



وثيقة معلومات المشروع / ورقة بيانات السياسات الوقائية المتكاملة (PID/ISDS)

مرحلة تصور المشروع | تاريخ الإعداد / تاريخ التحديث: 24 مارس 2018م | تقرير رقم: PIDISDSC22744



معلومات اساسية

(أ) بيانات المشروع الأساسية

البلد	جيبوتي	معرف المشروع	P164164	رقم تعريف المشروع الرئيسي (إن وجد)	اسم المشروع
المنطقة	الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	التاريخ المتوقع للتقييم المسبق	20 أبريل 2018م	التاريخ المتوقع للعرض على المجلس	نحو القضاء كلياً على التقزم في جيبوتي (P164164)
أداة التمويل	تمويل مشروع استثماري	المقترض (المقترضين)	وزارة الاقتصاد والمالية	الوكالة المنفذة	وزارة الصحة
مجال الممارسة (الرئيسي)	الصحة والتغذية والسكان				

الهدف (الأهداف) الإنمائية المقترحة

يتمثل الهدف الإنمائي للمشروع في المساهمة في الحد من التقزم بين الأطفال دون سن الخامسة من خلال توسيع تغطية التدخلات متعددة القطاعات التي ثبت أنها تُحد من التقزم.

التمويل (دولار أمريكي)

المبلغ	مصدر التمويل
15.00	المؤسسة الدولية للتنمية (IDA)
15.00	التكلفة الإجمالية للمشروع

فئة التقييم البيئي

ب - التقييم الجزئي

قرار مراجعة ورقة تصور المشروع

المسار الثاني - سمحت المراجعة بمواصلة التحضير

قرارات أخرى (حسب الحاجة)

(ب) المقدمة والسياق

السياق القطري

1. جيبوتي هي دولة صغيرة ذات دخل متوسط منخفض تحتل موقعاً استراتيجياً بالنسبة للتجارة والأمن في القرن الأفريقي وخليج عدن. ولقد تغلبت على الصراع المدني العنيف في أوائل التسعينيات من القرن الماضي للوصول إلى تسوية سياسية بين المجموعات العرقية الرئيسية في البلاد ، وتمكنت من تسريع النمو الاقتصادي من خلال تأمين الاستثمارات الأجنبية المباشرة وعوائد إيجار القواعد العسكرية للبلدان الأجنبية وخدمات الموانئ التي تقدمها. وبلغ معدل نمو الناتج المحلي الإجمالي السنوي 6.5 في المائة بحسب التقديرات في عام 2016م ، وتسارع معدل التضخم ليصل إلى 3.5 في المائة في عام 2016 من 2.6 في المائة في عام 2015م ، مدفوعاً أساساً بالطلب على الإسكان والخدمات.
2. تظل جيبوتي دولة هشّة وتواجه عقبات خطيرة أمام الحد من الفقر وتحسين الوضع الصحي لسكانها. ففي عام 2013 ، بلغ عدد السكان في جيبوتي الذين يعيشون في الفقر 40.7 في المائة ، ويستهلكون أقل من 117.134 فرنك جيبوتي للفرد في السنة أو 2.98 دولار أمريكي في اليوم (تعادل القوة الشرائية 2011). وفي نفس العام ، بلغت نسبة السكان في جيبوتي الذين يعيشون في ظروف الفقر المدقع 23 في المائة بنفقون أقل من 78.157 فرنك جيبوتي للفرد في السنة أي ما يعادل 1.99 دولار في اليوم الواحد (تعادل القوة الشرائية 2011)، حيث أظهرت المناطق الريفية معدلات أعلى من الفقر المدقع (44 في المائة). ولا تزال البطالة واسعة الانتشار حيث بلغ المعدل 39 في المائة في عام 2015 وفقاً للتقديرات الرسمية ؛ ويرتفع هذا المعدل في أوساط النساء (49 في المائة) وفي المناطق الريفية (59 في المائة).
3. كان للمساحة المحدودة للأراضي الصالحة للزراعة وشحة الأمطار آثار سلبية على سبل العيش بما في ذلك المساهمة في ارتفاع مستويات انعدام الأمن الغذائي. فموقع جيبوتي يعني أيضاً مناخ صحراوي قاحل ودرجات حرارة مرتفعة على مدار السنة وموجات جفاف مطولة وندرة الأمطار والأراضي الصالحة للزراعة إضافة إلى ندرة المياه الجوفية. كما أن الزراعة تكاد تكون معدومة ، ولا تمثل سوى حوالي 3 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي وتوفر فرص عمل لما نسبته 2 في المائة من العمالة. تعتمد البلاد بشكل كبير على الواردات الغذائية والواردات من السلع المصنعة ومنتجات الطاقة. ولقد أدت الفترة الطويلة من الجفاف التي شهدتها البلاد مؤخراً إلى تعريض 20 في المائة على الأقل من سكان مدينة جيبوتي و 75 في المائة من الأسر الريفية إلى انعدام الأمن الغذائي.
4. تشمل العوامل الرئيسية وراء انتقال النمو المحدود إلى مرحلة الازدهار والحد من الفقر الزيادة المصاحبة في عدم المساواة التي ازدادت في جيبوتي بين عامي 2002 و 2017. إن عدم المساواة والفقر وانعدام الأمن الغذائي يؤديان إلى العديد من التحديات ، حيث يكون لسوء التغذية في مرحلة الطفولة أثراً مدمراً بشكل خاص. فعلى الرغم من التحسن الذي طرأ على السنوات العشرين الماضية في درجة جيبوتي على مؤشر الجوع العالمي (من 46.7 في عام 2000م إلى 31.4 في عام 2017م) - وهو مؤشر مركب لنقص التغذية لدى الأطفال ، وسوء التغذية والوفيات - لا تزال جيبوتي من بين البلدان الأسوأ أداءً ، حيث تحتل المرتبة 100 من إجمالي 119 بلداً في عام 2017م.¹
5. وفي هذا السياق، وضعت رؤية جيبوتي 2035 وكذلك استراتيجية الضمان الاجتماعي (2013-2017) جدول أعمال طموح لتحسين مستوى المعيشة. ومن خلال رؤية 2035 ، تعترف حكومة جيبوتي بأهمية التغذية في بناء رأس المال البشري ، ويتم الاعتراف بالدور الحاسم لشبكات الضمان الاجتماعي في التخفيف من الآثار المدمرة للفقر من خلال استراتيجية الضمان الاجتماعي. وتشدد الاستراتيجية على أهمية اتباع نهج طويل الأجل موجه نحو التنمية يضم أشكالاً مختلفة من المساعدة الاجتماعية ، بما في ذلك المساعدات المرتبطة بتحسين الحالة التغذوية للسكان.

السياق القطاعي والمؤسسي

¹ المعهد الدولي لبحوث السياسات الغذائية (واشنطن)، 2017م، مؤشر الجوع العالمي.

6. على الرغم من المكاسب التي تحققت مؤخراً في مجال بقاء الأمومة والطفولة وبعض التحسن الذي تحقق في الوضع الغذائي العام، إلا أن جيبوتي لا تزال متخلفة عن البلدان ذات نفس مستوى الدخل والدول المجاورة. وبينما انخفض معدل الخصوبة بشكل مضطرب إلى 3.1 لكل ألف مولود حي، لا يزال معدل وفيات الرضع ومعدل وفيات الأمهات أعلى من معدلات الوفيات في الدول التي لا يمكن مقارنتها اقتصادياً فحسب، بل وأيضاً البلدان الواقعة ضمن المنطقة الجغرافية لجيبوتي.² فعلى الرغم من انخفاضه، لا يزال معدل وفيات الأمهات يقدر بـ 229 حالة وفاة لكل 100,000 ولادة حية (2012م)، وهو أعلى بشكل ملحوظ من الهدف البالغ 185 الذي تم تحديده لعام 2015م.³ وتشير البيانات المتوفرة إلى التحديات التي لا تزال تواجه جهود تحسين مستوى توفر خدمات الرعاية التوليدية والوليدية ومستوى جودتها. فنسبة النساء التي تحصل على أربع زيارات أو أكثر من الرعاية السابقة للولادة لا تتجاوز 23%، ولا تتلقى سوى 54 في المائة من النساء أي شكل من أشكال خدمات الرعاية في مرحلة ما بعد الولادة.⁴ وفي الوقت نفسه، وعلى الرغم من انخفاض معدل وفيات الرضع من 71.7 في عام 2005 إلى 54.2 في عام 2015، إلا أن المعدل لا يزال مرتفعاً.⁵ ويعد سوء التغذية بين الأمهات والرضع السبب الأول للوفاة والإعاقة في جيبوتي.⁶ كما أن الهزال ومرض الإسهال الناجم عن صعوبة الحصول على المياه النظيفة في المناطق الريفية، والأمراض التنفسية الحادة المرتبطة بالتقزم هي الأسباب الأكثر شيوعاً للإصابة بالأمراض ووفيات الرضع.

7. لا تزال معدلات سوء التغذية (التقزم) المزمّن لدى الأطفال مرتفعة بشكل غير مقبول في جيبوتي. فالتقزم يعتبر مشكلة غذائية وتنمية بشرية ملحة في جيبوتي، تؤثر على أكثر من 30,000 طفل (30% من الأطفال دون سن الخامسة). وظلت معدلات التقزم ثابتة دون تغيير، وزادت بين عامي 2002 و 2013 بنسبة 3 نقاط مئوية، مع متوسط معدل سنوي للانخفاض بلغ سالب 2.2 في المائة. وتعتبر الفئة العمرية الأكثر تضرراً من التقزم هي الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 12 و 23 شهراً، ويعاني حوالي 41.5% من هذه الفئة العمرية من التقزم. ويبلغ معدل انتشار نقص الوزن (الوزن نسبة إلى العمر) بين الأطفال دون سن الخامسة 30%. مع العلم بأن الرضاعة الطبيعية الحصرية تحمي الرضع من المرض وتوفر التغذية الأساسية خلال الأشهر الستة الأولى من الحياة، بيد أنه في عام 2014 بلغت نسبة الرضع دون ستة أشهر الذين يعتمدون حصراً على الرضاعة الطبيعية 13.2% - وهذا أحد أدنى المعدلات في العالم.⁷ بالإضافة إلى ذلك، هناك ارتفاع حاد وتدرجي في التقزم بعد الفطام.

8. تعتبر معدلات سوء التغذية الحاد (الهزال) لدى الأطفال مرتفعة للغاية وتتعدى بكثير عتبة القلق لدى منظمة الصحة العالمية. لا يزال الهزال مرتفعاً بنسبة 22% بين الأطفال دون سن الخامسة، كما أن 5.7% من الأطفال يعانون من الهزال الشديد. وبالتالي يعتبر معدل انتشار الهزال في جيبوتي ثاني أعلى المعدلات على مستوى العالم، بعد جنوب السودان (23%).⁸ ونظراً للصلة المباشرة بين الهزال ووفيات الأطفال، فإن المعدلات المرتفعة للهزال لدى الأطفال دون سن الخامسة تشير إلى حالة حرجة تتطلب استجابة عاجلة (تصنف منظمة الصحة العالمية معدلات انتشار الهزال فوق 15% على أنها مستويات حرجة من أهمية الصحة العامة⁹).

9. التقزم والهزال هما قضيتان وطنيتان في جميع المناطق والشرائح الخمس المصنفة بحسب توزيع الثروة، واللذان تؤثران على نسبة أكبر من الفقراء وسكان الريف. فعلى الرغم من وجود واحدة من أعلى نسب سكان المناطق الحضرية بين البلدان ذات الدخل المنخفض إلى المتوسط في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا والدول الإفريقية جنوب الصحراء الكبرى (حيث يعيش حوالي 80% من السكان في المناطق الحضرية و 60% في مدينة جيبوتي)، يعتبر معدل انتشار التقزم أعلى بين سكان الريف، مقارنة مع نظرائهم في المناطق الحضرية (42.3% مقابل 30.0%). وتعاني أقاليم أوبوك ودخيل وتاجوره من أعلى معدلات التقزم بمعدلات تبلغ 45.9% و 44.2% و 40.8% على التوالي. كما يرتبط سوء التغذية أيضاً

2 المرجع نفسه

3 المرجع نفسه

4 وزارة الصحة الجيبوتية - إدارة الإحصاء والدراسات، والمشروع العربي لصحة الأسرة. 2012م مسح صحة الأسرة في جيبوتي

5 المرجع نفسه

6 معهد القياسات الصحية والتقييم. 2016 ملف جيبوتي.

7 وزارة الصحة الجيبوتي واليونيسف والاتحاد الأوروبي. 2013. مسح وطني حول التغذية باستخدام منهجية SMART 2013.

8 اليونيسف. حالة أطفال العالم. 2016م.

9 منظمة الصحة العالمية، نظام معلومات وضع التغذية (NLIS)، المؤشرات القطرية: دليل التفسير. 2010م

بالوضع الاجتماعي-الاقتصادي للأسرة ، ويزداد التقزم بين أفقر عشرين في المائة من السكان مقارنةً بالشرائح الأغنى من السكان (37.2 في المائة مقابل 18.2 في المائة).

10. وتشير التقديرات إلى أن ثلث الوفيات التي تحدث قبل الولادة على مستوى العالم و عُشر وفيات الأمهات ناتجة عن فقر الدم الناجم عن نقص الحديد ، في حين أن فقر الدم يعمل على زيادة مخاطر الولادة المبكرة وانخفاض الوزن عند الولادة. يعتبر تناول كمية كافية من المغذيات الدقيقة ، وخاصة الحديد ، وفيتامين "أ" ، واليود والزنك ابتداءً من فترة الحمل وحتى عمر 24 شهراً ، عاملاً حاسماً لنمو الطفل البدني ونموه العقلي. وفي جيبوتي ، يعاني ما يقرب من نصف الأطفال (43%) دون سن الخامسة وثلث النساء الحوامل (32%) من فقر الدم. وهذا النوع من سوء التغذية يزيد من الوفيات ، ويضعف المناعة ويعيق النمو المعرفي ، ويؤدي إلى مضاعفات الولادة. بالإضافة إلى ذلك ، انخفضت معدلات مكملات فيتامين (أ) من 95% في عام 2011 إلى 50% في عام 2015 ، في حين أن 58% من الأطفال دون سن الخامسة يعانون من نقص فيتامين (أ).

11. ووفقاً لتحليل سياقي أجرته وزارة الصحة في عام 2014 ، وعُرض خلال بعثة التعريف ، فإن المحددات الأساسية للتقزم تشمل سوء ممارسات تغذية المواليد والرضع والصحة البيئية وانعدام الأمن الغذائي. بالإضافة إلى ذلك ، يواجه الوصول إلى الخدمات الصحية الأساسية والاستفادة منها عوائق تتعلق بجائني العرض والطلب. وتعتبر التدخلات المجتمعية ضرورية لتعزيز المعرفة والسلوك التغذوي وكذلك لزيادة الطلب على الخدمات الأساسية ، لكنه لا توجد في الوقت الحالي استراتيجيات متماسكة لتقديم مثل هذه التدخلات على المستوى الوطني. وفي بداية عام 2012م ، تم إعادة تنظيم برنامج العاملين الصحيين المجتمعيين في جيبوتي للتركيز على تقديم الخدمات على مستوى المرافق الصحية ، وبالتالي تضاعف دورهم في التشخيص الفعال وإحالة الأطفال المصابين بسوء التغذية في المجتمع. وعلاوة على ذلك ، فإن تغطية التدخلات التغذوية عالية التأثير على مستوى المرفق والمجتمع المحلي (على سبيل المثال مكافحة الديدان ، تكميل فيتامين أ ، تعزيز النمو ، إلخ) تعتبر منخفضة بشكل عام وتتفاوت على نطاق واسع حسب الإقليم اعتماداً على وجودها والدعم المقدم من قبل شركاء التنمية. وفي الوقت نفسه ، تمتلك جيبوتي القدرة على معالجة حالات سوء التغذية ، إذا تم تشخيصها وإحالتها بشكل صحيح. كما يوجد في البلد مركز إحالة للتغذية في كل إقليم من الأقاليم الخمسة ، ومركز إحالة للتغذية على مستوى البلد في مدينة جيبوتي. وتمتلك مراكز / مستشفيات الإحالة التغذوية على المستوى الوطني وعلى مستوى الأقاليم القدرة على علاج الحالات المصابة بسوء التغذية الحاد الوخيم مع المضاعفات (التي تتطلب دخول المرضى إلى المستشفى). كما يوجد في البلاد سبعة خبراء تغذية يعملون في مراكز الإحالة ، اثنان يعملان في مدينة جيبوتي ، وواحد في كل إقليم من الأقاليم الخمسة.

12. تعاني جميع الأقاليم في جيبوتي من مستويات حرجة من التقزم (أي أكثر من 30 في المائة) وتغطية منخفضة لخدمات التغذية الرئيسية مثل تقديم المشورة بشأن التغذية الحصرية والتكميلية وصحة الأم وتدخلات التغذية والتكثيف حول ممارسات الإصحاح والنظافة الشخصية وتقديم المساعدات النقدية للفئات الفقيرة. يحصل العاملون في مجال الرعاية الصحية على مستوى محدود من التدريب في مجال التغذية ، وبالتالي لا يستطيعون تشجيع التغييرات السلوكية الضرورية اللازمة لتحسين نتائج التغذية. ويعمل العاملون الصحيون المجتمعيون في المرافق الصحية بدلاً من العمل في المجتمع ، وسد الفجوة بسبب عدم كفاية عدد العاملين الصحيين في المرافق الصحية. وبالإضافة إلى ذلك ، فإن التقارب بين الجهود متعددة القطاعات - مثل الصحة والزراعة والأمن الغذائي والتغذية والمياه والصرف الصحي والنظافة والتحفيز المبكر والحماية الاجتماعية - جميعها تعتبر دون المستوى الأمثل. وتظهر الأبحاث الدولية أنه على الرغم من أن التدخلات الخاصة بالتغذية تعتبر أمراً أساسياً لتسريع التقدم في مكافحة التقزم ، إلا أنه من الأهمية بمكان أيضاً أن تقوم قطاعات أخرى - مثل الزراعة والتعليم والرعاية الاجتماعية - بتطوير تدخلات تراعي جانب التغذية. ومن شأن نهج متعدد القطاعات أن يحقق نتائج مثلى في جانب التغذية من خلال تحقيق تغطية أكبر ، وفي نفس الوقت مساعدة البرامج الأخرى على تحقيق نتائج أكثر قوة وإظهار إمكاناتها الخاصة لإحداث تأثير.

13. وفي جانب الطلب ، تؤدي المعتقدات والممارسات الاجتماعية والثقافية والعوائق الجغرافية والمالية ، بما في ذلك المسافات الطويلة إلى المرافق ، والمستويات العالية عموماً من الفقر والضعف ، إلى إعاقة الطلب على الخدمات الصحية وخدمات التغذية وتغيير السلوك الذي يؤدي إلى نتائج مواتية في جانب التغذية. على سبيل المثال ، على الرغم من أن 88% من النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 سنة قمن بزيارة واحدة على الأقل لأخصائي صحي ماهر أثناء الحمل ، إلا أن أقل من ربع هذه النسبة (23%) أكملن جميع زيارات الرعاية السابقة للولادة الأربع التي أوصت بها منظمة الصحة العالمية. وفي المناطق الريفية ، فإن المسافة إلى مرافق الرعاية الصحية والحالة السيئة للطرق تعني أن الوقت والجهد والتكلفة المطلوبة للوصول إلى نقطة التسليم يمكن أن تكون كبيرة.

14. أدى وجود اللاجئين والمهاجرين إلى خلق ضغطاً إضافياً على البنية التحتية ومزيد من الضغوط على القدرة المحدودة أصلاً لتوفير الخدمات الصحية والتغذية الأساسية. ففي اثنين من مخيمات اللاجئين الثلاثة الرئيسية في جيبوتي ، تجاوزت معدلات سوء التغذية الحاد العام حدود الخطر لمنظمة الصحة العالمية (14-10%) و / أو الحدود الحرجة ($\leq 15\%$). وتأتي المخيمات ومعدلات سوء التغذية الحاد العام كما يلي: علايلي دادا (سوء التغذية الحاد العام 5.6%) ، هلهول (سوء التغذية الحاد العام : 11.9%) ، وأبوك (سوء التغذية الحاد العام : 17.6%). فمنطقة أبوك ، وهي الإقليم الذي يشهد أعلى معدلات سوء التغذية (مع أعلى معدلات التقزم والهزال في البلاد) تستضيف حالياً أكبر عدد من اللاجئين القادمين من اليمن. ويفر اللاجئون وطالبو اللجوء والمهاجرون من الصومال واليمن وإثيوبيا بسبب النزاعات المسلحة المتكررة والفقر المدقع لطلب اللجوء في جيبوتي أو عبور جيبوتي إلى دول الخليج بحثاً عن ظروف معيشية أفضل.¹⁰ ووفقاً للأمم المتحدة ، يحتاج أكثر من ربع مليون شخص إلى المساعدات الإنسانية في جيبوتي في عام 2017 ، وهذا العدد يشمل مواطني جيبوتي الذين يعيشون في فقر مدقع واللاجئين وطالبي اللجوء والمهاجرين.

15. لقد أظهرت حكومة جيبوتي التزامها بتحسين التغذية من خلال الاستراتيجية الجديدة لمكافحة جميع أشكال سوء التغذية ووضع السياسات والمبادرات الوطنية ؛ ومع ذلك ، هناك حاجة إلى المزيد لترجمة هذه الاستراتيجيات على أرض الواقع والأقوال إلى أفعال. ففي عام 2006م ، تم وضع سياسة وطنية للتغذية (2008-2012) لتوجيه الإجراءات الحكومية في مجال التغذية وفي عام 2012 ، تم تبني استراتيجية شبكات الأمان الاجتماعي (2013-2017). وتؤكد استراتيجية شبكات الأمان الاجتماعي على أهمية اتباع نهج طويل الأجل موجه نحو التنمية يضم مختلف أشكال المساعدة الاجتماعية من خلال برنامج وطني قائم على التغذية. وفي الآونة الأخيرة في أوائل عام 2018 ، تم وضع استراتيجية لمكافحة جميع أشكال سوء التغذية مع التركيز على أول 1000 يوم من الحياة ابتداء من الحمل وحتى أول سنتين من عمر الطفل. وتشمل التحديات المستمرة: عدم كفاية أعداد الموارد البشرية وسوء توزيعها؛ عدم كفاية إمدادات خدمات التغذية ؛ ضعف تدريب العاملين الصحيين على إدارة ومعالجة حالات سوء التغذية الحاد والمعتدل ، وكذلك متابعة المتعثرين ؛ وضعف الوصول المادي والمالي إلى خدمات الصحة والتغذية ؛ وتدني معدل تغطية تدخلات التغذية الأساسية ؛ وضعف الروابط بين الهياكل الصحية والمجتمع ونفاد مخزون منتجات التغذية على مستوى المرافق الصحية. وعلى وجه التحديد، أدى ضعف القدرات الإدارية للتنسيق وعوائق الموارد البشرية إلى الحد من قدرة وزارة الصحة على تقديم خدمات التغذية في إطار البرنامج الوطني للتغذية وتوفير التنسيق العام لبرنامج وطني للتغذية متعدد القطاعات. ولذلك يتمثل التحدي الرئيسي في إعادة تركيز الجهود على الوقاية على مستوى المجتمع ، حيث أن تكلفة الوقاية من سوء التغذية تمثل نصف تكلفة معالجتها ، وضمان إشراك القطاعات الأخرى التي تشارك في مختلف جوانب تقديم خدمات التغذية عن طريق دمج التغذية التدخلات الحساسة.

16. وعلى غرار عدد من البلدان الأخرى في المنطقة ، ألقت جيبوتي نظرة على الحلول المبتكرة لمعالجة قضايا انعدام الأمن الغذائي والتغذوي. وبالنظر إلى حقيقة أن البلد يعتمد بشكل كبير على الواردات من السلع الأساسية الرئيسية ، فقد سعى إلى إيجاد حلول للحد من تعرضه لتقلبات السوق العالمية للسلع الأساسية بما في ذلك إنشاء الشركة الجيبوتية للأمن الغذائي المكلفة بإبقاء أسعار المواد الغذائية تحت السيطرة. بالإضافة إلى ذلك ، يوجد في البلاد تشريع يقضي بتدعيم دقيق القمح المحلي بالحديد والزنك وحمض الفوليك - يتم حالياً تدعيم 95% من القمح في جيبوتي.

علاقة المشروع مع إطار الشراكة القطرية

17. يتوافق المشروع المقترح بشكل كامل مع استراتيجية الشراكة القطرية للفترة 2014م - 2017م ، والتي تدعم رؤية جيبوتي لسنة 2035 ، التي تمثل نهج الحكومة على المدى الطويل للتنمية. تشمل رؤية 2035 ركيزة لتعزيز رأس المال البشري لضمان رفاه السكان ، وتقابلها في استراتيجية الشراكة القطرية ركيزة "الحد من قابلية التأثر". ومن بين النتائج التي تحققت في إطار هذه الركيزة المتمثلة في الحد من قابلية التأثر يأتي تحسين الاستفادة من خدمات رعاية صحة الأم والطفل ذات النوعية الجيدة وبرامج مكافحة الأمراض المعدية. ويساهم المشروع المقترح في تحسين نتائج صحة الأم والطفل من خلال استهداف النساء الحوامل والمرضعات والتوصدي لسوء التغذية لدى الأطفال والتقزم على وجه الخصوص ، وهو مكون رئيسي وتحدي كبير لتحسين مخرجات صحة الأم والطفل.

¹⁰ مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية، 2017، خطة الاستجابة الإنسانية للأمم المتحدة.



18. يحدد التشخيص المنهجي الفطري القادم (SCD)¹¹ قضايا الصحة والتغذية ، حيث يأتي سوء التغذية الحاد والمزمن أحد الأسباب الأكثر شيوعاً للإصابة بالأمراض ووفيات الأطفال ، فضلاً عن معظم التحديات الأساسية التي تواجه تحسين التنمية البشرية في جيبوتي. كما أن تدفق اللاجئين يمثل أيضاً عبئاً كبيراً على النظام الصحي المجهد بالفعل. ويتمثل أحد المجالات ذات الأولوية في التشخيص المنهجي الفطري في "إخضاع المؤسسات للمساءلة وتعزيز قدراتها" من خلال جملة أمور منها بناء الاستدامة الاجتماعية ومعالجة الهشاشة ، حيث تأتي محدودية الوصول إلى الخدمات الصحية المتاحة وضعف جودتها وضعف القدرات وعدم وجود استراتيجية للتعامل مع تدفقات اللاجئين كمجالات يتعين معالجتها. ومن هنا يساهم المشروع المقترح في مجال الأولوية هذا حيث يهدف إلى تحسين الوصول إلى خدمات الصحة والتغذية الجيدة ، وبالتالي إشراك مختلف الجهات الحكومية وأصحاب المصلحة الآخرين. كما أن هناك تآزر متوقع بين محفظة المشاريع الحالية المتعلقة بالتغذية في البنك الدولي ومشروع التقرم المقترح.

19. ومن خلال توفير خدمات صحية جيدة ودعم النظام الصحي الذي يتحمل عبء إضافي بسبب تدفق اللاجئين ، يساهم المشروع المقترح أيضاً في ركيزتين من ركائز الاستراتيجية الإقليمية لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا - "تجديد العقد الاجتماعي" و "مرونة المهاجرين / النازحين داخلياً في مواجهة الصدمات".

(ج) الهدف (الأهداف) الإنمائية المقترحة

20. يتمثل الهدف الإنمائي للمشروع في توسيع نطاق تغطية التدخلات متعددة القطاعات التي ثبت أنها تقلل من التقرم.

النتائج الرئيسية (من ورقة تصور المشروع)

21. سيتم قياس التقدم نحو تحقيق الهدف الإنمائي للمشروع من خلال المجموعة التالية من مؤشرات النتائج المقترحة:

مؤشرات النتائج:

- النسبة المئوية للرضع من 0-5 أشهر الذين يعتمدون حصراً في التغذية على الرضاعة الطبيعية.
- النسبة المئوية للأطفال من 6 إلى 23 شهراً الذين يستهلكون الحد الأدنى من الوجبات الغذائية المقبولة
- النسبة المئوية للنساء الحوامل اللواتي يحصلن على 4 زيارات رعاية قبل الولادة على الأقل
- النسبة المئوية للنساء الحوامل اللاتي حصلن على كمية كافية من أقراص الحديد وحمض الفوليك (IFA) خلال زيارتهن الحالية للرعاية قبل الولادة (إمدادات كافية حتى الزيارة القادمة)
- النسبة المئوية للعاملين الصحيين والمتطوعين في مجال الصحة المجتمعية ممن لديهم معرفة حول التقرم والتغذية الملائمة للأطفال وممارسات الرعاية والنظافة والإصحاح.
- وجود وتفعيل آلية تنسيق متعددة القطاعات للتغذية تجتمع مرتين في السنة على الأقل.

وصف المفهوم

22. سلف يعمل المشروع على مساندة حكومة جيبوتي في مكافحة التقرم متعدد القطاعات من خلال اعتماد استراتيجية "صفر تقرم" والتي تتمحور حول مقارنة مجتمعية إلى جانب زيادة تقديم خدمات التغذية عالية التأثير. أعطت الحكومة الأولوية لمجموعة من التدخلات الأساسية الخاصة بالتغذية والمراعية للتغذية والتي يجب تنفيذها على نطاق واسع لتحقيق الهدف المتمثل في تحقيق خفض بنسبة 8% في معدلات التقرم بحلول عام 2025 (من 32% في عام 2017 إلى 24% في عام 2025). وسيعتمد المشروع على أفضل الممارسات العالمية ويركز على التوسع الوطني للتدخلات عالية التأثير والفعالة من حيث التكلفة. كما سيركز المشروع على التقرم نظراً لأن الحكومة، وغيرها من شركاء التنمية بما في ذلك اليونيسف وبرنامج الأغذية العالمي ومشروع تحسين أداء القطاع الصحي (PAPSS) يركزون بالفعل على علاج سوء التغذية الحاد.

¹¹ من المقرر أن يذهب التشخيص المنهجي الفطري القادم إلى مجلس الإدارة في الربع الثالث من عام 2018.

23. لتحقيق الهدف الإنمائي للمشروع، سيعمل المشروع المقترح على توسيع نطاق وحجم وتغطية تدخلات التغذية الجارية على المستوى الوطني. وسيتم تنفيذ عدة طرق لتحسين جودة خدمات التغذية وتغطيتها واستيعابها في جيبوتي، بما في ذلك: (1) تقديم خدمات صحية وتغذوية أساسية عالية الجودة في المرافق الصحية وفي المجتمعات التي تستجيب بفعالية لاحتياجات النساء والأطفال في مجال الصحة والتغذية والتحفيز المبكر (2) تعزيز قدرات مقدمي الخدمات الصحية والعاملين الصحيين المجتمعيين والمتطوعين المجتمعيين لتقديم خدمات تغذية عالية الجودة؛ (3) الاتصال بهدف تغيير السلوك للوصول إلى الآباء ومقدمي الرعاية والأطفال في المجتمعات المحلية لتعزيز معرفتهم وخلق بيئة مواتية لثقافة طلب خدمات الرعاية؛ (3) دعم السياسات والتنسيق والمتابعة والتقييم على المستوى الوطني لضمان مشاركة جميع القطاعات ذات الصلة.
24. سيتضمن المشروع المقترح ثلاثة مكونات رئيسية تؤكد على توسيع نطاق ونوعية التدخلات في جاني العرض والطلب. ونظراً للطبيعة المتعددة القطاعات للمشروع وأصحاب المصلحة المختلفين الذين يشاركون حالياً في تقديم خدمات التغذية على مستوى المجتمع المحلي، تم تحديد الوكالات المنفذة المقترحة لكل مكون. وسيتم الانتهاء من هذه الترتيبات أثناء التحضير.
25. المكون 1: خدمات صحية وتغذوية عالية التأثير. يركز هذا المكون على تقديم الخدمات والتدخلات التي تعالج التقزم على مستوى المنشأة والمجتمع.
26. المكون الفرعي 1.1 تعزيز الخدمات الصحية وخدمات التغذية (على مستوى المنشأة). سيعمل هذا المكون الفرعي على تحسين توفير وجودة والاستفادة من مجموعة معززة من التدخلات عالية الأثر الخاصة بالتغذية والصحة على مستوى المنشأة. وهذه التدخلات سوف تشمل تلك المحددة في برنامج الحكومة الوطني للتغذية وتستند على التوصيات الدولية الخاصة بأكثر التدخلات فعالية في مجال مكافحة التقزم: (1) رصد وتشجيع النمو والتتابع الفعال للأطفال المتعثرين، الرضاعة الطبيعية الحصرية من الولادة إلى عمر ستة أشهر، مكافحة الديدان المعوية، والمكملات من المغذيات الدقيقة (أي مكملات فيتامين "أ"، مكملات الزنك العلاجية مع أملاح الإماهة الفموية، مساحيق تكميلية للمغذيات الدقيقة المتعددة)؛ (2) التدخلات الصحية والتغذوية الهامة للنساء (أي أربع زيارات رعاية خلال فترة ما قبل الولادة، أربع زيارات رعاية خلال فترة ما بعد الولادة، مكملات الحديد / حمض الفوليك، تنظيم الأسرة بعد الولادة، تقديم المشورة بشأن رعاية الطفل، التغذية التكميلية والنظافة العامة). (3) تحسين جودة الرعاية من خلال مرافق المياه والصرف الصحي والنظافة في المنشآت الصحية بما في ذلك مراكز إحالة التغذية؛ (4) تحسين الروابط والإحالات وتبادل الإحالات بين المرافق والمجتمع. وستتم مساهمة المرافق الصحية وتحفيزها لتقديم هذه التدخلات، فضلاً عن الاستفادة من التدريب والسلع والدعم اللوجستي من المستوى الوطني. وبالنسبة لمراكز الإحالة الخاصة بالتغذية، سيهدف المشروع إلى تحسين جودة الخدمات المقدمة على المستويين الإقليمي والوطني. ومن خلال المشروع الجاري للبنك الدولي "تحسين أداء القطاع الصحي" (PAPSS) يتم توفير حوافز للعاملين الصحيين / المرافق الصحية لتقديم خدمات التغذية على مستوى المرافق بالاستفادة من التمويل القائم على النتائج. كما سيدعم المشروع تدريب موظفي المكتب المركزي لشراء الأدوية والإمدادات الطبية (CAMME) على إدارة إمدادات التغذية وإعداد نظام لإدارة إمدادات التغذية.
27. وستكون وزارة الصحة هي الوكالة المنفذة لهذا المكون الفرعي مستخدمة كلاً من العاملين في مجال الرعاية الصحية على مستوى المرفق الصحية والعاملين الصحيين المجتمعيين الذين يعملون في المجتمع. ولضمان وجود نظام فعال للإحالة والإحالة المتبادلة، سيكون هناك حاجة إلى تنسيق قوي وتقسيم واضح للعمل بين وزارة الصحة وأصحاب المصلحة الآخرين الذين يقدمون الخدمات على مستوى المجتمع مثل أمانة الدولة للشؤون الاجتماعية ووكالة التنمية الاجتماعية في جيبوتي ووزارة المرأة والأسرة والمنظمات غير الحكومية. وسيتمتع على وزارة الصحة أن تلعب دوراً معززاً في الإشراف الداعم لتدخلات التغذية المنفذة على مستوى المجتمع.
28. المكون الفرعي 1.2: مكافحة وإدارة التقزم والهزال على مستوى المجتمع: سيدعم هذا المكون الفرعي تقديم الخدمات الصحية وخدمات التغذية على مستوى المجتمع المحلي، فضلاً عن العنصر الحاسم في التوعية والترويج المجتمعيين. وبشكل أكثر تحديداً، سوف يقوم المشروع بما يلي: (1) دعم تغيير السلوك وتعزيز الصحة وتعبئة المجتمع المحلي والتوعية باستخدام استراتيجية التواصل بهدف التغيير السلوكي، والتي تتضمن الرسائل المناسبة محلياً حول تغذية المواليد والأطفال والمياه والصرف الصحي والنظافة الشخصية (2) تحديد استراتيجية مشتركة للمشاركة المجتمعية بين القطاعات المختلفة وتسهيل تقارب حزمة الخدمات الدنيا متعددة القطاعات على مستوى المجتمع (3) تدريب وتوجيه وتحفيز العاملين الصحيين

المجتمعيين والمتطوعين في المجتمع المحلي على تحديد وإحالة ومتابعة الأطفال المعرضين لخطر التقزم؛ (4) استخدام استراتيجية الانحراف الإيجابية التي تعطي حوافز للأمهات الفقيرات اللواتي لديهن أطفال أصحاء يتمتعون بتغذية جيدة (5) معالجة العناصر الأساسية في المياه والصرف الصحي والنظافة من خلال تقديم الدعم الموجه للأسر الضعيفة لتحسين الوصول إلى تدخلات المياه والصرف الصحي والنظافة العامة (مثل معالجة المياه ومحطات غسيل اليدين بالصابون والطرق الآمنة لتخزين المياه) ؛ (6) استهداف المراهقات بمكملات الحديد وحمض الفوليك ؛ (7) زيادة عدد العيادات / الفرق المتنقلة وعدد الزيارات التي يقومون بها لضمان حصول السكان الريفيين والبدو على خدمات صحية وخدمات التغذية. كما سيتم تعزيز خدمات التغذية التي تقدمها كل من العيادات المتنقلة والقوافل الطبية نصف السنوية بدعم من المشروع.

بالإضافة إلى ذلك ، سيشمل هذا المكون الفرعي آلية لمشاركة المواطنين لتسهيل جمع ملاحظات وآراء المستفيدين حول جودة وملاءمة خدمات التغذية المقدمة على مستوى المجتمع.

29. **المكون 2: تعزيز التدخلات متعددة القطاعات لخفض التقزم.** سيركز هذا المكون على تهيئة بيئة مواتية لتعزيز التدخلات متعددة القطاعات التي تعتبر بالغة الأهمية للحد من التقزم.

30. **المكون الفرعي 2.1: استخدام منصات متعددة القطاعات لمكافحة وإدارة التقزم.** في إطار هذا المكون الفرعي ، سيتم وضع إستراتيجية إعلامية والاتصالات السلوكية (BCC) (مستندة إلى مسوحات المعرفة والمواقف والممارسات والمشاورة مع أصحاب المصلحة) لتسهيل تطوير رسائل ملائمة محلياً للوقاية من التقزم. وسوف تهدف أيضاً إلى توفير الحوافز للأمهات اللواتي يشاركن في تدخلات الوقاية من التقزم والأمهات اللواتي لديهن أطفال أصحاء. بالإضافة إلى ذلك ، يسعى هذا المكون إلى ضمان وجود روابط مع مشروع شبكة الأمان الاجتماعي للاستجابة للأزمات في جيبوتي التابع للبنك الدولي ومشروع تنمية المجتمع الريفي وإدارة المياه (PRODERMO) عند إجراء متابعة حالات التقزم وإدارة الحالات والوقاية.

31. **المكون الفرعي 2.2: تناول التقزم في السياسات والاستراتيجيات ذات الصلة.** سيعمل هذا المكون الفرعي على دعم وتشجيع الوزارات المعنية في الاستجابة متعددة القطاعات لتهيئة بيئة مواتية لمكافحة التقزم. وسيتم دعم الوزارات المعنية لصياغة أو تحديث سياساتها واستراتيجياتها وقواعدها ومبادئها التوجيهية وبروتوكولاتها لتيسير بيئة مواتية لتنفيذ تدخلات التغذية متعددة القطاعات.

32. **المكون الفرعي 2.3: بناء القدرات في عدد من القطاعات.** سيقوم هذا المكون الفرعي بإجراء تحليل للثغرات لتحديد الاحتياجات وتحسين القدرات على المستوى الوطني والإقليمي وعلى مستوى المرفق. كما سيعمل أيضاً على زيادة البرامج الحالية في إطار البرنامج الوطني للتغذية بالإضافة إلى تطوير المعهد الوطني للتغذية. علاوة على ذلك ، سيتم إجراء تنسيق متعدد القطاعات على المستويات السياسية والفنية. ولتعزيز قدرات المؤسسات القطاعية على تنفيذ تدخلات في مجال التغذية ، سوف يكمل هذا المكون المبادرات الجارية في إطار البرنامج الوطني للتغذية ، بما في ذلك المساعدة الفنية والتدريب والتنسيق والإشراف الداعم والمواد ذات الصلة لبناء القدرة على تقديم خدمات التغذية متعددة القطاعات للمجتمعات. وسيركز هذا المكون الفرعي على تحسين القدرات على جميع المستويات (الوطنية والإقليمية وعلى مستوى المرافق الصحية، وما إلى ذلك) للتصدي لطبيعة التقزم في قطاعات متعددة. كما سيتم إجراء تحليل للثغرات لتحديد احتياجات القدرات لضمان الاستهداف الفعال للدعم المقدم من خلال المشروع. وعلى وجه التحديد ، سيعمل المكون الفرعي على: (1) دعم التنسيق متعدد القطاعات على المستويين السياسي والفني ؛ (2) تعزيز القيادة والقدرات اللازمة في برامج التغذية الوطنية والإقليمية لوزارة الصحة من أجل القيام بمهمة التنسيق والتيسير بفعالية أكبر ؛ (3) دعم تطوير معهد وطني للتغذية يهدف إلى تعزيز قدرة أصحاب المصلحة الرئيسيين المشاركين في تقديم خدمات التغذية بما في ذلك المهنيين الصحيين والمنظمات / الجمعيات العاملة على مستوى المجتمع المحلي. وسيمثل المعهد مستودعاً للمعلومات الخاصة بالتغذية (الموارد المستندة إلى الأدلة في مجال تعزيز التغذية ، والمبادئ التوجيهية والمعايير الوطنية). كما سيوفر فرص التطوير المهني مثل التدريب بالتعاون مع معاهد التدريب وورش العمل والمنتديات المعترف بها ؛ (5) تحسين اللوائح وتنفيذها فيما يتعلق بتدعيم المواد الغذائية.

33. **المكون 3: تعزيز التنسيق وإدارة المشروع والرصد والتقييم**

34. لاستكمال التدخلات المذكورة أعلاه ، سيدعم هذا المكون التنسيق وإدارة المشروع والرصد والتقييم. ويهدف إلى تحسين قدرة الكيانات الوطنية المنفذة على إدارة تنفيذ المشروع بصورة فعالة والتنسيق بين مختلف الكيانات ومتابعة التقدم المحرز في



التنفيذ وتقييم آثار المشروع. وسيدعم هذا المكون الفرعي: (1) الإدارة اليومية لأنشطة المشروع بما في ذلك الأنشطة الائتمانية؛ (2) أنشطة المساعدة الفنية وبناء القدرات لدعم الكيانات المنفذة؛ (3) أنشطة الرصد والتقييم مثل الدراسات الاستقصائية الدورية، ومسوحات وتقييمات التغذية، وتقييمات الأثر لاستخلاص الدروس المستفادة في الوقت المناسب حول الآليات الناجحة وحجم تكلفته وسبل توسيع نطاقه، ورصد التقدم المحرز في التنفيذ ومعالجة أي تحديات في التنفيذ. كما سيعمل على تطوير وتعزيز استخدام نظم المعلومات لتحديد وإحالة وتتبع الأطفال والنساء والكشف المبكر عن سوء التغذية، بالإضافة إلى ضمان وجود الهياكل والنظم الصحيحة لتنفيذ ورصد تدخلات التغذية. وكجزء من الجهود الرامية إلى تحسين نظام المعلومات الصحية، سيتم تعزيز الآلية الحالية لمراقبة الأمراض للكشف عن أي تحذيرات في وقت مبكر للعواقب المحتملة لتغير المناخ، حيث تم تحديد درجة الحرارة والجفاف الشديدين على أنها ذات تأثير محتمل كبير على تنفيذ المشروع.

الإجراءات الوقائية

(أ) موقع المشروع والسمات المادية البارزة ذات الصلة بتحليل الضمانات (إذا كانت معروفة)

سيغطي المشروع البلد بأكمله حيث أن معدل انتشار التقزم مرتفع في جميع أنحاء البلاد. وسيتم تحديد الأولويات والاستهداف الجغرافي لمناطق محددة ضمن الأقاليم على أساس نتائج مسح منهجية الرقابة والتقييم القياسية للإغاثة والتحويلات (SMART) وعمليات المسح الأخرى التي تقدم بيانات مفصلة حول انتشار سوء التغذية بما في ذلك التقزم وكذلك الأسباب المباشرة والكامنة والأساسية وراء التقزم. وسيكون المشروع بطبيعته متعدد القطاعات، وسيركز على تحسين عرض وجودة الخدمات الصحة والتغذية على مستوى المرافق الصحية والمجتمع، بما في ذلك زيادة فرص التدخلات الصحية للنساء مثل الاستشارات في مرحلة ما قبل الولادة وما بعد الولادة، والتحصين، وخدمات تنظيم الأسرة، والجمع بين متابعة صحة الطفل والتحصين مع مكملات فيتامين (أ) والمغذيات الدقيقة ومكافحة الديدان المعوية، إضافة إلى زيادة عدد العيادات والفرق المتنقلة وعدد الزيارات التي يقومون بها لضمان حصول السكان الريفيين والبدو على الخدمات الصحية والتغذية؛ وتدريب وتجهيز العاملين في مجال الصحة المجتمعية (CHWs) لإحالة الأطفال والنساء الذين يعانون من سوء التغذية أو المعرضين لمخاطر الإصابة بها ومتابعتهم؛ وتقديم الفرز المجتمعي للأطفال والنساء؛ وتسهيل الروابط والإحالة وتبادل الحالات بين المرفق والمجتمع. وستشمل أنشطة المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية معالجة مرافق المياه على مستوى بعض المرافق والأسر بما في ذلك تسليم أفراس الكلور، ودمج ممارسات النظافة في المناهج المدرسية؛ وتحسين الوصول إلى الصابون ومحطات غسل اليدين في المناطق الريفية؛ والاستفادة من الأطفال في سن المدرسة كمدخل لتعزيز ممارسات الصحة والتغذية المثلى.

(ب) القدرة المؤسسية للمقترض بشأن سياسات الحماية (الضمانات)

سوف تعمل وزارة الصحة باعتبارها الوكالة المنفذة للمشروع. وستكون هناك حاجة إلى وجود مستوى عال من التنسيق بين وزارة الصحة وأصحاب المصلحة الآخرين الذين يقدمون الخدمات على مستوى المجتمع مثل أمانة الدولة للشؤون الاجتماعية ووزارة المرأة والأسرة والمنظمات غير الحكومية. وتتمتع كل من وزارة الصحة وأمانة الدولة للشؤون الاجتماعية بخبرة في المشاريع التي يمولها البنك الدولي وتنفيذ السياسات الوقائية الخاصة بالبنك الدولي.

(ج) أخصائيو الضمانات البيئية والاجتماعية في الفريق

أنطوان في. ليما، أخصائي الضمانات الاجتماعية
محمد ادنين بزوي، أخصائي الضمانات البيئية

السياسات الوقائية التي قد يتم تطبيقها

السياسات الوقائية	هل تم تفعيلها؟	الشرح (اختياري)
التقييم البيئي (OP 4.01)	نعم	يصنف هذا المشروع ضمن الفئة "ب". المكون الفرعي 1.1: تعزيز خدمات الصحة والتغذية والمكون الفرعي 1.2 مكافحة وإدارة التقزم على مستوى المجتمع المحلي يميلان إلى خلق بعض التأثيرات البيئية والصحية والسلامة العامة

الناجمة عن إساءة استخدام إجراءات معالجة المياه أو بسبب توليد النفايات الطبية الناجمة عن أنشطة التحصين.

وسيتم تخصيص جميع الأموال الأخرى في الغالب لدعم تقديم الخدمات الصحية وخدمات التغذية وتعزيزها. ومن المتوقع أيضا إجراء بعض أعمال الترميم الطفيفة للمباني القائمة التي ستخلق بعض التأثيرات البسيطة على الصحة والسلامة المهنية والبيئة فيما يتعلق أساسا بإدارة النفايات الصلبة غير الخطرة والخطرة، وخلق الضوضاء والغياب العابر، وتصريف مياه الصرف الصحي. كل هذه التأثيرات سهلة المعالجة وسيتم تخفيفها بسهولة.

سيتم إعداد إطار للإدارة البيئية والاجتماعية (ESMF) نظراً لعدم معرفة المناطق المحددة التي سيتم تمويلها في إطار المكونين 1.1 و 1.2.

وبالإضافة إلى تفصيل عملية الفحص وترتيبات التنفيذ، سيشمل إطار الإدارة البيئية والاجتماعية ما يلي: (1) خطة الإدارة البيئية (EMP) لأعمال الترميم / الأعمال المدنية البسيطة؛ (2) خطة إدارة المواد الخطرة؛ (3) خطة إدارة نفايات الرعاية الصحية؛ (4) خطة الصحة والسلامة للسكان المستفيدين من خدمات الرعاية الصحية والعاملين؛ و (5) قضايا المساواة في التقييم الاجتماعي، لمعالجة القضايا المحتملة للاستبعاد الاجتماعي للخدمات المقدمة.

سوف يقوم إطار الإدارة البيئية والاجتماعية بوضع آلية للفحص، وسيتم فحص الأنشطة الناتجة عن مخاطر وآثار الفئة (أ)، وكذلك لتجنب أنشطة المشروع التي قد تؤدي إلى الإجراء 4.12.

وسيتم التشاور بشأن النسخة الأولية لإطار الإدارة البيئية والاجتماعية مع جميع أصحاب المصلحة. وسيتم إتاحة صور من النسخة النهائية لإطار الإدارة البيئية والاجتماعية في موقع يسهل على الأشخاص المتضررين الوصول إليه بالإضافة إلى أي إفصاح عبر الإنترنت. يشمل المشروع أنشطة تُشرك المواطنين من خلال المشاورات لتوجيه تصميم المشروع، ويتم التخطيط لإجراء مسوحات لاستطلاع رضا المستفيدين على مستوى المجتمع خلال فترة المشروع بالإضافة إلى تقييم الأثر.

وسوف تم مراجعة واعتماد إطار الإدارة البيئية والاجتماعية والإفصاح عنه داخل البلد وعلى الموقع الإلكتروني الخارجي للبنك الدولي قبل التقييم.

الموائل الطبيعية (OP 4.04)	لا	لم يتم تفعيل هذه السياسة بما أن المشروع لن ينطوي على أعمال في الموائل الطبيعية أو المناطق المحميّة
الغابات (OP 4.36)	لا	لم يتم تفعيل هذه السياسة كون المشروع لا يتضمن أعمال في الغابات أو استصلاح الغابات، كما أنه لن يدعم أي استثمارات أخرى تعتمد على خدمات الغابات.
إدارة الآفات (OP 4.09)	لا	لم يتم تفعيل هذه السياسة بما أن المشروع لن ينطوي على استخدام المبيدات الحشرية أو المنتجات ذات العلاقة.
الموارد الحضارية المادية (OP 4.11)	لا	لا ينطوي المشروع المقترح على أعمال تبعث مخاطر الإضرار بالمتعلقات الثقافية المجتمعية القائمة.
الشعوب الأصلية (OP 4.10)	لا	لا يوجد سكان في جيبوتي يمكن تصنيفهم كسكان أصليين بحسب التعريف الوارد في دليل الإجراءات التشغيلية 4.10. وبالتالي فإن أنشطة المشروع لن تؤثر على المناطق التي يقطنها السكان الأصليون.



إعادة التوطين القسري (OP 4.12)	لا	لن ينطوي المشروع على أي حيازة للأراضي. ومع ذلك ، يمكن إجراء بعض أعمال الترميم الطفيفة في بعض المرافق القائمة. وتعتبر الأعمال التي تتطلب حيازة الأرض (بما في ذلك أي إزاحة اقتصادية أو مادية لباسطي اليد) غير مؤهلة للحصول على التمويل في إطار المشروع. وسوف يتضمن إطار الإدارة البيئية والاجتماعية أداة فحص لفحص أي أنشطة قد تؤدي إلى إطلاق دليل الإجراءات التشغيلية OP 4.12.
سلامة السدود (OP 4.37)	لا	لن يقوم المشروع ببناء السدود أو الاعتماد عليها.
المشاريع في الممرات المائية الدولية (OP 7.50)	لا	لن يؤثر المشروع على الممرات المائية الدولية.
المشاريع في المناطق المتنازع عليها (OP 7.60)	لا	لن يتم تنفيذ المشروع في أي منطقة متنازع عليها.

(هـ) خطة إعداد الضمانات (الإجراءات الوقائية)

التاريخ المستهدف المؤقت لإعداد وثيقة معلومات المشروع/ورقة بيانات الإجراءات الوقائية المتكاملة لمرحلة التقييم المسبق

05 أبريل 2018

الإطار الزمني لإطلاق واستكمال الدراسات المتعلقة بالضمانات والتي قد تكون ضرورية. يجب تحديد الدراسات المحددة وتوقيتها في وثيقة معلومات المشروع/ورقة بيانات الإجراءات الوقائية المتكاملة لمرحلة التقييم المسبق.

سيتم الانتهاء من إطار الإدارة البيئية والاجتماعية بحلول منتصف أبريل.

نقطة الاتصال

البنك الدولي

إليزابيث مزياري
ضابط عمليات أول

المقترض / العميل / المتلقي

وزارة الاقتصاد والمالية
إلياس موسى ضوالع
معالي السيد

smibrathu@mefip.gov.dj

الوكالات المنفذة



وزارة الصحة
جاما علمي عقية
سعادة الدكتور
chehem@msn.com

للمزيد من المعلومات الرجاء الاتصال

البنك الدولي
شارع H 1818 ، نيويورك
واشنطن العاصمة 20433
هاتف: 1000 - 473 (202)

الموقع الإلكتروني: <http://www.worldbank.org/infoshop>

الموافقة

إليزابيث مزيراي	رئيس (رؤساء) فريق العمل:
تمت الموافقة من قبل:	
APPROVAL TBL	
29 مارس 2018	إرنست إي ماسيه / مدير الممارسة:
02 أبريل 2018	بوناام جوبتا / المدير القطري:

