وإلى كل الموارد المقررة لتنفيذ الأنشطة. وبما أن البرمجة والتنسيق يعتبران حاسمين لإدارة المشروع، فإن البرنامج سيمول تكاليف منسق لمدة تسعة أشهر وذلك لضمان تنفيذ استراتيجية المشروع على أسس فنية سليمة. وفي حال عدم ضمان كل الموارد المقررة، فإن المشروع سيبدأ عملياته على رقعة أصغر.
- ٧٠- وأعربت المنظمات غير الحكومية عن خشيتها من أن تؤدي خطة الغذاء مقابل العمل إلى خلق الإتكالية، إذ أن الأسر الريفية التي تتلقى "تعويضاً" عن عملها عبر المعونة الغذائية قد لا تكون مستعدة للمشاركة الطوعية في أشغال المجتمعات المحلية الواسعة بدون الحصول على هذا الحافز. ومن المقترح أن تدرس بشكل معمق الطريقة المثلى لتنفيذ هذه الخطة بغية تفادي الآثار الجانبية المحتملة لأنشطة الغذاء مقابل العمل.

المتطلبات والإخلاق بالمعاملات التجارية والاتكالية

- ٧١- من غير المنتظر إحداث أية تشوهات في الإنتاج أو السياسات على المستوى القطري نتيجة توزيع المعونة الغذائية. فقد بلغ حجم الإنتاج القطري لعام ١٩٩٦ نحو ٥٣٠.٠٠٠ طن من الذرة و٥٤.٠٠٠ من الفاصوليا. وسيقدم البرنامج في المتوسط ١٠٢٨ طناً من الذرة سنوياً (٠,١٩ في المائة من الإنتاج القطري) و٤٥٦ طناً من الفاصوليا (٠,٨٤ في المائة من الإنتاج القطري). كما يشار هنا إلى أن هندوراس لا تنتج القمح.
- ٧٢- ستستخدم منح المعونة الغذائية كحافز للمشاركة الشعبية في أنشطة الغذاء مقابل الجهود الإنمائية. وستنفذ هذه الأنشطة في فترات شح الأغذية، التي تمتد عادة بين يناير/كانون الثاني وأغسطس/آب، مع مرحلة ذروة من مايو/أيار إلى أغسطس/آب. وبإمكان كل مستفيد الحصول فقط على عدد أقصى من الحصص الغذائية قدره ١٥٠ حصة سنوياً، وذلك تفادياً للاتكال على المعونة الغذائية وخلق منافسة مع الأعمال الزراعية وغير الزراعية.
- ٧٣- وستستخدم المعونة الغذائية في استكمال وجبات الحوامل والمرضعات وأطفالهن دون سن الخامسة على مدى ٣٦٠ يوماً في السنة. ومن غير المنتظر أن يخلق ذلك أي تأثيرات على اقتصاد السوق المحلية. وتشير معاناة المجموعة الضعيفة من سوء التغذية إلى أن البديل عن تلقي المعونة الغذائية لن يكون شراء السلع من السوق المحلية بل العجز عن الحصول على أغذية كافية بسبب الافتقار إلى الموارد.



تكاليف المشروع

٧٤- فيما يلي تفاصيل تكاليف المشروع:

تفاصيل تكاليف المشروع		
القيمة (بالدولارات)	متوسط تكلفة الطن	الكمية (بالأطنان)
التكاليف التي يتحملها البرنامج		
ألف - تكاليف التشغيل المباشرة		
السلع^(١)		
٩٥١ ٦٤٠	١٨٥	٥ ١٤٤
٢٩٧ ٩٠٠	٩٠٠	٣٣١
١ ٠٢٧ ٨٠٠	٤٥٠	٢ ٢٨٤
٨٧١ ٠٤٠	٣٢٠	٢ ٧٢٢
١ ٢٥٠ ٤٠٠	٢٤٠٠	٥٢١
٤٣٠ ٨٠٠	٢٠٠	٢ ١٥٤
٤ ٨٢٩ ٥٨٠		١٣ ١٥٦
مجموع السلع		
النقل الخارجي		
١ ٧٤٩ ٧٤٨	١٣٣	١٣ ١٥٦
٣٢ ٨٩٠	٢٠٥٠	١٣ ١٥٦
النقل البري والتخزين والمناولة		
صفر		صفر
النقل البري		
صفر		صفر
النقل الداخلي والتخزين والمناولة		
٦ ٦١٢ ٢١٨		
المجموع الفرعي لتكاليف التشغيل المباشرة		
١ ١٩٣ ٢٥٥		
٧ ٨٠٥ ٤٧٣		
باء - تكاليف الدعم المباشر		
(انظر الملحق الأول)		
المجموع الفرعي لتكاليف الدعم المباشر		
١ ٠٨٤ ٩٦١		
٨ ٨٩٠ ٤٣٤		
جيم - تكاليف الدعم غير المباشر (١٣,٩ في المائة من مجموع التكاليف المباشرة)		
مجموع التكاليف التي يتحملها البرنامج		
التكاليف التي تتحملها الحكومة		
٧٣٠		
٣٦٤ ٠٠٠		
٥٦٠ ٠٠٠		
٥٩ ٠٠٠		
٥٩ ٠٠٠		
٥٩ ٠٠٠		
٣٣٨ ٠٠٠		
٤٣٥ ٠٠٠		
١٥٥ ٠٠٠		
٥٠ ٠٠٠		
٢ ٧٥٠ ٠٠٠		
١١ ٦٤٠ ٤٣٤		
مجموع تكاليف المشروع (البرنامج والجهات المانحة الأخرى)		
التكاليف التي يتحملها البرنامج كنسبة من مجموع تكاليف المشروع: ٧٩,١ في المائة		

(١) هذه تشكيلة أغذية افتراضية تستخدم غراض وضع الميزانية وإجازتها. أما التركيبة الدقيقة للسلع المقدمة للمشروع وكمياتها الفعلية فإنها تتباين، كما هو الحال فسي جميع المشروعات المعانة من البرنامج بمرور الوقت اعتمادا على توافر السلع لدى البرنامج، وفي السوق المحلية للبلد المستفيد.



التنسيق والتشاور

٧٥- أعد المشروع بالتشاور الوثيق مع منظمة الصحة للبلدان الأمريكية، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، ومنظمة اليونيسيف، ومنظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة. وشارك موظفو وزارة الصحة على المستويين المركزي والمحلي مباشرة في مراحل التقدير وقاموا بإعداد الاتفاقيات التشغيلية التي أبرمتها الوزارة مع البرنامج بشأن تنفيذ المشروع. كما استشيرت المنظمات غير الحكومية في منطقة المشروع وتم الاتفاق على نمط مشاركتها خلال بعثة التقدير. كما تمت استشارة الحكومات المحلية ومنظمات المجتمعات المحلية للتعرف على وجهات نظرها وأولوياتها، ولتحديد أدوارها في التنفيذ أيضا. وجرى التماس التعليقات من الوكالات الفنية المعنية للأمم المتحدة. كما سيتم طلب موافقة اللجنة الاستشارية الفرعية لتصرف الفوائض.

توصية المديرية التنفيذية

٧٦- توصي المديرية التنفيذية بأن يجيز المجلس التنفيذي هذا المشروع.



الملحق الأول

متطلبات الدعم المباشر
(بالدولارات)

تكاليف الموظفين

٧٢ ٠٠٠	الموظفون الدوليون
٣٦٠ ٠٠٠	متطوعو الأمم المتحدة (٣)
٤٣ ٢٠٠	بدلات الإعاشة اليومية/متطوعو الأمم المتحدة

٤٧٥ ٢٠٠ المجموع الفرعي

خدمات الدعم الفني

٢٩ ٦٥٠	إعداد المشروع
١٠٠ ٠٠٠	تقدير المشروع (رصد المشروع) - الدراسة القاعدية
٢٠ ٠٠٠	تقييم المشروع (خدمات استشارية)

١٤٩ ٦٥٠ المجموع الفرعي

المعدات

	الاتصالات
٧٥ ٠٠٠	المركبات
٦ ٠٠٠	الدراجات النارية
١٩ ٠٠٠	المعدات الحاسوبية
٩٣ ٨٧٧	المعدات الأخرى (المعدات الطبية ومعدات الرصد)

١٩٣ ٨٧٧ المجموع الفرعي

البنود غير الغذائية

٢٢ ٤٦٦	مرافق التخزين
٢٥٢ ٠٦٢	أخرى (أدوات ومواد بناء)
٢٧٤ ٥٢٨	المجموع الفرعي

أخرى:

١٠٠ ٠٠٠	التدريب
---------	---------

١ ١٩٣ ٢٥٥ المجموع



الملحق الثاني

الحافظات والبلديات والمجموعات السكانية المقصودة							
الحافظات والبلديات	مجموع السكان ١٩٧٧	السكان ١٩٩٧ صفر إلى ٤ سنوات	النساء ١٥-٤٥ سنة	١ طفل صفر - ٤ سنوات + النساء ١٥-٤٥ سنة	النسبة المتوية للفقير	١ سر المقصودة	المجموعات السكانية المقصودة
شولوتيكيا	٢٠٨ ٢٧٦	٣٢ ٨٢٤	٣٥ ٥٧٤	٦٨ ٣٩٩	٥٥,٥٤	٩ ٢٥٨	٤٦ ٢٩٠
١- اباسيلاغوا	١٠ ٩٢٣	١ ٧٢١	١ ٨٦٦	٣ ٥٨٧	٥٥,٥٤	٤٨٤	٢ ٤٢٠
٢- كونسيبيو دي ماريا	٢٩ ٣٨٥	٤ ٦٣١	٥ ٠١٩	٩ ٦٥٠	٦١,٢٥	١ ٣٩٠	٦ ٩٥٠
٣- ديوري	٣ ٣٠٧	٥٢١	٥٦٥	١ ٠٨٦	٤٨,٩٠	١٣٥	٦٧٥
٤- الكوريس	٢٦ ١٨٩	٤ ١٢٧	٤ ٤٧٣	٨ ٦٠٠	٥٤,٨٠	١ ١٥٠	٥ ٧٥٠
٥- التريفو	٣٥ ٠٧٥	٥ ٥٢٨	٥ ٩٩١	١١ ٥١٩	٦٥,٢٨	١ ٧٣٤	٨ ٦٧٠
٦- مار كوفيا	٣٦ ٥٣٩	٥ ٧٥٩	٦ ٢٤١	١٢ ٠٠٠	٦٠,٨٨	١ ٧٢١	٨ ٦٠٥
٧- مورليكا	٥ ٣٦٢	٨٤٥	٩١٦	١ ٧٦١	٥٣,٠٢	٢٣٠	١ ١٥٠
٨- اوروكوينا	١٨ ٧٦٥	٢ ٩٥٧	٣ ٢٠٥	٦ ١٦٢	٤٥,١٥	٧٢٨	٣ ٦٤٠
٩- بسيري	٢٧ ٨٣٤	٤ ٣٨٧	٤ ٧٥٤	٩ ١٤١	٤٠,٥٢	١ ٠١٢	٥ ٠٦٠
١٠- سان انتوني دي فلورس	٦ ٢٠٧	٩٧٨	١ ٠٦٠	٢ ٠٣٨	٥٩,٢٠	٢٨٧	١ ٤٣٥
١١- سان اسيدرو	٤ ٣٥٣	٦٨٦	٧٤٣	١ ٤٢٩	٥٤,٣٦	١٩٠	٩٥٠
١٢- سان جوزيه	٤ ٣٣٧	٦٨٤	٧٤١	١ ٤٢٥	٥٧,٧٤	١٩٧	٩٨٥
كوبان	١٠٧ ٢٩٤	١٧ ١٧٨	١٧ ٨٨٦	٣٥ ٠٦٤		٤ ٥٣٠	٢٢ ٦٥٠
١- كاباناس	٩ ٥٩٨	١ ٥٣٧	١ ٦٠٠	٣ ١٣٧	٥١,٨٣	٤٠٥	٢ ٠٢٥
٢- كونسيبيو	٥ ١٦٠	٨٢٦	٨٦٠	١ ٦٨٦	٦٠,٣٩	٢٤١	٦ ٣٥٥
٣- كوبان ريناس	٢٩ ٣٦٦	٤ ٧٠١	٤ ٨٩٥	٩ ٥٩٦	٥٣,٨٥	١ ٢٧١	٦ ٣٥٥
٤- سان اغوستين	٤ ٢٧٠	٦٨٤	٧١٢	١ ٣٩٦	٥١,٢٤	١٧٩	٨٩٥
٥- سان انتونيو	١١ ٣٦٠	١ ٨١٩	١ ٨٩٤	٣ ٧١٣	٤٨,٦١	٤٦٠	٢ ٣٠٠
٦- سان جيرونيجي	٥ ٢٢٣	٨٣٦	٨٧١	١ ٧٠٧	٤٣,٩٩	١٩٩	٩٩٥
٧- سان جوان دي أوبا	٨ ٧٨٣	١ ٤٠٦	١ ٤٦٤	٢ ٨٧٠	٥٢,٨٩	٣٧٦	١ ٨٨٠
٨- سان نيكولا	٦ ٧٢٦	١ ٠٧٧	١ ١٢١	٢ ١٩٨	٤٧,٣٠	٢٦٨	١ ٣٤٠
٩- سانتا ريتا	٢٣ ٩٨٢	٣ ٨٤٠	٣ ٩٩٨	٧ ٨٣٨	٥٢,١٦	١ ٠١٦	٥ ٠٨٠
١٠- فيراكوز أوبا	٢ ٨٢٦	٤٥٢	٤٧١	٩٢٣	٤٨,٩١	١١٥	٥٧٥
الباراليسو	٨٩ ٦٠٧	١٤ ٢٧٤	١٥ ٥٣٧	٢٩ ٨١١		٤ ١٣١	٢٠ ٦٥٥
١- الاوكا	٨ ٠٠٧	١ ٢٧٦	١ ٣٨٨	٢ ٦٦٤	٥٨,٩٠	٣٧٢	١ ٨٦٠
٢- ليورا	١١ ٢٢٣	١ ٧٨٨	١ ٩٤٦	٣ ٧٣٤	٦٢,٣٢	٥٤٢	٢ ٧١٠
٣- اوروبولي	٦ ٠٢٤	٩٦٠	١ ٠٤٥	٢ ٠٠٥	٤٤,٠٢	٢٣٢	١ ١٦٠
٤- سان فلورس	٦ ٠٠٠	٩٥٦	١ ٠٤٠	١ ٩٩٦	٤٩,٤٧	٢٤٩	١ ٢٤٥
٥- سان لوكاس	٨ ٢٨٧	١ ٣٢٠	١ ٤٣٧	٢ ٧٥٧	٤٧,٥١	٣٣٥	١ ٦٧٥
٦- سوليداد	١١ ٦٨٤	١ ٨٦١	٢ ٠٢٦	٣ ٨٨٧	٥٤,٨٤	٦٧٨	٣ ٣٩٠
٧- تيوباسينتي	٢٤ ٧٣٠	٣ ٩٣٩	٤ ٢٨٨	٨ ٢٢٧	٥٢,١٦	١ ٠٦٠	٥ ٣٠٠
٨- نكسيغوات	٩ ٧٥٢	١ ٥٥٣	١ ٦٩١	٣ ٢٤٤	٦٠,٢٨	٤٦١	٢ ٣٠٥
٩- فادو انش	٣ ٩٠٠	٦٢١	٦٧٦	١ ٢٩٧	٦٨,٧٩	٢٠٢	١ ٠١٠
اوكتيبيك	٣٢ ٩٢٠	٥ ٤٠٦	٥ ٥٥٣	١٠ ٩٥٩		١ ٢٨١	٦ ٤٠٥
١- بيلين غوال	١١ ٠٢١	١ ٨١٠	١ ٨٥٩	٣ ٦٦٩	٤٤,٨٦	٤٢٩	٢ ١٤٥
٢- كونسيبيو	٣ ٦٦٣	٦٠١	٦١٨	١ ٢١٩	٣٨,٣٨	١٣٠	٦٥٠
٣- دولوريس مرندوم	٢ ٠٩٣	٣٤٤	٣٥٣	٦٩٧	٥٦,٥٩	٩٦	٤٨٠
٤- فراثير نيداد	١ ٨١٣	٢٩٨	٣٠٦	٦٠٤	٤٩,٥٥	٧٦	٣٨٠
٥- مرسيديس	٥ ٧٧٦	٩٤٨	٩٧٤	١ ٩٢٢	٤٢,١٩	٢١٧	١ ٠٨٥
٦- سان جورج	٣ ٤٥١	٥٦٧	٥٨٢	١ ١٤٩	٤٨,٧٤	١٤٢	٧١٠
٧- سينوايا	٥ ١٠٣	٨٣٨	٨٦١	١ ٦٩٩	٤١,٩٩	١٩١	٩٥٥
٣٨- المجموع	٤٣٨ ٠٩٧	٦٩ ٦٨٢	٧٤ ٥٥٠	١٤٤ ٢٣٣		١٩ ٢٠٠	٩٦ ٠٠٠

(*) البيانات مقدمة من وزارة الصحة.



الملحق الثالث (أ)

عنصر الغذاء مقابل العمل				
معايير العمل				
النشاط	الوحدة	المعيار (أيام العمل)	الهدف	عدد الحصص
بناء المواقع	عدد	٥	٩٠٠	٤٥٠٠
بناء المراحيض	عدد	١٥	١٣٠٠	١٩٥٠٠
تحسين المنازل الريفية	عدد	١٠٠	٦٠٠	٦٠٠٠٠
إنشاء نظام لتوزيع المياه	عدد	٩٠٠	٢٠	١٨٠٠٠
تحسين نظام توزيع المياه	عدد	٣٠٠	١٠	٣٠٠٠
بناء مراكز المجتمعات المحلية	عدد	٩٠٠	١٠	٩٠٠٠
تحسين مراكز المجتمعات المحلية	عدد	٣٠٠	٢٠	٦٠٠٠
فتح وتحسين الطرق الثانوية	كيلو متر	٦٥٠	٩٠٠	٥٨٥٠٠٠
المجموع				٧٠٥٠٠٠

الملحق الثالث (ب)

تغطية تكاليف مرفق الصحة النسائية والعناصر المغذية من خلال تحويل القمح إلى نقد (*)			
الكمية	تكلفة الوحدة (بالدولارات)	التكلفة (بالدولارات)	
٦٧ ٣٩٠	٢	١٣٤ ٧٨١	شراب سلفات الحديد
٧١٨ ٨٣٠	٠,٠٥	٣٥ ٩٤٢	٢- حبوب البنينازول ٤٠٠ ملليغرام
٣٤ ٦٢٦ ١٥٠	٠,٠٠٠ ١٥	٥ ١٩٤	٣- حبوب سلفات الحديد
١٢٠	٥٠٠	٦٠ ٠٠٠	٤- مقياس الهيموغلوبين
٦٢ ٠٠٠	٢	١٢٤ ٠٠٠	٥- رقاقات عينات طرحية
٤	١ ٣٢٥	٥ ٣٠٠	٦- عدة اختبار نوعية الماء
٢٠	٢٤,٣٥	٤٨٧	٧- عدة الإسعاف ١ ولي
٦٠٠	٣٣	١٩ ٨٠٠	٨- ميزان نابضي
٦٠٠	٤٢,٦٨	٢٥ ٦٠٨	٩- عدة القابلات
٢ ٤٠٠	٢٠	٤٨ ٠٠٠	١٠- معدات تبديل للاستعاضة عن المعدات المعطلة أو البالية
		٣٠ ٠٠٠	١١- الدراسة القاعدية
		٥٠ ٠٠٠	١٢- الرصد والتقييم والمتابعة
		٢٠ ٠٠٠	٥- التدريب
		٥٥٩ ١١٢	المجموع الفرعي: تغطية التكاليف من خلال تحويل السلع إلى نقد

(*) القمح سيفقدم من كندا.



الملحق الرابع

المصفوفة المنطقية						
الافتراضات	سبل التحقق	ا نشطة	المؤشرات	الإجازات	المشكلات	ا أهداف المحددة
	*تقرير شهري شامل عن أنشطة العيادات الصحية بشأن رعاية ا طفل *جرد أدوية العيادات الصحية *الإشراف على تقارير وحدات المشروع الميدانية	*توريد البندازول ومكملات الحديد والحمض الورقي ، وإعداد خطة لوجستية لتوزيع المكملات ومضادات الطفيليات *توفير المكملات للمجموعات السكانية الضعيفة خلال تسليم الحزمة ا ساسية إلى جانب خطة تنفيذية	*تلقي ٩٠ في المائة من الحوامل والمرضعات والمراهقات لمكملات الحديد/ الحامض الورقي (وفقا لمعايير وزارة الصحة)	*معالجة المجموعات الضعيفة من الطفيليات المعوية وتزويدها بمكملات دورية من العناصر الغذائية الدقيقة للنفوس باستخدام البيولوجي للأغذية المتناولة	*ضعف الاستخدام البيولوجي للعناصر المغذية نتيجة تفشي ا أمراض المنقذية على نطاق واسع في منطقة المشروع في المجموعات الضعيفة	*تحسين الحالة التغذوية للأطفال دون الخامسة والحوامل والمرضعات وربات ا سر في منطقة المشروع
	*بيانات مسح عن عمليات التقييم المتوسطة والنهائية *صحائف/معلومات القابلات	*توفير مضادات الطفيليات ، وفقا للمعايير ، إلى ا طفل بين السنة ا ولى السنة الرابعة من العمر *ضمان استخدام المجموعات السكانية الضعيفة للمساعدات وفقا للمعايير	*تلقي ٨٠ في المائة من ا طفل دون سن المدرسة في عام ١٩٩٩ (العام الثاني للمشروع) للأدوية المضادة للطفيليات بصورة فصلية وحصولهم على مكملات الحديد دوريا			
	*بيانات مسح نوعية حسب الانتماءات الإثنية والمناطق الإيكولوجية - الزراعية *وثيقة خطة التثقيف الغذائي والتغذوي *دليل أغذية للموظفين على مستوى العمليات *تقارير الاستشاريين الفنيين عن تصميم وصلاحيته الخطة التنفيذية والموجهات الغذائية *تقارير مرحلية كل ستة أشهر عن سير العمل عن وحدة إدارة المشروع *خطة المشروع وا نشطة البرامجية	*تحديد أنماط الاستهلاك في مناطق أنشطة المشروع *إعداد خطة للتثقيف الغذائي والتغذوي مناسبة لكل منطقة من مناطق المشروع مع التركيز على إطعام المواليد وا طفل *إعداد خطة تدريجية للتثقيف الغذائي والتغذوي لعمليات وزارة الصحة *التحقق من إدخال التعديلات على العلدات الغذائية للمجموعات الضعيفة	*تنوع ا سر المقصودة لنمط متحصلاتها، ولاسيما خلال فترة الفطم	*اعتماد ا سر لعادات صحية فيما يتعلق بالاستهلاك الغذائي	*ضعف الاستهلاك الغذائي نوعيا وكما ولاسيما في صفوف المجموعات الضعيفة	



المصفوفة المنطقية

الافتراضات	سبل التحقق	ا نشطة	المؤشرات	الإجازات	المشكلات	ا أهداف المحددة
	*بيانات مسح لعمليات التقييم المتوسطة والنهائية (متوافرة على مدى ٢٤ ساعة)					
*ضمان المساهمة الغذائية ا سرية المعتادة *فعالية منع ا مواض بالتطعيم	*بيانات مسح لعمليات التقييم المتوسطة والنهائية (ا طفل دون الثانية والحوامل ، متوافرة على مدى ٢٤ ساعة على شكل عينات فرعية)	*تنفيذ عمليات مسح قاعدية ومتوسطة ونهائية لتقدير مدى انتشار فقر الدم وسوء التغذية الناجم عن نقص البروتين والطاقة	*انخفاض انتشار نقص التغذية في صندوق ا طفل بين ٦ إلى ٢٣ شهرا من العمر في منطقة المشروع بنسبة ٢٠ في المائة	*انخفاض نسبة انتشار سوء التغذية المزمن في صفوف ا طفل دون سن الخامسة	*تفشي سوء التغذية المزمن على نطاق واسع في صفوف النساء في سن الحمل وا طفل دون الخامسة	
	*تقارير رصد الهيموغلوبين (وضبطه) الخاصة بالمستقيدين والمعدة من قبل ١١ وحدة صحية حكومية	*إعداد وتنفيذ الخطة الإمدادية الغذائية *مراقبة تسليمات المعونة الغذائية واستخدامها مجالس المجتمعات المحلية والاتحادات المستقيدون (الصحة)	*انخفاض انتشار فقر الدم في صفوف النساء في سن الحمل وا طفل دون الثانية من العمر بنسبة ٣٠ في المائة خلال فترة المشروع	*انخفاض نسبة انتشار فقر الدم في صفوف النساء في سن الحمل	*تفشي فقر الدم في صفوف النساء في سن الحمل	
	*تقارير تداول المكملات في صفوف ا طفل وا مهنات المستقيدين		*ارتفاع متحصلات السرعات في صفوف ا طفل دون سن الثانية بما لا يقل عن ١٠ في المائة من خلال معونة المشروع الغذائية			
	*صحائف معلومات القابلات (أو الموظفين ا خرين في المجتمعات المحلية)	*قياس الوزن حسب العمر للأطفال المستقيدين (مرة في الشهر)		*ارتفاع المتحصلات الغذائية للأطفال دون سن الثانية إلى مستوى كاف		
*تجاس طـرق الإصحاح البيئي والنظافة التي تتبعها المجتمعات المحلية في منع انتشار ا وبئة بصورة فعالة	*صحائف مراقبة توزيع ا غذية في مجالس المجتمعات المحلية (وحدة إدارة أغذية المجتمعات المحلية)	*تعليم ا مهنات فوائد مكملات الحديد ومتطلبات ومعايير المعونة الغذائية ا خري				
	*دراسة البروتوكول والتقارير التشخيصي لموظفي الرعاية الصحية عن المعارف والمواقف والممارسات بشأن فقر الدم ،	*تحديد المتطلبات من المواد والمعدات والتدريب فيما يتعلق برصد النمو على مستوى وحدات الصحة العامة في مراكز المجتمعات المحلية وفي البلديات في	*قيام ٩٠ في المائة من الموظفين في نهاية العام الثاني بممارسات رعاية كافية في ميدان التغذية وصحة ا مومة والطفولة	*تعزز القدرة المؤسسية وكفاءة الموظفين في شبكة الخدمات الخاصة برصد نمو ا طفل	*تعسر الوصول إلى الخدمات الصحية لمراقبة النمو والرعاية قبل الولادة	

المصفوفة المنطقية

الإفتراضات	سبل التحقق	ا نشطة	المؤشرات	الإنجازات	المشكلات	ا أهداف المحددة
	ومخاطر الحمل ومرحلة ما قبل الولادة ، وقياس الجسم البشري، ومتابعة النمو ، ومعالجة الإسهال	منطقة المشروع				
	*جرد المعدات (الموازين، آلات القياس ، مقاييس الهيموغلوبين)	*شراء المواد والمعدات وتزويد الوحدات الصحية في مراكز المجتمعات المحلية والمتطوعين في القرى بها وفقا للاحتياجات المحددة	*نظام عامل لرصد النمو وفقر الدم			
	*موجهات عملية لترسيخ الموضوعات في وحدات الرعاية الصحية ووحدات مراقبة ا وزان في المجتمعات المحلية	*تدريب وتعزيز موظفي الوحدات الصحية في مراكز المجتمعات المحلية والقائمين على رصد ا وزان فيما يتعلق بتقنيات تقدير النمو				
		*تدريب موظفي المؤسسات والمجتمعات المحلية على أنشطة الكشف والمعالجة والإحالة المتصلة بحالات النقص التغذوي (فيتامين ألف، اليود، فقر الدم، سوء التغذية الناجم عن نقص البروتين والطاقة)				
	*تقرير فني من الاستشاريين بشأن تصميم وتنفيذ برامج رصد النمو (وغير ذلك من الموضوعات القائمة المتعلقة برعاية ا مومة والصحة)					
	*تقارير إشرافية من ا مم المتحدة ووزارة الصحة					
	*تقارير المعارف والمواقف والممارسات المتوسطة والنهائية بشأن الموضوعات المعالجة في كل منطقة					
	*تشخيص وحدات الرعاية الصحية في مراكز المجتمعات المحلية بشأن مراقبة النمو ، وقياس أوزان	*تعزيز وترويج تطبيق المعايير المتكاملة لرعاية ا طفل في منطقة المشروع				
		*الإشراف على الرعاية المقدمة للمنتفعين				

المصفوفة المنطقية

الافتراضات	سبل التحقق	ا نشطة	المؤشرات	الإنجازات	المشكلات	ا أهداف المحددة
	ا أطفال، وملء النماذج والسجلات المتداخلة مع موظفي الوحدات الصحية في مراكز المجتمعات المحلية *التقارير الشهرية للقبالات وراصدي ا وزان *التقارير التغذوية للممرضات المساعدات في الوحدات الصحية لمراكز المجتمعات المحلية *موجهات للبرمجة والتدريب للعاملين في ميدان كشف المخاطر/ أضرار الحمل والتغذية *صحائف القابلات وراصدي ا وزان	من خدمات الرعاية الصحية وفقا للمعايير				
*تقديم منظمة الصحة في البلدان ا مريكية للمساعدة لهذه المبادرات في منطقة أنشطة المشروع	*تصميم نظم الرصد والتقييم (وثيقة استشاري منظمة الصحة في البلدان ا مريكية الوسطى وبنما)	*رفع مستوى نظم المعلومات القائم بين القابلات والوحدات الصحية لمراكز المجتمعات المحلية	*خفض النقص في تغطية وتركيز عمليات المراقبة قبل الولادة ومتابعة النمو والتطور بنسبة ٥٠ في المائة	*زيادة عدد عمليات مراقبة الحوامل في مرحلة ما قبل الولادة وفحوص نمو ا طفل		
	*تقارير دورية من الممرضات المساعدات عن أنشطة الرعاية في الوحدات الصحية لمراكز المجتمعات المحلية *موجهات تدريبية للقبالات عن كشف المخاطر *نماذج مبسطة وموثقة لجمع المعلومات على يد موظفي المجتمعات المحلية	*تدريب القابلات على كشف مخاطر الحمل (ا وضاع غير الطبيعية للأجنة ، النزيف، تعدد ا جنة ، الخ)				
	*قائمة المشاركين الذين أتوا	*تدريب العاملين الصحيين في المجتمعات	*تدريب ١٠٠ في المائة من ا سر	*استخدام ا سر لطرق صحية	*رداءة تدابير النظافة المتعلقة	*تحسين الظروف الإصحاحية

المصفوفة المنطقية						
الافتراضات	سبل التحقق	ا نشطة	المؤشرات	الإجازات	المشكلات	ا أهداف المحددة
	التدريب *تقديرات ريفية سريعة عن ممارسات النظافة	المحلية على ا ساليب النظيفة للطهي والعناية المنزلية والتخلص من النفايات	المقصودة وتحسين ٥٠ في المائة منها على ا قل لتقنياتها	كافية للطهي والعناية المنزلية	بالطهي والعناية المنزلية	والبنيات ا ساسية في المجتمعات المحلية المقصودة التي تؤثر على ا وضاع الصحية
		*تكرار التدريب في ميدان الطهي الصحي ، والعناية المنزلية ، والتخلص من النفايات على مستوى المجتمعات المحلية *مدربو الرصد (من المنظمات غير الحكومية ، الخ)	*تدريب ١٠٠ في المائة من ا سر المقصودة وتحسين ٥٠ في المائة منها على ا قل لنظم تصريف النفايات	*إقامة أليات وافية للتخلص من النفايات	*رداءة ظروف تصريف النفايات	
*توقيع اتفاقيات مع المنظمات غير الحكومية لإعمار/ تحسين نظم إمدادات المياه والبنيات ا ساسية	*قوائم المدخلات المستخدمة	*تحديد الخدمات والبنيات ا ساسية ونظم المياه الواجب تحسينها من خلال التقنيات القائمة على المشاركة	*تحسين ٩٠٠ موقد على ا قل	*استخدام موائد محسنة ذات مداخن	*التعرض للدخان الضار في المنازل مما يخلق مشكلات في الجهاز التنفسي ويؤثر على وزن المواليد	
	*التقارير الدورية للمنظمات غير الحكومية	*القيام بالتعاون مع المنظمات القاعدية والمنظمات غير الحكومية بتصميم خطة للقيام بالخدمات ا ساسية وأشغال البنيات ا ساسية	*بناء ا سر المقصودة لنحو ١ ٣٠٠ مرحاض على ا قل	*بناء المراحيض واستخدامها	*رداءة ظروف التخلص من الفضلات البشرية	
	*تقارير الوحدات الميدانية *قوائم تدقيق الرحلات الميدانية	*تنفيذ ا شغال وفقا للخطة الموضوعية	*بناء ٩٠٠ كيلو متر على ا قل من طرق المجتمعات المحلية و/أو إعمارها	*حصول المجتمعات المحلية على بنيات ا ساسية أكثر و/أو أفضل	*قلة الخدمات والبنيات ا ساسية	
	*سجلات البلديات	*تدريب المجتمعات المحلية على رصد ا شغال وعمليات مناولة ا غذية *تنظيم المجموعات لتوزيع ا غذية حسب ا عمال المنفذة	*بناء المجتمعات المحلية و/أو تحسينها لما لا يقل عن ٣٠ مركزا مجتمعا (مدارس ، مراكز صحية، مراكز رعاية اطفال ، الخ)			
	*تقارير فصلية مع تفصيل النفقات	*تدريب المجتمعات المحلية على صيانة ا شغال	*تحسين أرضيات وسقوف و/أو جدران ٦٠٠ منزل على ا قل	*تحسين الجدران وا رضيات و/أو السقوف بالموارد	*رداءة الظروف المنزلية (الجدران ، ا رضيات ،	

المصفوفة المنطقية

الافتراضات	سبل التحقق	ا نشطة	المؤشرات	الإجازات	المشكلات	ا أهداف المحددة
				المحلية/ا ساسية	السقوف) مع انتشار ا امراض	
	*تقارير عن استخدام البنود غير الغذائية	*رصد تقدم المنظمات القاعدية والمنظمات غير الحكومية في تحقيق الإنجازات	*إقامة/تحسين ٣٠ نظاما مانيا على ا قل	*إمداد ا سر و/أو المجتمعات المحلية بالمياه الصالحة للاستهلاك البشري	*تعسر الحصول على مياه الشرب	
*تشجيع العمد لإنشاء مجالس المجتمعات المحلية ودينامياتها	*الخطط الإنمائية وخطط العمل الخاصة بالمجتمعات المحلية	*التدريب على صياغة ورصد وتقييم المشروع مع تطبيق قادة المجتمعات المحلية لتقنيات المشاركة	*عدد منظمات المجتمعات المحلية التي أعدت خطط التشخيص والعمل القائمة على المشاركة	*تعزيز القدرة التفاوضية لمنظمات المجتمعات المحلية	*عدم التجانس في المستويات المختلفة للتطبيق في المجتمعات المحلية	*تعزيز منظمات المجتمعات المحلية لإدارة وتنفيذ خطط التنمية
	*محاضر اجتماعات الاتحادات واجهزة الرئاسية القروية	*التدريب على إدارة موارد المعونة الغذائية للمشروع	*عدد المبادرات التي صاغتها ونفذتها منظمات المجتمعات المحلية بمساعدة من المشروع			
*ترويج المنظمات غير الحكومية لجهود تعزيز منظمات المجتمعات المحلية	*كمية ونوعية اقتراحات مجالس المجتمعات المحلية المقدمة إلى المشروع	*صياغة الخطط الإنمائية للمجتمعات المحلية				
	*محاضر اجتماعات مجالس المجتمعات المحلية	*تنظيم مجموعات العمل تنفيذ أشغال المجتمعات المحلية *المنظمات غير الحكومية والمشروع - تصميم نظم للرصد والتقييم				
	*قوائم الانتخابات وإنشاء ا جهازة الرئاسية	*تدريب اتحادات مجالس المجتمعات المحلية والمنظمات ا اخرى في مجالات تنظيم المجتمعات المحلية والإدارة والتمايز بين الجنسين			*ضعف القدرات الإدارية	
		*إطلاع المجتمعات المحلية على مسائل الالتزام السياسي والانتخابات الديمقراطية *عقد الندوات العامة والاجتماعات البلدية *إجراء انتخابات المجتمعات المحلية	*تجديد ا جهازة الرئاسية كل سنتين	*التجديد الدوري للأجهزة الرئاسية في المجتمعات المحلية/الحكومات المحلية	*الممارسات الرأسية والتسلطية في المنظمات	
	*وثائق تعكس عملية التخطيط *ملاحظات للسجلات/الوثائق عن	صياغة الخطط الإنمائية للمجتمعات المحلية (مجالس المجتمعات المحلية) *تنسيق وربط ا شغال المزمع تنفيذها	*تنظيم الخطط وتنفيذها بمشاركة عدة مجتمعات محلية	*برامج العمل متعددة المجتمعات المحلية	*ضعف التنسيق والاتصال	

المصفوفة المنطقية						
الأهداف المحددة	المشكلات	الإنجازات	المؤشرات	أ أنشطة	سبل التحقق	الإفتراضات
*قلة الموارد البشرية المؤهلة اللازمة لتلبية الاحتياجات أساسية للمجتمعات المحلية	*زيادة عدد المتطوعين الصحيين والعمال الاجتماعيين وقادة المجتمعات المحلية	*قيام المنشطون والمتطوعون والقادة بمهامهم	*توفير التدريب المتخصص وفقاً لمجال العمل (إعادة تدريب المتطوعين المحليين في ميادين الصحة والتغذية والإصحاح البيئي) *إنشاء المكاتب وفرقة العمل المعنية *تصميم نموذج بسيط للتقارير في كل مجال للعمل في المجتمعات المحلية	*إنجاز أ شغال *تقارير الممرضات المساعدات والمنظمات غير الحكومية عن مشاركة المجتمعات المحلية	*مفاضر جلسات المنظمات القروية ، والاتحادات ومجالس المجتمعات المحلية التي توضح مدى مشاركة النساء واليافاعين	
*ضعف مشاركة النساء واليافاعين	*زيادة مشاركة النساء واليافاعين في منظمات المجتمعات المحلية إلى ما لا يقل عن ٥٠ في المائة	*النسبة المئوية للنساء واليافاعين المشاركين في منظمات المجتمعات المحلية	*إشراك المعلمين في الترويج أنشطة محددة لمجموعات الطلاب	*تنظيم اليافاعين في مجموعات الخدمات العامه تدريب مجموعات النساء واليافاعين في ميدان التنظيم والقيادة		
		*نسبة النساء المشاركات في أ جوهزة الرئاسية لمنظمات المجتمعات المحلية				