



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

مرحلة التقييم المسبق | تاريخ الإعداد / التحديث: 08 مايو 2018 | رقم التقرير: PIDISDSA24433



معلومات اساسية

(أ) بيانات المشروع الأساسية

البلد	معرف المشروع	اسم المشروع	معرف المشروع (إن وجد)
جيبوتي	P164164	نحو القضاء كلياً على التقرم في جيبوتي	
المنطقة	التاريخ المتوقع للتقييم المسبق	التاريخ المتوقع للعرض على المجلس	مجال الممارسة (الرئيسي)
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	08 مايو 2014	25 يونيو 2018م	الصحة والتغذية والسكان
أداة التمويل	المقترض (المقترضين)	الوكالة المنفذة	
تمويل مشروع استثماري	وزارة الاقتصاد والمالية	وزارة الصحة	

الهدف (الأهداف) الإنمائية المقترحة

يتمثل الهدف الإنمائي للمشروع في الحد من التقرم بين الأطفال دون سن الخامسة في جيبوتي.

المكونات

خدمات صحية وتغذية عالية التأثير للحد من التقرم
تعزيز التدخلات متعددة القطاعات للحد من التقرم
تعزيز التنسيق وإدارة المشاريع والرصد والتقييم
مكون الاستجابة الطارئة الاحتياطية

بيانات تمويل المشروع (مليون دولار أمريكي)

ملخص

15.00	التكلفة الإجمالية للمشروع
15.00	إجمالي التمويل
15.00	مبلغ التمويل المقدم من البنك الدولي للإنشاء والتعمير / المؤسسة الدولية للتنمية:
0.00	فجوة التمويل



التفاصيل

تمويل مجموعة البنك الدولي

15.00	المؤسسة الدولية للتنمية (IDA)
15.00	قرض المؤسسة الدولية للتنمية

فئة التقييم البيئي

(ب) التقييم الجزئي

القرار

خرجت عملية المراجعة بقرار يفوض الفريق بإجراء التقييم المسبق وإجراء المفاوضات

قرارات أخرى (حسب الحاجة)

المقدمة والسياق

السياق القطري

- جيبوتي هي دولة صغيرة ذات دخل متوسط منخفض تحتل موقعاً استراتيجياً بالنسبة للتجارة والأمن في القرن الأفريقي وخليج عدن.** ولقد تمكنت من التغلب 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% بحسب التقديرات في عام 2016م ، وتسارع معدل التضخم ليصل إلى 3.5% في عام 2016 من 2.6% في عام 2015م ، مدفوعاً أساساً بالطلب على الإسكان والخدمات.
- تظل جيبوتي دولة هشة 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% ، 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% ينفقون 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%). ولا تزال البطالة واسعة الانتشار حيث بلغ المعدل 39% في عام 2015 وفقاً للتقديرات الرسمية ؛ ويرتفع هذا المعدل في أوساط النساء (49%) وفي المناطق الريفية (59%).
- هناك مخاوف فيما يتعلق بالأمن الغذائي ويعود ذلك بدرجة رئيسية إلى العوامل المتعلقة بمحدودية الأراضي الصالحة للزراعة وشحة الأمطار والتي كان لها آثار سلبية على سبل العيش والإنتاج الزراعي.** فموقع جيبوتي يعني أيضاً أن لديها مناخ صحراوي قاحل ودرجات حرارة مرتفعة على مدار السنة وموجات جفاف مطولة وندرة الأمطار والأراضي الصالحة للزراعة إضافة إلى ندرة المياه الجوفية. ونتيجة لذلك، فإن الزراعة تكاد تكون معدومة ، ولا تمثل سوى حوالي 3% من

الناتج المحلي الإجمالي وتوفر فرص عمل لما نسبته 2% من العمالة. تعتمد البلاد بشكل كبير على الواردات الغذائية وكذلك الواردات من السلع المصنعة ومنتجات الطاقة. ولقد أدت الفترة الطويلة من الجفاف التي شهدتها البلاد مؤخراً إلى تعريض 20% على الأقل من سكان مدينة جيبوتي و 75% 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 (2012-2022) 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. وتشدّد هذه 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

6. إن سوء التغذية بين الأمهات والرضع يعتبر السبب الأول للوفاة والإعاقة في جيبوتي في الوقت الذي تُهدر فيه أمراض الإسهال بسبب صعوبة الحصول على المياه الجيدة في المناطق الريفية ، وتعتبر الأمراض التنفسية الحادة هي أكثر الأسباب الشائعة للإصابة بالأمراض ووفيات الأطفال.² فعلى 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 يمكن مقارنتها بها من الناحية الاقتصادية والواقعة ضمن المنطقة الجغرافية لجيبوتي.³ وعلى 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.⁴ وتشير هذه البيانات إلى التحديات التي لا تزال تواجه جهود تحسين الوصول إلى خدمات الرعاية التوليدية والوليدية وجودتها. فنسبة النساء التي تحصل على أربع زيارات أو أكثر من الرعاية السابقة للولادة لا تتجاوز 23% ، ولا تتلقى سوى 54% من النساء أي شكل من أشكال خدمات الرعاية في مرحلة ما بعد الولادة.⁵ 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.⁶

7. لا تزال معدلات سوء التغذية (التقزم) المزمن لدى الأطفال مرتفعة بشكل غير مقبول في جيبوتي. فالنقزم (الطول مقابل العمر) يعتبر أزمة غذائية وتنمية بشرية ملحة في جيبوتي ، تؤثر على أكثر من 30,000 طفل (30% من الأطفال دون سن الخامسة). فخلال الفترة ما بين 2002 و 2013 ارتفعت معدلات التقزم بنسبة 3 نقاط مئوية ، مع متوسط معدل سنوي لانخفاض بلغ سالب 2.2% ، الأمر الذي يستدعي الحاجة أولاً إلى عكس هذا الاتجاه ومن ثم استهداف خلق انخفاض عام في معدل التقزم في جيبوتي. 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)

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

2 معهد القياسات الصحية والتقييم. 2016 البيانات القطرية لجيبوتي.

3 المرجع نفسه

4 المرجع نفسه

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

6 المرجع نفسه

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 13.4% فقط - وهذا أحد أدنى المعدلات في العالم⁷. بالإضافة إلى ذلك، هناك ارتفاع حاد وتدرجي في التقزم بعد الفطام (أي من 19.5% في الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6-11 شهراً، إلى 34.4% في الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 12-23 شهراً). وهذا نمط شائع في العديد من البلدان النامية، حيث يتم تعريض الطفل إلى مخاطر أكبر للإصابة بالأمراض من خلال عدم كفاية التغذية التكميلية والظروف غير الملائمة للمياه والنظافة والمرافق الإصحاح والممارسات الصحية.

8. يمثل التقزم والهزال مشكلتان وطنيتان في جميع المناطق الجغرافية والشرائح الخمس المصنفة بحسب توزيع الثروة، على الرغم من أن الفقراء وسكان الريف معرضين لمخاطر أعلى غير متناسبة. 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 نظراءهم في المناطق الحضرية (42.3% مقابل 30.0%). وتعاني أقباليم أوبوك ودخيل وتاجوره من أعلى معدلات التقزم بمعدلات تبلغ 45.9% و 44.2% و 40.8% على التوالي. كما يرتبط سوء التغذية أيضاً بالوضع الاجتماعي-الاقتصادي للأسرة، ويزداد التقزم بين أفقر عشرين % من السكان مقارنة بالشرائح الأغنى من السكان (37.2% مقابل 18.2%).

9. وتشير التقديرات إلى أن ثلث الوفيات التي تحدث قبل الولادة على مستوى العالم وعُشر 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 2015م. ويكون المراهقين في مرحلة نمو بدني سريع، في المرتبة الثانية بعد السنة الأولى من الولادة، وهي مرحلة زمنية يمكن خلالها أن يكتسب المراهق ما يصل إلى 50% من وزن البالغين وكتلة الهيكل العظمي، وأكثر من 20% من طول البالغين. وتعرض الفتيات المراهقات لمخاطر متزايدة من نقص التغذية لأن نموهن السريع خلال فترة البلوغ يزيد من احتياجاتهن للبروتين والحديد والمغذيات الدقيقة الأخرى، كما أن الفتيات اللواتي يعانين من نقص التغذية معرضات أكثر لمضاعفات العمل والولادة، وولادة أطفال بأوزان منخفضة عند الولادة. ولذلك، من المهم الوصول إلى الفتيات المراهقات والشابات في وقت مبكر وتحسين حالتهم الصحية والتغذوية قبل دخولهن في سنوات الصحة الإنجابية، وذلك مثلاً من خلال إعطائهن مكملات الحديد الأسبوعية وحمض الفوليك بشكل متقطع.

10. ووفقاً لتحليل سياقي أجرته وزارة الصحة في عام 2014، وعُرض خلال بعثة التعريف، فقد شملت المحددات الأساسية للتقزم سوء ممارسات تغذية المواليد والرضع والصحة البيئية وانعدام الأمن الغذائي. بالإضافة إلى ذلك، يواجه الوصول إلى الخدمات الصحية الأساسية والاستفادة منها عوائق تتعلق بجانب العرض والطلب. وبالتالي، تعتبر التدخلات المجتمعية ضرورية لتعزيز المعرفة والسلوك التغذوي السليم وكذلك لزيادة الطلب على الخدمات الأساسية. وفي يناير 2018م، وضعت الحكومة وصادقت على استراتيجية وطنية جديدة لمكافحة سوء التغذية، إلا أن هذه الاستراتيجية لم تنفذ بعد.

11. 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 تدخلات التغذية 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

⁷ وزارة الصحة جيبوتي واليونيسف والاتحاد الأوروبي. 2013. المسح الوطني حول التغذية باستخدام منهجية SMART 2013.

الخمسة ، ومركز إحالة للتغذية على مستوى البلد في مدينة جيبوتي. وتقوم مراكز الإحالة/المستشفيات هذه بمعالجة الحالات المصابة بسوء التغذية الحاد الوخيم مع المضاعفات والتي تتطلب دخول المرضى إلى المستشفى. كما يوجد في البلاد سبعة خبراء تغذية يعملون في مراكز الإحالة.

12. تعاني جميع الأقاليم في جيبوتي من مستويات حرجة من التقزم (أي أكثر من 30%) وتغطية منخفضة لخدمات التغذية الرئيسية مثل تقديم المشورة بشأن التغذية الحصرية والتكميلية وصحة الأم وتدخلات التغذية والتثقيف حول ممارسات الإصحاح والنظافة الشخصية وتقديم المساعدات النقدية للفئات الفقيرة. وعلاوة على ذلك ، فإن تغطية تدخلات التغذية عالية التأثير على مستوى المرفق والمجتمع المحلي (على سبيل المثال مكافحة الديدان المعوية، تكميل فيتامين أ، تعزيز النمو ، إلخ) تعتبر منخفضة بشكل عام وتتفاوت على نطاق واسع حسب الإقليم اعتماداً على وجودها والدمج المقدم من قبل شركاء التنمية. 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. 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. 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 يقع في مدينة جيبوتي، وهذه المراكز / مستشفيات الإحالة لديها 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 منهم يعملان في مدينة جيبوتي ، وواحد في كل إقليم من الأقاليم الخمسة).

13. وبصرف النظر عن صعوبة الحصول على الخدمات الأساسية والاستفادة منها ، يسهم ارتفاع مستويات انعدام الأمن الغذائي في ارتفاع معدلات سوء التغذية. وتجدر الإشارة إلى أن جيبوتي تستورد أغلب المواد الغذائية التي تستهلكها، في حين أن أسعار السوق المحلية للمواد الغذائية تتأثر بالتقلبات التي تشهدها الأسعار العالمية للمواد الغذائية - وتشير التقديرات إلى أن أكثر من 40% من ارتفاع الأسعار العالمية للمواد الغذائية انعكست في الأسعار المحلية للمواد الغذائية المحلية في جيبوتي. وتواجه الأسر ذات القوة الشرائية المنخفضة صعوبات في الوصول إلى الأسواق ، حتى عندما تكون الأسعار مستقرة. وبالإضافة إلى العوامل الموسمية التي تعيق الوصول إلى المواد الغذائية، قد تعاني الأسر من الصدمات (أي الجفاف ، فترات الجفاف الطويلة) التي تؤثر على قدرتها في الحصول على الغذاء. وعلى الرغم من أن أسعار المواد الغذائية المحلية الحالية من المتوقع أن تكون مستقرة (تتوقع بيانات منظمة الأغذية والزراعة التي نشرتها في يونيو 2017 حدوث انخفاض واستقرار في الأسعار العالمية للمواد الغذائية) ، ويبقى الفقراء معرضون للتقلبات في أسعار المواد الغذائية في المستقبل مما يجعلهم بالتالي معرضون لمخاطر الإصابة بسوء التغذية.

14. يعاني الرضع والأطفال في الأسر الضعيفة والفقيرة في المناطق الريفية من عجز كبير في الصحة البيئية ، مما يعرضهم لمخاطر كبيرة للإصابة بالتقزم. فخلال العقد الماضي ، كان هناك تحسن في مستوى فرص الحصول على المياه المحسنة وخدمات الصرف الصحي. ومع ذلك ، فإن أكثر من 23% من سكان جيبوتي يمارسون التبرز في العراء ، ولا يزال 78% يفتقرون إلى الوصول إلى دورات المياه المحسنة. كما توجد تفاوتات كبيرة بين المناطق الحضرية والريفية: 77% من سكان الريف يمارسون التغوط في العراء مقارنة بـ 7% فقط من سكان الحضر ، و 70.4% من سكان الحضر لديهم إمكانية الوصول إلى مرافق الصرف الصحي بينما لا تتوفر المراحيض سوى لدى 16.4% فقط من سكان الريف.⁸ فالمياه لوحدها لا تعتبر سلعة نادرة في جيبوتي فحسب، فالجفاف المتكرر منذ عام 2009 يؤثر سلباً على المجتمعات الضعيفة في الريف والحضر.

15. أدى وجود اللاجئين والمهاجرين إلى خلق ضغطاً إضافياً على البنية التحتية ومزيد من الضغوط على قدرة النظام الصحي 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 (<) = 15%). فمنطقة أوبوك ، وهي الإقليم الذي يشهد أعلى معدلات التقزم والهزال في البلاد، تستضيف حالياً أكبر عدد من

⁸ منظمة الصحة العالمية / اليونيسيف. البرنامج المشترك لإمدادات المياه (JMP)، 2017م.

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.⁹ 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 وطالبو اللجوء والمهاجرين.

16. وفي حين أظهرت حكومة جيبوتي التزامها بتحسين التغذية من خلال اعتماد استراتيجية جديدة لمكافحة جميع أشكال سوء التغذية ووضع السياسات والمبادرات الوطنية؛ إلا أن التحديات لا تزال مستمرة. وفي عام 2006م، تم وضع سياسة وطنية للتغذية (2008-2012) لتوجيه إجراءات الحكومة في مجال التغذية. وفي الأونة الأخيرة وتحديدًا في بداية عام 2018، تم وضع استراتيجية لمكافحة جميع أشكال سوء التغذية مع التركيز على "نافذة فرصة" 1000 يوم. وتشمل التحديات المستمرة: عدم كفاية أعداد الموارد البشرية وسوء توزيعها (خصوصاً على مستوى المجتمع)؛ وعدم كفاية إمدادات خدمات التغذية؛ وضعف 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.

17. وأخيراً، يجب تحسين تنسيق وتمويل التدخلات الخاصة بالتغذية لتشجيع تقارب وتوحيد الجهود المبذولة على مختلف القطاعات - مثل الصحة والزراعة والأمن الغذائي والتغذية والمياه والصرف الصحي والنظافة، والحفز المبكر والحماية الاجتماعية. وتظهر الأبحاث الدولية أنه على الرغم من أن التدخلات الخاصة بالتغذية تعتبر أمراً أساسياً لتسريع التقدم في مكافحة التقزم وخفض معدلاته، 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 للتأثير.

(ج) الهدف (الأهداف) الإنمائية المقترحة

الهدف (الأهداف) الإنمائية (من وثيقة التقييم المسبق للمشروع)

يتمثل الهدف الإنمائي للمشروع في الحد من التقزم بين الأطفال دون سن الخامسة في جيبوتي

النتائج الرئيسية

18. سيتم رصد التقدم المحرز نحو خفض معدلات التقزم من خلال مؤشرات التأثير المناسبة ومؤشرات متوسطة تركز على الممارسات والسلوكيات التي يكون لها تأثير على حالة التغذية للرضع والأطفال والنساء الحوامل والمرضعات. وتشمل المؤشرات الرئيسية على مستوى الهدف الإنمائي للمشروع ما يلي: (1) نسبة الأطفال الرضع الذين تتراوح أعمارهم بين 0-6 6 النسبة المئوية للرضع من 0-5 أشهر الذين يعتمدون حصراً في التغذية على الرضاعة الطبيعية، (2) النسبة المئوية للأطفال من 6-23 شهراً الذين يستهلكون الحد الأدنى من الوجبات الغذائية المقبولة، (3) النسبة المئوية للنساء الحوامل اللواتي يحضرن 4 زيارات رعاية قبل الولادة على الأقل خلال آخر فترة حمل لهن، (4) نسبة الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6-59 شهراً المصابين بالتقزم، (5) نسبة النساء المحالات من قبل عمال الصحة المجتمعية والمسجلات في المرفق الصحي خلال 4 أشهر من الحمل (المؤشر المرتبط بالصرف - مؤشر رقم IA)، (6) نسبة النساء المحالات من قبل عمال الصحة المجتمعية اللواتي أكملن على الأقل 4 زيارات رعاية قبل الولادة في المرفق الصحي (المؤشر المرتبط بالصرف رقم IB)، (7) نسبة النساء المحالات من قبل عمال الصحة المجتمعية اللواتي أكملن على الأقل زيارتين بعد الولادة في المرفق الصحي (المؤشر المرتبط بالصرف رقم IC).

⁹ مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية، 2017، خطة الاستجابة الإنسانية للأمم المتحدة.

(د) وصف المشروع

19. **المكون 1: خدمات صحية وتغذية عالية التأثير لخفض التقزم.** يركز هذا المكون على تقديم الخدمات والتدخلات التي تعالج التقزم على مستوى المنشأة والمجتمع.
20. **المكون الفرعي 1.1 تعزيز الخدمات الصحية والتغذية (على مستوى المنشأة).** لمعالجة الفجوات في تقديم الخدمة، سيعمل هذا المكون الفرعي على تحسين توفير وجودة والاستفادة من مجموعة معززة من التدخلات عالية الأثر الخاصة بالتغذية والصحة على مستوى المنشأة. وهذه التدخلات تشمل تلك المحددة في برنامج الحكومة الوطني للتغذية والتي تتوافق مع توصيات لانست 2013/2008 الخاصة بأكثر التدخلات فعالية في مجال مكافحة التقزم، بما في ذلك: (1) رصد وتشجيع النمو والتتبع الفعال للأطفال المتعثرين، الرضاعة الطبيعية الحصرية من الولادة إلى عمر ستة أشهر والتغذية التكميلية اللاحقة المناسبة بعد هذه الفترة، 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 مرافق المياه والصرف الصحي والنظافة في منشآت الرعاية الصحية بما في ذلك من خلال معالجة المياه وتخزين المياه النظيفة وتعزيز الممارسات الصحية في المنشآت الصحية؛ (4) تحسين الروابط والإحالات وتبادل الإحالات بين المرافق الصحية والمجتمع. وسوف تتحمل المرافق الصحية مسؤولية تقديم هذه التدخلات، فضلاً عن الاستفادة من التدريب والسلع والدعم اللوجستي من المستوى الوطني. وبالنسبة لمراكز الإحالة الخاصة بالتغذية، سيهدف المشروع إلى تحسين جودة العلاج للخدمات 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) حول إدارة إمدادات التغذية وتحسين نظام إدارة إمدادات التغذية.
21. **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. وسيتم تمويل هذا المكون الفرعي من خلال تمويل مشروع استثماري للجزء الخاص بالمكون الفرعي 1.2/1 والتمويل القائم على النتائج باستخدام المؤشرات المرتبطة بالصرف للجزء الخاص بالمكون الفرعي 1.2/ب.
22. **المكون الفرعي (1.2أ): دعم تغيير السلوك والوصول على مستوى المجتمع.** من خلال هذا الجزء من المكون الفرعي، الممول من خلال أداة تمويل مشروع استثماري، سيقوم 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 الحوامل والمولود 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) نهج الانحراف الإيجابي من خلال تحديد الممارسات الجيدة للأمهات في المجتمع اللواتي لديهن أطفال أصحاء يتمتعون بتغذية جيدة، (4) 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)؛ (5) استهداف المراهقات بمكملات الحديد وحمض الفوليك؛ (6) 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.
23. **بالإضافة إلى ذلك،** سيضمن هذا المكون الفرعي (1.2/أ) زيادة الوعي والعمل على المستوى القطري في مجال التغذية من خلال تشكيل "لجان التغذية" التي سيتم تزويدها بمواد التدريب والاتصال. وهذه اللجان لا تعتبر هامة فحسب في إبراز مشكلة التقزم غير المرئية على مستوى المجتمع، بل أيضاً من أجل إدمج التغذية في الأنشطة الصحية والسياسات المتعلقة بالمياه والصرف الصحي والنظافة العامة، وجمع البيانات المتعلقة بقضايا التغذية. كما سيتم وضع آلية لإشراك المواطنين لتسهيل جمع آراء وملاحظات المستفيدين حول جودة وملاءمة خدمات التغذية المقدمة على مستوى المجتمع المحلي.

24. **المكون الفرعي (1.2 ب) تعزيز دور العاملين الصحيين المجتمعيين.** من خلال هذا الجزء من المكون الفرعي ، الممول من خلال التمويل القائم على النتائج (DLIs) ، سيقوم المشروع بتدريب وتجهيز وتحفيز العاملين الصحيين المجتمعيين والمتطوعين المجتمعيين لتحديد وإحالة ومتابعة الأطفال المعرضين لمخاطر الإصابة بالتقزم. ولدى وزارة الصحة كادر من العاملين الصحيين المجتمعيين الذين سيتم دعمهم من خلال المشروع للعب دور معزز في التوعية المجتمعية التي تعتبر ضرورية لتغيير السلوك المطلوب للوقاية من التقزم والحد منه.

25. **العاملين الصحيين المجتمعيين وغيرها من الجهات الفاعلة صحة المجتمع، بما في ذلك مرشدات الأمهات والمتطوعين العاملين في الصحة المجتمعية ، يمثلون رابطاً هاماً في تحسين فرص الحصول على الخدمات الصحية والتغذية في جيبوتي.** سوف يدعم هذا المكون الإضافي زيادة إنتاجية وأداء العاملين الصحيين المجتمعيين من خلال التدريب المحسن ، وتحسين الإشراف والإرشاد ، وتقنيات جديدة ومبتكرة لتعزيز فعاليتهم وتقوية الروابط بين المجتمع والمرافق الصحية ، وتعزيز سلسلة توريد السلع. المؤشر المرتبط بالصرف (رقم 1) - "أ/1- عدد النساء المحالات من قبل عمال الصحة المجتمعية والمسجلات في المرفق الصحي خلال 4 أشهر من الحمل، 1/ب- عدد النساء المحالات من قبل عمال الصحة المجتمعية اللواتي أكملن على الأقل 4 زيارات رعاية قبل الولادة في المرفق الصحي، 1/ج- عدد النساء المحالات من قبل عمال الصحة المجتمعية اللواتي أكملن على الأقل زيارتين بعد الولادة في المرفق الصحي (إجمالي قيمة المؤشرات المرتبطة بالصرف = 1.45 مليون دولار) تم اقتراحها لتفعيل برنامج عمال الصحة المجتمعية وتعزيز التقدم السريع في تنفيذ التدخلات المجتمعية من قبل عمال الصحة المجتمعية والتي تعتبر مهمة للحد من التقزم خلال 1000 يوم الأولى. وسيقدم عمال الصحة المجتمعية الإشراف الداعم وضمان الجودة الفنية لتدخلات التغذية المجتمعية بما في ذلك عمل مرشدات الأمهات ويمثلون حلقة الوصل بين المجتمع والمرافق الصحية. ويعتبر عمال الصحة المجتمعية موظفون يتلقون راتب من وزارة الصحة ويعملون في منطقة المرافق الصحية ، في حين أن مرشدات الأمهات هم متطوعون يتواصلون مباشرة مع الأسر على مستوى المجتمع المحلي والأسر التي تحصل على الدعم من مشروع شبكة الأمان الاجتماعي التابع للبنك الدولي ويحصلون على حصص غذائية. وسيكون لكل عامل من عمال الصحة المجتمعية عدد من المرشدات يعملن في مناطق تدخلهن التي سيتم تقديم الدعم لها.

26. **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.

27. **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 والمشاورات مع أصحاب المصلحة) لتسهيل تطوير رسائل ملائمة محلياً للوقاية من التقزم، بما في ذلك استهلاك الأسماك التي تعتبر مصدراً جيداً للبروتين لكنها لا تستهلك على نطاق واسع في جيبوتي. 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.

28. **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.

29. **المكون الفرعي 2.3: بناء القدرات في عدد من القطاعات.** لتعزيز قدرات المؤسسات القطاعية على تنفيذ تدخلات في مجال التغذية ، سوف يكمل هذا المكون الفرعي 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، إضافة إلى التركيز على تحسين القدرات على جميع المستويات (الوطنية والإقليمية وعلى مستوى المرافق الصحية)، وما إلى ذلك) للتصدي لطبيعة التقزم في قطاعات متعددة. وكخطوة أولى، سيتم إجراء تحليل للثغرات لتحديد احتياجات القدرات على المستوى الوطني ومستوى الأقاليم والمرافق الصحية 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 وقدرات برامج التغذية الوطنية والإقليمية لوزارة الصحة من أجل القيام بمهمة التنسيق والتيسير بفعالية أكبر ؛ (3) دعم تطوير هيئة وطنية للتغذية والغذاء تهدف إلى تعزيز قدرة أصحاب المصلحة الرئيسيين المشاركين في تقديم خدمات التغذية بما في ذلك المهنيين الصحيين والمنظمات / الجمعيات العاملة على مستوى المجتمع المحلي.

30. المكون 3: تعزيز التنسيق وإدارة المشروع والرصد والتقييم. سوف تدعم الأنشطة في إطار هذا المكون وتكمل التدخلات في إطار المكونين 1 و 2 ، بهدف تحسين قدرة الكيانات الوطنية المنفذة على إدارة تنفيذ المشروع بصورة فعالة ، والتنسيق بين مختلف الكيانات، ورصد التقدم المحرز في التنفيذ وتقييم آثار المشروع. وسيتم تمويل هذا المكون من خلال تمويل مشروع استثماري للجزء الخاص بالمكون الفرعي 3.1 وجزء التمويل القائم على النتائج باستخدام المؤشرات المرتبطة بالصراف للمكون الفرعي 3.2.

31. المكون الفرعي 3.1: التعزيز المؤسسي للتنسيق وإدارة المشروع والمتابعة والتقييم. سوف يعمل هذا المكون الفرعي الممول من خلال تمويل مشروع استثماري على دعم (1) الإدارة اليومية لأنشطة المشروع بما في ذلك الأنشطة الائتمانية ؛ (2) أنشطة المساعدة الفنية وبناء القدرات لدعم الكيانات المنفذة ؛ (3) بناء القدرات على رسم خرائط البرامج بما في ذلك رسم الخرائط الجغرافية المكانية للتخطيط الاستراتيجي وتحديد الفجوات في تقديم الخدمات (انظر المربع I أدناه)، و (4) 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.

32. المكون الفرعي 3.2: تعزيز استخدام نظم المعلومات لتعزيز قدرات الرصد والتقييم. سيدعم هذا المكون الفرعي الممول من المؤشرات المرتبطة بالصراف تطوير وتشجيع استخدام نظم المعلومات لتحديد وإحالة وتتبع الأطفال والنساء والكشف المبكر عن سوء التغذية ، بالإضافة إلى ضمان وجود الهياكل والنظم الصحية لتنفيذ ورصد تدخلات التغذية. ويأتي المؤشر المرتبط بالصراف رقم 2 " "نسبة المرافق الصحية التي لديها بيانات سنوية مصنفة باستخدام نظام المعلومات الصحية في المنطقة (DHIS2)" (إجمالي قيمة المؤشر المرتبط بالصراف = 0.5 مليون دولار) كمقترح لتسريع التقدم في هذا المجال ، والذي سيؤدي تحقيقه إلى تغيير تحولي لجيوتي. وسيكون ذلك مهماً لما يلي (1) المشروع من حيث تطبيق الحلول التكنولوجية لتتبع ومراقبة المستفيدين وكذلك توفير البيانات في الوقت المناسب من كل من مستوى المرفق الصحي ومستوى المجتمع. و (2) تعزيز النظام الصحي على نطاق أوسع. وجزء من الجهود الرامية إلى تحسين نظام المعلومات الصحية ، سيتم أيضاً تعزيز الآلية الحالية لمراقبة الأمراض للكشف عن أي تحذيرات في وقت مبكر للعواقب المحتملة لتغير المناخ ، مثل درجة الحرارة والجفاف الشديدين اللذان تم تحديد أن لهما تأثير محتمل كبير على تنفيذ المشروع.

33. المكون 4: مكون الاستجابة الطارئة الاحتياطية (CERC). سيتم تضمين مكون الاستجابة الطارئة الاحتياطية في إطار المشروع كمكون بقيمة 0 دولار أمريكي ، وفقاً للسياسة التشغيلية (OP 10.00) الفقرتين 12 و 13 ، للمشاركة في الأوضاع ذات الحاجة الملحة للمساعدة أو قيود القدرات. وهذا سوف يسمح بسرعة إعادة توزيع عائدات المشروع في حالة وقوع أزمة أو كارثة طبيعية أو من صنع الإنسان تسببت أو من المحتمل أن تسبب إلى حدوث آثار اقتصادية و/أو اجتماعية ضارة لها آثار وعواقب على الصحة العامة.

34. سيتم إعداد "دليل تشغيل الاستجابة الطارئة" (EROM) كجزء من دليل تنفيذ المشروع (POM). وسوف يتم تحديد العوامل التي تؤدي إلى تفعيل مكون الاستجابة الطارئة الاحتياطي بوضوح في دليل تشغيل الاستجابة الطارئة المقبول لدى البنك الدولي. وسوف يتم صرف الأموال مقابل قائمة معتمدة من السلع والأعمال والخدمات المطلوبة لدعم التخفيف من حدة الأزمات والاستجابة لها والتعافي من آثارها. وسيتم تقييم جميع النفقات في إطار هذا النشاط ومراجعتها وثبوت أنها مقبولة لدى البنك الدولي قبل صرف أي دفعة.

(هـ) التنفيذ

الترتيبات المؤسسية والتنفيذية

35. **الترتيبات المؤسسية للبرنامج الوطني للتغذية.** نظراً لأهمية برنامج التغذية في جيبوتي ، سيتم إنشاء مجلس وطني للتغذية يتألف من جميع القطاعات المشاركة في البرنامج. ولقد كان إنشاء المجلس الوطني للتغذية من ضمن التوصيات الرئيسية التي قدمت عقب وضع استراتيجية 2018م بشأن مكافحة مختلف أشكال سوء التغذية ، والتي انبثقت عن الحاجة إلى وجود آلية تنسيق متعددة القطاعات على أعلى مستوى. وسيكون المجلس الوطني للتغذية من عدة وزارات (وزارة الصحة ، وزارة الزراعة ، وزارة التعليم ، وزارة التجارة ، وزارة المرأة والأسرة ، وأمانة الدولة للشؤون الاجتماعية) ، مع التمثيل على المستوى الوزاري ، وسوف يجتمعون مرتين في السنة لاستعراض التقدم المحرز والأهداف الوطنية على أجندة التغذية. وسيتمثل محور تركيز المجلس الوطني للتغذية في مراجعة الأهداف والتقدم المحرز فيما يتعلق بمختلف أشكال سوء التغذية.
36. **ترتيبات التنفيذ للمشروع.** سيتم تشكيل لجنة لتسيير المشروع (SC) برئاسة الأمين العام للصحة وعضوية كل من الأمين العام للوزارات التالية (وزارة الزراعة ، وزارة شؤون المرأة والأسرة ، وأمانة الدولة للشؤون الاجتماعية). وسوف تعقد لجنة تسيير المشروع اجتماعاتها بصورة شهرية خلال الأشهر الستة الأولى من تنفيذ المشروع ، وكل 3 أشهر بعد ذلك. وستتمثل مهام لجنة تسيير المشروع فيما يلي: (1) الإشراف على المشروع ، بما في ذلك تقديم التوجيه العام للمشروع ، (2) الموافقة على خطط العمل والميزانيات السنوية ؛ (3) تسهيل تنسيق أنشطة المشروع ؛ (4) التحضير للاجتماعات المجلس الوطني للتغذية التي ستعقد كل 6 أشهر.
37. **سيتم تنفيذ المشروع من قبل الهيئة الوطنية للتغذية والغذاء بوزارة الصحة والتي سيتم تشكيلها على أساس قسم التغذية الحالي** الذي يتبع إدارة صحة الأم والطفل. سيكون لدى الهيئة الوطنية للتغذية والغذاء الجديدة خط إبلاغ مباشر مع وزير الصحة ، وستعمل على ضمان التنسيق متعدد القطاعات واتخاذ الإجراءات لمعالجة مختلف أشكال سوء التغذية وخاصة مكافحة معدلات التقرم المرتفعة في جيبوتي والحد منها. وقد عينت وزارة الصحة بالفعل موظفين فنيين رئيسيين (المدير والموظفين المسؤولين عن الرصد والتقييم والتعبئة الاجتماعية والاتصالات) للهيئة الوطنية للتغذية والغذاء وهؤلاء الموظفين هم جزءاً من فريق الوزارة المختص بإعداد المشروع. وسيتم تعيين موظفي المالية عن طريق المفاوضات. ولتحقيق الهدف الإنمائي للمشروع ، يلزم استجابة متعددة القطاعات تتولى فيها وزارة الصحة قيادة التدخلات الخاصة بالتغذية والوزارات الأخرى (وزارة المرأة والأسرة ، وزارة الزراعة ؛ وزارة التجارة ؛ وأمانة الدولة للشؤون الاجتماعية) التي تنفذ تدخلات تراعي التغذية. وفي مسعى لتبسيط ترتيبات التنفيذ وإدراكاً للسياق القطري في جيبوتي ، ستكون وزارة الصحة مسؤولة عن تنفيذ الأنشطة بناء على اختصاصاتها ، وسوف تستضيف أيضاً وظائف إدارة المشروع في إطار الهيئة الوطنية للتغذية والغذاء (تلعب دور التنسيق وتكون مسؤولة عن الإدارة اليومية للمشروع).
38. **يضمن الترتيب المقترح دمج برنامج التغذية في هيكل وزارة الصحة.** وسيترأس الهيئة الوطنية للتغذية والغذاء مدير والذي سيعمل أيضاً بمثابة منسق المشروع يرفع تقاريره مباشرة إلى وزير الصحة. وستتولى الهيئة الوطنية للتغذية والغذاء إدارة البرنامج الوطني للتغذية متعدد القطاعات والتنسيق مع الوزارات والجهات المعنية، فضلاً عن أن تكون مسؤولة عن التنفيذ الفعلي للمشروع. وسوف تتحمل الهيئة الوطنية للتغذية والغذاء المسؤولية عن تنفيذ: (1) المهام الإدارية والمالية، بما في ذلك الإدارة المالية من قبل المسؤول المالي ومشتريات المشروع من قبل أخصائي المشتريات؛ (2) المهام الفنية التي تضمن جودة تقديم خدمات التغذية ، وتصميم استراتيجيات لتشجيع التغذية المناسبة، وتخطيط وتنظيم الدورات التدريبية الخاصة بالتغذية ، ورصد وتقييم جميع تدخلات التغذية والاتصالات. كما ستقوم الهيئة الوطنية للتغذية والغذاء برصد وتقييم التقدم المحرز في المشروع وإعداد تقارير حول سير المشروع كل ثلاثة أشهر، بدءاً من البداية ، وتقديمها إلى البنك الدولي في موعد لا يتجاوز شهر واحد بعد نهاية الفترة التي يغطيها التقرير. وسيقدم "التقرير المرحلي" معلومات تفصيلية حول سير المشروع حسب المكونات ، والمشتريات والإدارة المالية وتقارير التدقيق المقدمة من خبير تدقيق مستقل والقضايا البيئية والاجتماعية. بالإضافة إلى ذلك ، سيتم إجراء تدقيق خارجي سنوي ، يجمع بين عناصر المراجعة الفنية والمالية ، لضمان الاستخدام المناسب للأموال ورصد التقدم المحرز في تنفيذ أنشطة المشروع.

39. إضفاء الطابع المؤسسي على المشروع لضمان استدامته. خلال بعثة التحقق، أعربت وزارة المالية ووزارة الصحة عن رغبتهما في وضع المشروع ضمن إطار الهياكل الحكومية القائمة بدلاً عن إنشاء هيكل موازية، مثل وحدة إدارة المشروع التي تضم خبراء استشاريين لن يبقون بعد انتهاء مدة المشروع. لذلك، ومن خلال إنشاء الهيئة الوطنية للتغذية والغذاء داخل وزارة الصحة، فإن استخدام الموظفين الحاليين وتعيين عدد قليل من الموظفين في الوظائف الهامة بما في ذلك القدرات الفنية والالتزامية سوف يضمن إضفاء الطابع المؤسسي على البرنامج واستدامته.

(و) موقع المشروع والخصائص 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 الصحية 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 في المناطق الريفية والبدو على الخدمات الصحية والتغذية؛ وتدريب وتجهيز العاملين في مجال الصحة المجتمعية (CHWs) لإحالة الأطفال والنساء المعرضين لمخاطر الإصابة بسوء التغذية ومتابعتهم؛ وتقديم الفرز المجتمعي للأطفال والنساء؛ وتسهيل الروابط والإحالة وتبادل الإحالات بين المرفق والمجتمع. وستشمل أنشطة المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية معالجة مرافق المياه على مستوى بعض المرافق والأسر بما في ذلك تسليم أقراص الكلور، وتحسين الوصول إلى الصابون ومحطات غسل اليدين في المناطق الريفية.

(ز) أخصائيو الضمانات البيئية والاجتماعية في الفريق

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

السياسات الوقائية (الضمانات) التي قد يتم تطبيقها

السياسات الوقائية

هل تم تفعيلها؟

الشرح (اختياري)

يصنف هذا المشروع ضمن الفئة "ب".
المكون الفرعي 1.1: تعزيز خدمات الصحة والتغذية و المكون الفرعي 1.2 مكافحة وإدارة التقزم على مستوى المجتمع المحلي يميلان إلى خلق بعض التأثيرات البيئية والصحية والسلامة العامة الناتجة 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 أيضاً إجراء بعض

نعم

التقييم البيئي (OP 4.01)

أعمال الترميم الطفيفة للمباني القائمة التي ستخلق بعض التأثيرات البسيطة على الصحة والسلامة المهنية والبيئة فيما يتعلق أساساً بإدارة النفايات الصلبة غير الخطرة والخطرة ، وخلق الضوضاء والغبار 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 وأثار 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.

ولقد تمت مراجعة واعتماد إطار الإدارة البيئية والاجتماعية والإفصاح عنه داخل البلد وعلى الموقع الإلكتروني الخارجي للبنك الدولي في تاريخ 7 مايو 2018م.

الموائل الطبيعية (OP 4.04)	لا	لم يتم تفعيل هذه السياسة بما أنّ المشروع لن ينطوي على أعمال في الموائل الطبيعية أو المناطق المحمية
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 أنّ 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 بالمتنكات 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.			
لا يقوم المشروع ببناء السدود أو الاعتماد عليها.	لا	سلامة السدود (OP 4.37)	
لا يؤثر المشروع على الممرات المائية الدولية.	لا	المشاريع في الممرات المائية الدولية (OP 7.50)	
لا يتم تنفيذ المشروع في أي منطقة متنازع عليها.	لا	المشاريع في المناطق المتنازع عليها (OP 7.60)	

أهم قضايا السياسات الوقائية وإدارتها

(أ) ملخص حول السياسات الوقائية الرئيسية

1. صف أي قضايا وأثار تتعلق بالسياسات الوقائية ذات الصلة بالمشروع المقترح. حدد وصف أي آثار محتملة واسعة النطاق و / أو كبيرة و / أو غير قابلة للعكس:
المكون الفرعي 1.1: تعزيز خدمات الصحة والتغذية و المكون الفرعي 1-2 مكافحة وإدارة التقرم على مستوى المجتمع المحلي يميلان إلى خلق بعض التأثيرات البيئية والصحية والسلامة العامة الناتجة عن إساءة استخدام إجراءات معالجة المياه أو بسبب توليد النفايات الطبية الناجمة عن أنشطة التحصين. ومن المتوقع أيضاً إجراء بعض أعمال الترميم الطفيفة للمباني القائمة التي ستخلق بعض التأثيرات البسيطة على الصحة والسلامة المهنية والبيئة فيما يتعلق أساساً بإدارة النفايات الصلبة غير الخطرة والخطرة ، وخلق الضوضاء والغبار العابر ، وتصريف مياه الصرف الصحي. كل هذه التأثيرات سهلة المعالجة وسيتم تخفيفها بسهولة.
2. صف أي آثار محتملة غير مباشرة و / أو طويلة الأجل بسبب الأنشطة المستقبلية المتوقعة في منطقة المشروع:
لا يوجد
3. صف أي بدائل للمشروع (إذا كانت ذات صلة) التي تم وضعها في الاعتبار للمساعدة على تفادي أو الحد من الآثار السلبية.
لا يوجد
4. صف التدابير التي اتخذها المقترض لمعالجة قضايا السياسات الوقائية. قدم تقييم لقدرة المقترض على تخطيط وتنفيذ التدابير الموصوفة.
بما أن قدرة وزارة الصحة ضعيفة بالنسبة لجوانب الإدارة البيئية والاجتماعية، سيتم تعيين نقطة تنسيق لإدارة جميع الجوانب البيئية والاجتماعية. وستكون جهة التنسيق هذه مسؤولة عن المراقبة ورفع التقارير فيما يتعلق بتنفيذ جميع تدابير التخفيف المرتبطة بالقائمة المرجعية لخطة الإدارة البيئية لأعمال الترميم / الأشغال المدنية الثانوية وخطة إدارة نفايات الرعاية الصحية وخطة الصحة والسلامة لمعالجة المياه للمستفيد السكان. ويوفر إطار الإدارة البيئية والاجتماعية أيضاً برنامجاً لبناء القدرات لجميع أصحاب المصلحة.
5. حدد أصحاب المصلحة الرئيسيين ووصف آليات التشاور والإفصاح عن السياسات الوقائية، مع التركيز على الأشخاص المحتمل تضررهم من المشروع.
أصحاب المصلحة الرئيسيون هم موظفو وزارة الصحة والسكان الذين سيستفيدون من خدمات الصحة ومعالجة المياه في مختلف المناطق التي يستهدفها هذا البرنامج. وسيتم التشاور مع قائمة المستفيدين المباشرين حول القائمة المرجعية لخطة الإدارة البيئية لأعمال إعادة التأهيل وخطة إدارة النفايات الطبية وخطة الصحة والسلامة لمعالجة المياه للسكان المستفيدين قبل بدء أي مشروع. وسيتم إتاحة ملخص واضح يعرض المخاطر الرئيسية المحددة بالإضافة إلى تدابير التخفيف المقترحة للجمهور حسب العرض المحلي. وقد تم نشر إطار الإدارة البيئية والاجتماعية على موقع وزارة الصحة على شبكة الإنترنت ، كما سيتم أيضاً نشر الوثائق الأخرى ذات الصلة.



(ب) شروط الإفصاح

التقييم البيئي / التدقيق / خطة الإدارة / أخرى

تاريخ الاستلام من البنك

30 أبريل 2018

تاريخ التقديم للإفصاح

07 مايو 2018م

بالنسبة للمشاريع المصنفة ضمن الفئة "أ"، تاريخ توزيع الملخص التنفيذي للتقييم البيئي على المدراء التنفيذيين للبنك

الإفصاح "داخل البلد"

جيبوتي

07 مايو 2018م

ملاحظات

تم الإفصاح عن النسخة النهائية لإطار الإدارة البيئية والاجتماعية على الموقع الإلكتروني لوزارة الصحة.

(ج) مؤشرات رصد مدى الامتثال على المستوى المؤسسي (يتم تعينها عند الانتهاء من صحيفة بيانات السياسات الوقائية المتكاملة في الاجتماع الذي يتخذ القرارات بشأن المشروع)

التقييم البيئي (OP/BP/GP 4.01)

هل يتطلب المشروع تقرير مستقل للتقييم البيئي (بما في ذلك خطة الإدارة البيئية)؟

نعم

إذا كانت الإجابة بنعم، فهل قامت وحدة البيئة الإقليمية أو مدير الممارسة بمراجعة تقرير التقييم البيئي والموافقة عليه؟

نعم

هل تم إدراج تكلفة ومسؤوليات خطة الإدارة البيئية في الائتمان / القرض؟

نعم

سياسة البنك الدولي بشأن الإفصاح عن المعلومات

هل تم إرسال وثائق السياسات الوقائية ذات الصلة إلى دار المعلومات التابع للبنك الدولي؟

نعم



هل تم الكشف عن الوثائق ذات الصلة داخل البلد في مكان عام بشكل ولغة يمكن فهمها ومتاحة بسهولة للاطلاع عليها من قبل الفئات المتضررة من المشروع والمنظمات غير الحكومية المحلية؟

نعم

جميع السياسات الوقائية

هل تم إعداد جدول زمني ملائم وميزانية وتحديد مسؤوليات مؤسسية واضحة لتنفيذ التدابير ذات الصلة بالسياسات الوقائية؟

نعم

هل تم إدراج التكاليف المتصلة بتدابير السياسات الوقائية في تكلفة المشروع؟

نعم

هل يشمل نظام المتابعة والتقييم الخاص بالمشروع رصد الآثار والتدابير الوقائية ذات الصلة بالسياسات الوقائية؟

نعم

هل تم الاتفاق مع البلد المقترض على ترتيبات ملائمة للتنفيذ، وهل يظهر ذلك بشكل ملائم في الوثائق القانونية للمشروع؟

نعم

نقطة الاتصال

البنك الدولي

إليزابيث مزياري
ضابط عمليات أول

المقترض / العميل / المتلقي

وزارة الاقتصاد والمالية
إلياس موسى ضوالمع
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:	
PROVALTBI	
08 مارس 2018	إرنست إي ماسيه مدير / مدير الممارسة:
08 مايو 2018	أسعد علم المدير القطري: