

AFRICAN UNION
الاتحاد الأفريقي



UNION AFRICAINE
UNIÃO AFRICANA

Addis Ababa, ETHIOPIA P. O. Box 3243 Telephone 115-517700 Fax 115-517844
Website: www.au.int

فريق عمل اللجنة الفنية المتخصصة للصحة، والسكان
ومكافحة المخدرات، اجتماع الخبراء
25-26 أبريل 2016، أديس أبابا
اجتماع وزراء الصحة
21 مايو 2016، جنيف

خطة عمل مابوتو 2016 - 2030

مفوضية الاتحاد الأفريقي

حصول الجميع على الخدمات الشاملة لصحة الجنسية والإنجابية في أفريقيا



خطة عمل مابوتو 2016-2030

من أجل

تفعيل إطار السياسة القارية
للصحة والحقوق الجنسية والإنجابية

مقدمة

1. مع التسليم بأن البلدان الأفريقية حققت تقدما كبيرا في بلوغ الأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة بتحسين صحة الأم والوليد والطفل وضمان حصول الجميع على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، وعلى الرغم من أنها لم تصل إلى حد تحقيق هذه الأهداف، إلا أن إطار السياسة القارية بشأن الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية الذي اعتمده الدورة العادية الثانية لمؤتمر وزراء الصحة الأفريقيين في جابورون، بوتسوانا، في أكتوبر 2005 وأقره رؤساء دول الاتحاد الأفريقي في يناير 2006، لا يزال مناسباً كإطار لتحقيق حصول الجميع على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، والعائد الديمغرافي، وتطلعات أجندة 2063 والأهداف الإنمائية على نحو ما ورد في أهداف التنمية المستدامة.

2. في جابورون، دعا أيضا وزراء الصحة للاتحاد الأفريقي إلى وضع خطة عمل ملموسة ومحددة التكاليف لتنفيذ إطار السياسة القارية. وأقرت هذا المقرر قمة رؤساء الدول والحكومات في الخرطوم، السودان، في يناير 2006، وأفضى ذلك إلى وضع خطة عمل مابوتو (2007-2010) التي قررت الدورة العادية الـ 15 للمؤتمر تمديد تنفيذها حتى عام 2015 ليتزامن مع نهاية الأهداف الإنمائية للألفية.

3. انتهت خطة عمل مابوتو (2007-2015) في عام 2015 في وقت وضعت فيه خطة الاتحاد الأفريقي للتحويل الهيكلي في أفريقيا خلال السنوات الخمسين المقبلة "أجندة 2063: أفريقيا التي نريدها" وخطة تنفيذها العشرية من أجل التأثير والتعجيل بالتحويل والتنمية في أفريقيا ما بعد 2015. وتم إجراء استعراض شامل لتنفيذ خطة عمل مابوتو 2007 - 2015، وما حققته من إنجازات، وما واجهته من تحديات وثغرات لكي يستند إليه اتجاه السياسة القارية في مجال الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية فيما بعد 2015. وتم تقييم هذه الخطة في إطار التطلعات السبعة والركائز الاستراتيجية الرئيسية الست لأجندة 2063 والموقف الأفريقي الموحد على التوالي.

4. بالإضافة إلى ذلك، لاتزال خطة عمل مابوتو المنقحة 2016-2030 بشأن الصحة الجنسية والإنجابية متناسقة مع أجندة أفريقيا 2063 التي تدعو إلى تحقيق أفريقيا مزدهرة تقوم على النمو الشامل والتنمية المستدامة، قارة متكاملة، موحدة سياسيا تستند إلى المثل العليا للوحدة الأفريقية، أفريقيا الحكم الرشيد، واحترام

حقوق الإنسان والعدالة وسيادة القانون، أفريقيا السلمية والأمنة ؛ أفريقيا ذات الهوية الثقافية القوية، والقيم والأخلاق؛ أفريقيا ذات التنمية التي يقودها البشر، والتي تعتمد بشكل خاص على الإمكانيات التي توفرها النساء والشباب، أفريقيا باعتبارها عنصرا فاعلا وشريكا عالميا قويا ومرنا ومؤثرا.

5. تظهر هذه التطلعات تقاربا شديدا مع الركائز الست للموقف الأفريقي الموحد بشأن أجندة التنمية لما بعد 2015 وستواصل التدخلات الاستراتيجية العشرة لإطار السياسة القارية للصحة والحقوق الجنسية والإنجابية ألا وهي: زيادة الموارد المخصصة لبرامج الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، ترجمة التزامات المؤتمر الدولي للسكان والتنمية وبيجين زائد 20 إلى تشريعات وطنية، وسياسات للصحة والحقوق الجنسية والإنجابية بما في ذلك الاستمرار في خفض وفيات واعتلال الأمهات ووفيات الرضع والأطفال عن طريق وضع حد لجميع وفيات الأمهات والرضع والأطفال التي يمكن تجنبها، وضمان مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز، والتوسع في استخدام وسائل منع الحمل، والحد من مستويات الإجهاض غير المأمون، وإنهاء الزواج المبكر والقسري للأطفال، والقضاء على ختان الإناث ومنع العنف القائم على نوع الجنس وضمان حصول المراهقين والشباب على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية.

6. تأتي خطة عمل مابوتو المنقحة 2016 - 2030 هذه من أجل تفعيل إطار السياسة القارية للصحة والحقوق الجنسية والإنجابية عقب استعراض خطة عمل مابوتو 2007-2015 وتسعى إلى أن تمضي بالقارة قدما إلى الأمام نحو تحقيق هدف حصول الجميع على الخدمات الشاملة للصحة الجنسية والإنجابية في أفريقيا ما بعد 2015. وهي خطة طويلة الأجل ممتدة للفترة حتى 2030 وتقوم على تسعة مجالات عمل: الالتزام السياسي، القيادة والحكم؛ التشريعات الصحية؛ تمويل / إستثمارات الصحة؛ تعزيز الخدمات الصحية/ تنمية الموارد البشرية؛ الشراكات والتعاون؛ الإعلام والتثقيف؛ المساءلة / الرصد والتقييم؛ الاستثمار في الفئات الضعيفة والمهمشة وتحسين الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية للمراهقين والشباب. وتستند الخطة إلى الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية سياقها الخاص بها على النحو المحدد في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية / خطة عمل مابوتو 1994 والمؤتمر الدولي للسكان والتنمية + 20، مع الأخذ في الاعتبار نهج دورة الحياة. وتشمل هذه العناصر للصحة والحقوق الجنسية والإنجابية كلا من الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين ؛ الرعاية الصحية للأم والطفل حديث الولادة؛ رعاية الإجهاض غير المأمون؛ تنظيم

الأسرة؛ منع وإدارة الأمراض المنقولة جنسيا بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز؛ منع وإدارة العقم؛ منع وإدارة سرطانات الجهاز التناسلي؛ معالجة مخاوف منتصف العمر للنساء والرجال؛ الصحة والتنمية؛ الحد من العنف القائم على نوع الجنس؛ التواصل بين الأشخاص وتقديم المشورة والتثقيف الصحي.

7. بالإضافة إلى إطار السياسة القارية للصحة الجنسية والإنجابية، تأخذ خطة العمل 2016-2030 في الاعتبار النتائج المستخلصة من استنتاجات استعراض إعلان جابورون بشأن خارطة الطريق نحو حصول الجميع على الوقاية، والعلاج والرعاية، والتزام برازافيل بشأن تكثيف الجهود نحو الوصول للجميع ونداء أبوجا لتسريع العمل نحو حصول الجميع على خدمات الأمراض المنقولة جنسيا / فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز، والسل والملاريا في أفريقيا والمستخلصة أيضا من القضايا المدرجة في أجندة 2063 وخطة تنفيذها العشرية، وأهداف التنمية المستدامة ، ريو + 20 والمؤتمر الدولي للسكان والتنمية+ 20 والاستراتيجية العالمية للمرأة وصحة الأطفال والمراهقين

8 . مع التسليم بضرورة التركيز على الصحة الجنسية والإنجابية، تقرر الخطة المنقحة بأنه ينبغي إدراج ذلك داخل وفي إطار نظام صحي فعال مع توفير البنية التحتية والموارد المالية والبشرية الكافية وأن التدخلات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية ستتم إعاقتها حتى يتم حل الأزمة في هذه الأمور. ولذا، فمن الضروري تعبئة الموارد المحلية لدعم البرامج الصحية بما في ذلك الامتثال للالتزامات أبوجا.

9. تستفيد الخطة المنقحة من أفضل الممارسات والتدخلات ذات التأثير الكبير وتستجيب لأوجه الضعف بجميع أشكالها من عدم المساواة بين الجنسين والمعيشة في المناطق الريفية والشباب إلى فئات ضعيفة معينة مثل النازحين والمهاجرين واللاجئين لضمان عدم ترك أحد. وتقرر بأهمية تهيئة بيئة مواتية وتمكين المجتمع والمرأة ودور الرجل في الحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية.

10. تعد الخطة المنقحة متسعة ومرنة بما يسمح بالتكيف على المستوى القطري، وتسلم بالظروف الفريدة للدول الأعضاء في الاتحاد الأفريقي. وهي توفر مجموعة أساسية من الإجراءات، ولكنها لا تفرض قيودا على الدول، أو تطلب من تلك التي توجد بها استراتيجيات بالفعل أن تبدأ من جديد، بل تشجع جميع البلدان

على مراجعة خططها في مواجهة خطة العمل هذه لتحديد الثغرات ومجالات التحسين. وفي الوقت نفسه، فإن الخطة، رغم تركيزها على العمل القطري، تمزج بين الأدوار المتخصصة في مجالات العمل التسعة للاتحاد الأفريقي، والمجموعات الاقتصادية الإقليمية والشركاء القاريين والدوليين. وتقر أيضا بدور المجتمع المدني والقطاع الخاص في إطار البرامج الوطنية. وتحدد الخطة مؤشرات لرصد التقدم المحرز على هذه المستويات المختلفة.

الأساس المنطقي

11. على الرغم من انخفاض نسبة الفقر المدقع انخفاضا كبيرا خلال العقدين الماضيين، إلا أن عدد الأشخاص الذين يعيشون في فقر مدقع لا يزال مرتفعا بشكل غير مقبول مع أن الهدف الأول من الأهداف الإنمائية للألفية - خفض معدل الفقر في 1990 إلى النصف بحلول 2015 - قد تحقق قبل خمس سنوات من الموعد المحدد، في عام 2010. وعلى الصعيد العالمي، انخفض عدد الأشخاص الذين يعيشون في فقر مدقع إلى أكثر من النصف، وتراجع من 1.9 مليار في 1990 إلى 836 مليونا في 2015¹. وفي 1990، عاش ما يقرب من نصف السكان في العالم النامي بأقل من 1.25 دولارا أمريكيا يوميا؛ وانخفضت هذه النسبة إلى 14 في المائة في 2015². وانخفض معدل الفقر في أفريقيا جنوب الصحراء بنسبة 28% ولكنه لا يزال مرتفعا جدا، عند 41%³.

12. أدت الأولويات المتنافسة على الموارد من جانب الحكومات وعدم قدرة الجهات المانحة الدولية على الوفاء بالتزاماتها إلى عدم كفاية التمويل المناظر لتحسين فرص الحصول على خدمات الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية⁴. ويجري حاليا تخصيص 10.5% في المتوسط بدلا من 15% المتوقعة من الإنفاق العام لالتزام أبوجا على قطاع الصحة في القارة⁵.

¹ تقرير الأهداف الإنمائية للألفية 2015

² مشروع تدفقات الموارد، 2006، تدفقات الموارد المالية للأنشطة السكانية في 2004 صندوق الأمم المتحدة للسكان/برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز/ المعهد الديموغرافي الهولندي المتعدد التخصصات

³ تقرير استعراض خطة عمل مابوتو، 2015

⁴ تقرير الأهداف الإنمائية للألفية 2015

⁵ تقرير استعراض خطة عمل مابوتو، 2015

13.. لاتزال معدلات وفيات الأمهات والمواليد والأطفال دون سن الخامسة مرتفعة عند 510 لكل 100.000 من المواليد الأحياء⁶ و 28 لكل 1000 من المواليد الأحياء و 86 لكل 1000 من المواليد الأحياء على التوالي⁷. وعلى الرغم من تحسن بعض مؤشرات للصحة الإنجابية وصحة الطفل، إلا أنها لا تزال عاجزة عن تحقيق الأهداف المتوخاة. فالرعاية الماهرة عند الولادة تقل بأكثر من 25% عن نسبة ال 80% المتوقعة، بينما يظل معدل انتشار وسائل منع الحمل والاحتياجات غير الملباة لتنظيم الأسرة عند 28% و 24% على التوالي⁸. وتحصل 12% فقط من النساء الحوامل اللاتي تحتاجن إلى خدمات التوليد في الحالات الطارئة على هذه الخدمات. وينخفض معدل التحصين بواقع 10% عن هدف 90% المتوقع في حين لا يزال التفرم مرتفعا عند 34%.⁹

14. لاتزال أمراض الملاريا وفيروس نقص المناعة البشرية والسل تؤثر على عدد كبير من النساء والأطفال في القارة على الرغم من مما تحقق من تحسينات بمرور السنوات. وكان لأفريقيا جنوب الصحراء النصيب الأكبر من الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية وأكبر زيادة في عدد الأشخاص الذين يحصلون على العلاج المضاد للفيروسات. ومع ذلك، يعيش في المنطقة 78 في المائة من الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية في المناطق النامية والذين لا يتلقون العلاج المضاد للفيروسات. وتظهر ثمانون في المائة من حالات الوفيات الناجمة عن الملاريا في العالم في 17 بلدا فقط، معظمها في أفريقيا، في حين يؤدي غياب الاستراتيجيات الفعالة (على سبيل المثال اللقاح أو العلاج بعد التعرض لعدوى

السل الكامنة) لمنع تنشيط المرض في عدد يزيد على الملياري (2) شخص الذين يقدر أنهم اصابوا بعدوى مرض السل الفطرية إلى الحد من تأثير الجهود الحالية للسيطرة على حالات الإصابة بالسل¹⁰.

15. كذلك، لا تزال أوجه التفاوت بين الجنسين راسخة بقوة في المنطقة. فلا تزال المرأة تواجه التمييز في الحصول على العمل، والأصول الاقتصادية والمشاركة في صنع القرار العام والخاص، وهي أيضا أكثر عرضة للعيش في فقر من الرجال. ويساهم نحو ثلاثة أرباع من الرجال في سن العمل في القوة العاملة مقارنة بنصف هذا العدد فقط من النساء في سن العمل، بينما تحصل النساء على رواتب أقل من الرجال بنسبة 24 في المائة¹¹.

16. من المسلم به عموما أن الصحة، ولاسيما الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، هي شرط مسبق ونتيجة ومؤشر لجميع جوانب التنمية المستدامة وأن أهداف التنمية المستدامة لا يمكن أن تحقق إلا في غياب اعتلال ووفيات الأمهات والرضع والأطفال التي يمكن تجنبها. وبمرور السنوات، حققت أفريقيا تقدما كبيرا لتحقيق حصول الجميع على خدمات الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، على الرغم من بطء هذا التقدم وتفاوتته. ومع ذلك، لا يزال هناك الكثير الذي يتعين القيام به، ومن هنا إستحداث هدي التنمية المستدامة 3 و5.

¹⁰ تقرير الأهداف الإنمائية للألفية، 2015
¹¹ تقرير الأهداف الإنمائية للألفية، 2015

الهدف الشامل

17. يتمثل الهدف الشامل لخطة العمل هذه بالنسبة للحكومات الأفريقية ، والمجتمع المدني، والقطاع الخاص وجميع الشركاء الإنمائيين متعددي القطاعات في توحيد القوى ومضاعفة الجهود بحيث يتحقق معا التنفيذ الفعال لإطار السياسة القارية بشأن الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية من أجل وضع حد للوفيات التي يمكن تجنبها للأم والوليد والطفل والمراهقين، والتوسع في استخدام وسائل منع الحمل، والحد من مستويات الإجهاض غير الآمن، وإنهاء زواج الأطفال، والقضاء على الممارسات التقليدية الضارة بما في ذلك تشويه الأعضاء التناسلية للإناث، ومنع العنف القائم على نوع الجنس، وضمان حصول المراهقين والشباب على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية بحلول عام 2030 في جميع بلدان أفريقيا. وسوف يسهم ذلك في تحقيق أفريقيا مزدهرة قائمة على النمو الشامل والتنمية المستدامة، أفريقيا التي تركز تنميتها على البشر، وخاصة الاعتماد على الإمكانات التي توفرها المرأة والشباب. بالإضافة إلى ذلك، سوف تسهم الخطة في تحقيق أهداف الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية المنصوص عليها في أهداف التنمية المستدامة والاستراتيجية العالمية لصحة المرأة والطفل والمراهق .

18. تشمل الاستراتيجيات الرئيسية لتفعيل إطار سياسة الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية مايلي:

(1) **تحسين الالتزام السياسي والقيادة والحكم الرشيد** - يتطلب ذلك اعتماد وملكية خطة عمل مابوتو 2016-2030 على المستويات القارية والإقليمية والوطنية، واعطاء الأولوية للصحة الإنجابية للأم والوليد والطفل والمراهق في خطط وميزانيات التنمية الوطنية والإقليمية والقارية، وورقات استراتيجية الحد من الفقر،

ومساءلة القادة السياسيين عن تحقيق الإنجازات الواردة في الإعلانات العالمية والإقليمية، وأطر السياسات وبرامج التنمية التي تستهدف الصحة الإنجابية للأم والوليد والطفل والمراهق.

(2) وضع سياسات وتشريعات متعلقة بالصحة لتحسين فرص الحصول على خدمات الصحة الإنجابية للأم والوليد والطفل والمراهق - يشمل ذلك إزالة الحواجز القانونية والتنظيمية والمتعلقة بالسياسات التي تحد من فرص حصول المراهقين والشباب على خدمات وسلع وبرامج الصحة الجنسية والإنجابية ؛ تبسيط الأطر التشريعية، والسياسات والاستراتيجيات التنفيذية التي تحكم الشراكات والتعاون في قطاع الصحة؛ سن وتنقيح وتطبيق القوانين التي تمنع الزواج القسري والمبكر وضمان الحصول على إجهاض آمن إلى أقصى حد تسمح به القوانين والسياسات الوطنية.

(3) زيادة التمويل والاستثمارات لقطاع الصحة من خلال: تحسين تعبئة الموارد المحلية للصحة الإنجابية للأم والوليد والطفل والمراهق عن طريق آليات مبتكرة لتمويل قطاع الصحة واستحداث آليات للحماية الاجتماعية؛ تحديد ووضع بنود للميزانية ومخصصات الميزانية للتدخلات والبرامج الأساسية والفعالة من حيث التكلفة في مجال الصحة الإنجابية للأم والوليد والطفل والمراهق، وتشجيع ودعم الدول الأعضاء من أجل الاستثمار في البنية التحتية المتعلقة بالصحة، والتصنيع المحلي للأدوية والمعدات والمواد الاستهلاكية الصحية.

(4) ضمان المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة والفتاة واحترام حقوق الإنسان من خلال: حماية حقوق النساء والرجال والمراهقين والشباب في التحكم والتقرير بكل حرية ومسؤولية فيما يتعلق بالمسائل المرتبطة بالصحة الجنسية والإنجابية، دون إكراه أو تمييز أو عنف؛ القضاء على تشويه/ بتر الأعضاء التناسلية

للإبناث والممارسات الضارة الأخرى، القضاء على جميع أشكال التمييز والعنف ضد الفتيات؛ إنهاء العنف القائم على نوع الجنس وتعزيز القيم الاجتماعية للمساواة وعدم التمييز، وتسوية النزاعات بالوسائل غير العنيفة.

(5) تحسين الإعلام والتثقيف والتواصل بشأن الصحة والحقوق الصحية والإنجابية من خلال: إنشاء آليات فعالة لتغيير سلوك التواصل وتبادل المعلومات التي تعزز الصحة والحقوق الصحية والإنجابية؛ استهداف المراهقين والشباب (سواء داخل المدرسة أو خارجها) مع تعليم شامل في مجال الصحة الجنسية والإنجابية يناسب العمر، ويراعي الثقافة ويشرك الآباء والمجتمعات المحلية؛ تعزيز وتسهيل التواصل بين مقدمي الرعاية الصحية، بما في ذلك متقفي الأقران على مختلف المستويات؛ نشر المعلومات المتعلقة بالصحة الإنجابية للأم والوليد والطفل والمراهق على نطاق واسع، تعزيز تعبئة المجتمع ومشاركته في خدمات الصحة الإنجابية للأم والوليد والطفل والمراهق، مع التركيز بشكل خاص على إشراك الرجال.

(6) الاستثمار في الاحتياجات المرتبطة بالصحة والحقوق الإنجابية للمراهقين والشباب وغيرهم من الفئات المعرضة للخطر والمهمشة (بما في ذلك الأطفال، والأيتام، وكبار السن، والشباب والمعوقون، وسكان المناطق الريفية، والنازحون والمهاجرون) من خلال تحسين فرص وصول الشباب وحصولهم على المعلومات والخدمات الجيدة في مجال الصحة الإنجابية للأم والوليد والطفل والمراهق، بما في ذلك التطعيم ضد فيروس الورم الحليمي البشري وتنظيم الأسرة عن طريق توفير خدمات مواتية للشباب في مجال الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين ؛ تزويد الشباب بالتعليم الجنسي الشامل الذي يناسب العمر ويراعي الثقافة والإحالة إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، منع زواج الأطفال وغيره من الممارسات التقليدية الضارة؛ الاستثمار في

تحسين حالة الصحة الجنسية والإنجابية للفقراء؛ وتمكين ودعم الجهود التي يقودها المجتمع المحلي للتصدي لتحديات الصحة الإنجابية للأم والوليد والطفل والمراهق وإحراز تقدم في الإحالة. بالإضافة إلى ذلك، ضمان الاستجابة الفعالة في حالات الطوارئ في الأوضاع الإنسانية والهشة مع استمرار تقديم الخدمات الروتينية للنساء والأطفال والمراهقين.

(7) تحسين أداء النظام الصحي وتحسين الموارد البشرية في مجال الصحة الإنجابية للأم والوليد والطفل والمراهق عن طريق ضمان التغطية الصحية الشاملة من خلال: تعزيز نظم الرعاية الصحية الأولية عن طريق ربط الخدمات الشاملة والجيدة في مجال الصحة الإنجابية للأم والوليد والطفل والمراهق، وفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز/ الأمراض المنقولة جنسياً، والملاريا / السل على جميع مستويات قطاع الصحة؛ ضمان توافر أكبر عدد ممكن من العقاقير الطبية / الأدوية والسلع المتصلة بالصحة الإنجابية للأم والوليد والطفل والمراهق؛ توسيع فرص الوصول إلى التدخلات الصحية عالية التأثير مثل التحصين؛ العناية الماهرة عند الولادة وجودة الرعاية الصحية للأمهات والمولود والأطفال، بما في ذلك التوليد في الحالات الطارئة ورعاية الأطفال حديثي الولادة، والحصول على وسائل منع الحمل؛ معالجة العبء المتزايد من السرطانات الإنجابية؛ تحسين الجهود المبذولة لإنهاء الانتقال الرأسي لفيروس نقص المناعة البشرية؛ وضع حد لانتقال الملاريا؛ تحقيق التميز في تنمية قدرات الموارد البشرية، والتدريب، والاحتفاظ بالعاملين والتوظيف وتعزيز قدرات التأهب لحالات الطوارئ على جميع مستويات النظام الصحي بما يتفق مع الأنظمة الصحية الدولية.

8) تحسين الشراكات والتعاون متعدد القطاعات في مجال الصحة الإنجابية للأم والوليد والطفل والمراهق من خلال: التعاون مع الشركاء الإنمائيين من أجل الوفاء بتعهدهم بتخصيص نسبة 0.7% من ناتجهم القومي الإجمالي للتنمية؛ العمل مع الشركاء لتطوير أطر تشغيل وتمويل تأخذ في الاعتبار الخصائص المحددة للصحة الإنجابية للأم والوليد والطفل والمراهق وأولويات القارة والأقاليم الفرعية والبلدان؛ وضع السياسات التي تعزز مشاركة المجتمع المدني والقطاع الخاص والمجتمعات المحلية في تقديم خدمات الصحة الإنجابية للأم والوليد والطفل والمراهق في إطار البرامج الوطنية؛ وتعزيز التعاون فيما بين بلدان الجنوب، والشمال والجنوب، والشراكات الثلاثية والتعاون مع المهجر الأفريقي في تحقيق أهداف الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية. علاوة على ذلك، يكون قطاع الصحة بحاجة للعمل بطريقة متكاملة ومنسقة.

9) ضمان المساءلة وتعزيز الرصد والتقييم والبحث والابتكار من خلال: إنشاء أطر وطنية قوية متكاملة للرصد والتقييم قائمة على الأدلة القوية؛ تنفيذ أو تدعيم أنظمة MCDSR؛ وضع أساس لقاعدة بيانات يمكن استخدامها لتتبع التقدم المحرز؛ تطوير/ تعزيز نظم التسجيل المدني والإحصاءات الحيوية؛ تعزيز نظم المعلومات الصحية الوطنية لجمع ونشر البيانات الرئيسية المتعلقة بالصحة الإنجابية للأم والوليد والطفل والمراهق والمصنفة حسب السن ونوع الجنس؛ الاستثمار في البحث والابتكار لمعالجة الأولويات الرئيسية للتنمية الصحية والاجتماعية، من بين جملة أمور أخرى، وتعزيز نظام الرصد والتقييم لخطة العمل.

الفئات المستهدفة ذات الأولوية

19. تشمل الصحة الإنجابية دورة الحياة الكاملة للشخص منذ الولادة وحتى الشيخوخة، ومن ثم، يتم تقديم مثل هذه الخدمات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية لاستمرار توافر الرعاية لجميع الذين يحتاجون إليها.

وسيتم التركيز على المرأة في سن الإنجاب، والمواليد، والأطفال، والمراهقين والشباب في المناطق الريفية والحضرية على حد سواء، والسكان الرحل، وسكان المناطق الريفية والحضرية والحدودية والنازحين وغيرهم من الفئات المهمشة.

النتائج المتوخاة

20. توفر خطة العمل هذه إطارا يمكن للبلدان أن تستلهم منه. ولن يتطلب ذلك وضع استراتيجيات جديدة ولكن ببساطة إدراج عناصر من هذه الاستراتيجية في الاستراتيجيات القائمة. ويؤدي تنفيذ خطة العمل هذه إلى إدخال تحسينات على الحالة الصحية للنساء، والأطفال، والشباب ومن ثم تحقيق مدخرات أكبر للأسرة واقتصادات أقوى في أفريقيا. وتعكس نواتج ونتائج الخطط المفصلة الواردة في الجدول 1 ليس فقط القضايا الفريدة من نوعها المتعلقة بالصحة الإنجابية للأم والوليد والطفل والمراهق في القارة ولكنها تتسجم أيضا مع خطة التنفيذ العشرية لأجندة 2063 وأهداف التنمية المستدامة والأهداف المستدامة للأمم المتحدة 2016-2030.

تقدير	تكاليف	خطة	عمل	مابوتو
21. يتيح الاستثمار في الصحة الإنجابية للأم والوليد والطفل والمراهق للأفراد والأزواج أن تكون لهم حياة جنسية صحية، خالية من فيروس نقص المناعة البشرية وغيره من الأمراض المنقولة جنسيا، وأن يكون لهم عدد الأطفال الذين يريدون وعندما يريدون، وأن تتم ولادة أطفالهم بشكل مأمون وأن يكون لهم أطفال حديثي الولادة أصحاء. وعلى الرغم من التقدم الكبير الذي تحقق العقد الماضي، لاتزال أفريقيا متأخرة كثيرا عن مناطق أخرى من العالم فيما يتعلق بإجراءات الصحة الجنسية والإنجابية.				

22. يذكر أن حوالي 58% من النساء اللاتي ترغبن في تجنب الحمل لاتستخدمن أية وسائل فعالة لمنع الحمل وهي تمثل نسبة غير متناسبة قدرها 93% من حالات الحمل غير المرغوب فيه¹². ويفتقر ستة وسبعون في المائة من أشد الناس فقرا في أفريقيا إلى فرص الوصول إلى المرافق الصحية للرعاية ما قبل الولادة (+4) والولادة، في حين يفتقر إليها 78% من النساء والمواليد الذين يحتاجون إلى رعاية جراء مضاعفات طبية من الحمل والولادة ومضاعفات أثناء فترة الولادة وبعدها بفترة وجيزة . كذلك، لاتحصل 73% من النساء الحوامل المصابة بفيروس نقص المناعة البشرية على الأدوية المضادة للفيروسات الرجعية التي من شأنها أن تمنع انتقال فيروس نقص المناعة البشرية من الأم إلى الطفل¹³. ويمكن أن تشكل هذه الاحتياجات التي لم تتم تلبيتها أساسا لحساب التكلفة في ظل سيناريو الاحتياجات غير الملباة (انظر الجدول 3).

23. قدرت في نهاية 2014 التكلفة الإجمالية لرعاية الصحة الإنجابية في أفريقيا بنحو 17.2 مليار دولار سنويا. وكان ذلك يتألف من 3.2 مليار دولار أمريكي إذا تم استيفاء جميع احتياجات وسائل منع الحمل للنساء، و11.2 مليار دولار أمريكي للرعاية المتعلقة بالحمل و3.1 مليار دولار أمريكي لرعاية فيروس نقص المناعة البشرية لدى الأم والوليد حتى ستة أسابيع بعد الولادة بالنسبة للمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية و0.7 مليار دولار أمريكي لرعاية الأمراض المنقولة جنسيا والتي تغطي أربعة أمراض رئيسية منقولة جنسيا قابلة للشفاء (الكلاميديا والسيلان والزهري وداء المشعرات)¹⁴

¹² سينجس داروش ، أشفورد الإضافة حتى. التكاليف والمنافع من الاستثمار في الصحة الجنسية والإنجابية، ديسمبر 2014
¹³ سينجس داروش ، أشفورد الإضافة حتى. الاستثمار في الصحة الجنسية والإنجابية في أفريقيا جنوب الصحراء، ديسمبر 2014
¹⁴ <http://www.statista.com/statistics/244983/projected-inflation-rate-in-the-united-states/>

24. تتكون التكلفة الإجمالية للصحة الإنجابية للأم والوليد والطفل والمراهق في أفريقيا من تكاليف مباشرة وغير مباشرة. تتمثل التكلفة المباشرة في تكلفة العقاقير / اللوازم والموظفين أو تكلفة العاملين الصحيين. وتشمل التكاليف غير المباشرة أنواعا عديدة من الدعم البرنامجي، مثل الإشراف على الموظفين والتدريب، الإعلام والتنقيف بشأن تنظيم الأسرة، بناء وصيانة المرافق، تطوير وصيانة أنظمة توريد السلع، ومهام¹⁵ أخرى متعلقة بالبرامج والإدارة. وتم حساب ووضع متوسط للتكاليف المباشرة وغير المباشرة لتقديم المستويات الحالية من الرعاية، وتحسين الرعاية للمستخدمين الحاليين و100% من احتياجات رعاية الصحة الإنجابية للأم والوليد والطفل والمراهق. وشكلت التكلفة المباشرة ما يقرب من 40%، في حين شكلت التكاليف غير المباشرة ما يقرب من 60%. بالنسبة لتنظيم الأسرة، شكلت تكلفة الموظفين 36% من التكاليف المباشرة في حين شكلت تكلفة الموظفين، بالنسبة لرعاية الصحة الإنجابية للأم والوليد والطفل والمراهق، 64% من التكاليف المباشرة¹⁶.

25. تعد سنة 2015 هي سنة الأساس لتقدير هذه التكاليف. تم استقراء التكلفة الإجمالية لرعاية الصحة الإنجابية للأم والوليد والطفل والمراهق في 2015 من تكلفتها في ديسمبر 2014¹⁷ مع حساب نسبة التضخم (0.1%) في 2015¹⁸. هكذا، بلغت التكلفة الإجمالية لتوفير 100% من رعاية الصحة الإنجابية للأم والوليد والطفل والمراهق في أفريقيا 17.67 مليار دولار أمريكي في 2015 (الجدول 2). وتم حساب هذا التقدير لتكلفة خطة عمل مابوتو 2016-2030 عن طريق تعديل التكلفة في سنة الأساس مقابل

¹⁵ <http://www.tradingeconomics.com/united-states/inflation-cpi>

¹⁶ <http://www.statista.com/statistics/244983/projected-inflation-rate-in-the-united-states>

¹⁷

¹⁸

التضخم السنوي (1.49% لعام 2016، و 2.37% لعام 2017، و 2.54% لعام 2018، و 2.33% لعام 2019 و 2.31% لعام 2020، و 2.00% لأعوام 2021-2025 و 2.25% لأعوام 2026-2030)¹⁹، وتغيرات الخصوبة والسكان (استنادا إلى البديل المتوسط لتوقعات الأمم المتحدة التي أجريت في 2015)²⁰. ووفقا للتوقعات، سيزداد عدد سكان أفريقيا بواقع 493 مليوناً في 2030 مقابل 1.186 مليار نسمة في 2015، استنادا إلى تغيرات الخصوبة السائدة خلال الفترة 2015-2030. ويعني ذلك أنه سيكون هناك متوسط زيادة سنوية قدرها 33 مليون نسمة. ومع ذلك، تشير التقديرات إلى أنه لتزويد جميع النساء في المنطقة بحزمة كاملة من الرعاية تشمل خدمات تنظيم الأسرة الحديثة ورعاية الأمومة والأطفال حديثي الولادة وفيرس نقص المناعة البشرية/الأمراض المنقولة جنسياً، ستكون هناك حاجة إلى 18 دولاراً أمريكياً للفرد. وهذا يفترض أن تعديل الزيادات السكانية المستندة إلى البديل المتوسط لتوقعات الأمم المتحدة سيكون 0.59 مليار دولار أمريكي سنوياً.

26. تعكس تقديرات التكاليف لخطة عمل مابوتو هذه متطلبات رعاية الصحة الإنجابية للأم والوليد والطفل والمراهق في إطار اثنين (2) من السيناريوهات: (1) التكلفة عندما يتم توفير احتياجات رعاية الصحة الإنجابية للأم والوليد والطفل والمراهق لجميع النساء (2) التكاليف المطلوبة لتوفير احتياجات رعاية الصحة الإنجابية للأم والوليد والطفل والمراهق غير الملباة للنساء في القارة. وبعد إجراء جميع التسويات، ستكون هناك حاجة إلى ما مجموعه 318 مليار دولار أمريكي في الفترة من 2016 - 2030 لتلبية احتياجات رعاية الصحة الإنجابية للأم والوليد والطفل والمراهق في القارة (الجدول 2)، بينما ستكون هناك حاجة إلى 182 مليار دولار أمريكي لتغطية الاحتياجات غير الملباة لرعاية الصحة الإنجابية للأم والوليد والطفل

والمراهق في القارة (الجدول 3). ينبغي إعادة النظر في هذه التقديرات وتحديثها على أساس الخبرة المكتسبة في تنفيذ البرامج والأدلة الجديدة. ولكن الأهم من ذلك هو أن تشمل الخطط الوطنية تعاريف تفصيلية للتدخلات المناسبة لتلبية الاحتياجات الوطنية في مجال الصحة الجنسية والإنجابية وأن تعكس الاستثمارات وتحسن القدرة الوطنية على تنفيذها ورصدها.

27. مع ذلك، ينبغي التقييد بمبادئ هذا التحليل، بما في ذلك ما يلي: أنه ينبغي توجيه الخطط نحو تحقيق حصول الجميع على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية بحلول 2030، وزيادة الاستثمار والعمل على تحسين الموارد البشرية في مجال الصحة، وتشمل مثل هذه الخطط والتقديرات الموارد اللازمة لتعزيز النظام الصحي، بما في ذلك المخصصات للرصد، والإشراف، والمهام الأساسية للصحة العامة، العمل المجتمعي وغير ذلك من مهام الدعم اللازمة، وأن هناك حاجة إلى موارد إضافية لمعالجة العناصر غير المدرجة صراحة (مثل الاستثمارات الرأسمالية)، وأن هناك حاجة إلى المزيد من الاستثمارات في قطاعات أخرى من خارج قطاع الصحة التي تدعم وتدفع عجلة التقدم نحو تحقيق الأهداف المتعلقة بالصحة، بما في ذلك أهداف التنمية المستدامة. وتدل التقديرات الحالية على حجم الجهد المطلوب وينبغي أن تفضي إلى حشد استجابة مناسبة من قبل الحكومات، والجهات المانحة، والمجتمع المدني والقطاع الخاص.

الجدول 1: خطة عمل مابوتو لتنفيذ إطار السياسة القارية للصحة الجنسية والإنجابية

2016-2030

المؤشرات لرصد التقدم	التدخلات ذات الأولوية	التركيز الاستراتيجي
وجود خارطة طريق محددة التكاليف للحد من اعتلال ووفيات الأم والوليد والطفل	1.1 الترويج لخطة عمل مابوتو 2016-2030 على المستويات الوطنية والإقليمية والقارية	1. تحسين الالتزام السياسي والقيادة والحكم من أجل الصحة
وجود الأطر والخطط الوطنية للسياسة الصحة التي تدمج خدمات الصحة الإنجابية للأم والوليد والطفل والمراهق، وفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز / الأمراض المنقولة جنسيا والملاريا.	1.2 إدماج صحة الأم والوليد والطفل والمراهق في الخدمات الصحية الأخرى	الإنجابية للأم والوليد والطفل والمراهق
استراتيجية التواصل و خطة التنفيذ لخطة عمل مابوتو المعمول بها	1.3 وضع استراتيجية للتواصل وخطة تنفيذ لخطة عمل مابوتو 2016-2030	
عدد من بلدان يحقق الالتزامات القارية / العالمية للصحة الإنجابية للأم والوليد والطفل والمراهق	1.4 الالتزام السياسي العالي والقيادة للصحة الإنجابية للأم والوليد والطفل والمراهق	
نسبة من ميزانية الصحة في البلاد تخصص للصحة الإنجابية للأم والوليد والطفل والمراهق		
نسبة البلدان التي تتع فيها حساباتها الوطنية في مجال الصحة مسار مخصصات ونفقات الصحة الإنجابية للأم والوليد والطفل والمراهق		
عدد البلدان التي لديها قوانين ولوائح تضمن لجميع النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و49 عاما الحصول على خدمات الصحة الجنسية و الإنجابية والإعلام والتثقيف	2.1 إزالة الحواجز القانونية والتنظيمية وحواجز السياسات التي تحد من فرص الوصول إلى سلع وبرامج وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية	2. سن تشريعات خاصة بالصحة لدعم الصحة الإنجابية للأم والوليد والطفل والمراهق

وجود أطر قانونية أو تنظيمية أو متعلقة بالسياسات لدعم خدمات الصحة الإنجابية للأم والوليد والطفل والمراهق للشباب		
% من الدول الأعضاء التي لديها استراتيجيات وخطط عمل وطنية بشأن إنهاء زواج الأطفال نسبة النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 20-24 وكن متزوجات أو مرتبطات قبل سن 18 أو انتشار زواج الأطفال	2.2 وضع وتنفيذ أطر سياسات وأطر قانونية تمنع زواج الأطفال	
عدد بلدان التي تعد تقرير حالة عن الإجهاض غير المأمون نسبة الإجهاض غير المأمون	2.3 تنفيذ سياسات واستراتيجيات و خطط عمل للحد من حالات الحمل غير المرغوب فيه والإجهاض غير المأمون	
انتشار العنف القائم على نوع الجنس نسبة حالات المقاضاة بسبب العنف القائم نوع الجنس عدد البلدان التي بها برامج تتعامل مع العنف القائم على نوع الجنس	2.4 وضع الأطر والاستراتيجيات والبرامج القانونية التي تتعامل مع العنف القائم على نوع الجنس	
نسبة النساء والفتيات في شراكة دائمة (اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و49) اللاتي تعرضن للعنف الجسدي و/ أو الجنسي من قبل الشريك الحميم الحالي أو السابق ، خلال ال 12 شهرا الماضية نسبة النساء والفتيات (اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و49) اللاتي تعرضن للعنف الجنسي من قبل أشخاص آخرين غير الشريك الحميم ، منذ سن 15	3.1 حماية حقوق المرأة والشباب والمراهقين ومعالجة العنف الجنسي والعنف القائم على نوع الجنس	3. المساواة بين الجنسين والتمكين وحقوق الإنسان

<p>نسبة الفتيات والنساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 عاما وخضعن لختان الإناث/ البتر ، حسب الفئة العمرية</p>	<p>3.2 القضاء على تشويه الأعضاء التناسلية للإناث / البتر وغيره من الممارسات التقليدية الضارة</p>	
<p>نسبة الأطفال والمراهقين والشباب ، سواء في المدرسة أو خارجها ، التي تصل إليهم برامج التعليم الجنسي الشامل</p>	<p>4.1 استهداف الأطفال والمراهقين والشباب، سواء في المدرسة أو خارجها، مع توفير تعليم جنسي شامل مناسب للعمر ويراعى الثقافة ويشترك فيه الآباء والمجتمعات المحلية</p>	<p>4. تحسين الإعلام والتثقيف والتواصل بخصوص الصحة الجنسية والإنجابية</p>
<p>عدد بلدان التي تنفذ استراتيجيات شاملة للتواصل بشأن الصحة الإنجابية للأم والوليد والطفل والمراهق لإدماج مبادرات للحد من عدم المساواة بين الجنسين، والممارسات التقليدية الضارة والعنف القائم على نوع الجنس</p> <p>نسبة النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 عاما اللاتي تتخذن قرارات واعية فيما يتعلق بالعلاقات الجنسية ، واستخدام وسائل منع الحمل والرعاية الصحية الإنجابية</p>	<p>4.2 إنشاء آليات فعالة لتغيير السلوك والتواصل وتبادل المعلومات لتعزيز خدمات الصحة الجنسية والإنجابية بما في ذلك مبادرات للحد من عدم المساواة بين الجنسين</p>	
<p>نسبة الرجال الذين يرافقون الزوجات والأطفال والمراهقين في خدمات الصحة الإنجابية للأم والوليد والطفل والمراهق</p>	<p>4.3 تشجيع المساهمة والمشاركة المجتمعية في الصحة الإنجابية للأم والوليد والطفل والمراهق ، مع التركيز بشكل خاص على إشراك الرجال</p>	
<p>نسبة الشباب الذين يحصلون على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية</p> <p>معدل مواليد المراهقين (10-14 سنة و 15-19 سنة)</p> <p>انتشار فيروس نقص المناعة البشرية بين الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 24 سنة</p>	<p>5.1 تحسين فرص الوصول إلى الخدمات الجيدة الصحة الجنسية والإنجابية للشباب والمراهقين، بما في ذلك التطعيم فيروسي الورم الحليمي البشري والحصول عليها</p>	<p>5. الاستثمار في المراهقين والشباب وغيرهم من الفئات الضعيفة والمهمشة</p>

<p>نسبة الفتيات اللاتي حصلن على 3 جرعات من لقاح فيروس الورم الحليمي البشري في سن 15 عاما</p> <p>معدل انتشار وسائل منع الحمل</p>		
<p>نسبة الأطفال / الشباب الذين يحققون عند نهاية كل مستوى من مستويات التعليم الحد الأدنى على الأقل من مستوى الكفاءة في (أ) القراءة و (ب) الرياضيات</p>	<p>5.2 التأكد من استكمال جميع الفتيات والفتيان للتعليم الابتدائي والثانوي الحر تماما والمنصف والحيد</p>	
<p>نسبة السكان الأكثر عرضة للخطر (بما في ذلك اللاجئين وغيرهم من النازحين) الذين تصل إليهم خدمات الصحة الإنجابية للأم والوليد والطفل والمراهق وخدمات فيروس نقص المناعة البشرية</p>	<p>5.3 الاستثمار في الفقراء والمهمشين وتمكينهم والتصدي لما يواجهونه من تحديات في مجال الصحة الإنجابية للأم والوليد والطفل والمراهق</p>	
<p>وجود خطط وأطر للسياسات الوطنية في قطاع الصحة تربط خدمات الصحة الإنجابية للأم والوليد والطفل والمراهق، وفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز / الأمراض المنقولة جنسيا والسل الملاريا</p>	<p>6.1 تعزيز نظم الرعاية الصحية الأولية من خلال ربط الخدمات الشاملة والجيدة في مجال الصحة الإنجابية للأم والوليد والطفل والمراهق وفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز والملاريا / السل وخصوصا على جميع مستويات النظام الصحي</p>	<p>6. تحسين أداء النظام الصحي وتحسين الموارد البشرية في مجال الصحة الإنجابية للأم والوليد والطفل والمراهق</p>
<p>عدد البلدان التي يوجد بها نظم إحالة مخصصة لخدمات الصحة الإنجابية للأم والوليد والطفل والمراهق</p>	<p>6.2 تعزيز نظم الإحالة لخدمات الصحة الإنجابية للأم والوليد والطفل والمراهق</p>	
<p>تغطية تدخلات التتبع (التحصين الكامل للطفل، والعلاج بالعقاقير المضادة للفيروسات، علاج السل، والرعاية الماهرة عند الولادة</p>	<p>6.3 ضمان توفير أوسع مجموعة من العقاقير والأدوية والسلع اللازمة للصحة الإنجابية للأم والوليد والطفل والمراهق</p>	

<p>معدل وفيات الأمهات لكل 100.000 من المواليد الأحياء</p> <p>معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة لكل 100 من المواليد الأحياء</p> <p>معدل ولادة الجنين ميتا (ومعدل المواليد أثناء الولادة)</p> <p>معدل وفيات الأطفال دون 5 لكل 1000 من المواليد الأحياء</p> <p>تلبية احتياجات تنظيم الأسرة</p> <p>النسبة المئوية الأطفال الذين يتلقون التحصين الكامل (على نحو ما أوصت به جداول التحصين الوطنية)</p> <p>انتشار التقرم (الطول بالنسبة للعمر >2 SD بين الأطفال دون سن الخامسة</p> <p>انتشار الهزال دون سن الخامسة</p> <p>النسبة المئوية للولادات تحت إشراف طبي</p> <p>النسبة المئوية للنساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 سنة والأطفال حديثي الولادة الذين حصلوا على فحص طبي خلال يومين (2) بعد الولادة</p> <p>عدد من المرافق بالنسبة لكل 500 مرفق يوفر الرعاية الأساسية والشاملة في حالات التوليد الطارئة (الأساسية والشاملة)</p>	<p>6.4 توسيع فرص وصول الأمهات والمواليد والأطفال إلى التدخلات الصحية عالية التأثير مثل التحصين، الرعاية الماهرة عند الولادة، و جودة الرعاية الصحية بما في ذلك التوليد في الحالات الطارئة ورعاية الأطفال حديثي الولادة والحصول على وسائل منع الحمل</p>	
--	---	--

<p>النسبة المئوية للنساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 30 و49 عاما وأبلغن عن فحصهن للكشف عن سرطان عنق الرحم</p> <p>وجود سياسة وطنية للسرطان التناسلي</p> <p>النسبة المئوية للفحوصات اللاتي حصلت على 3 جرعات من لقاح فيروس الورم الحليمي البشري في سن 15</p>	<p>6.5 معالجة العبء المتزايد لأمراض السرطان التناسلي، مثل سرطان الثدي وعنق الرحم والبروستاتا من خلال الاستثمار في استراتيجيات الوقاية منها بما في ذلك لقاح فيروس الورم الحليمي البشري والفحص الروتيني، العلاج المبكر في الرعاية الصحية الأولية، والإحالة الموثوق بها إلى مستويات أعلى من الرعاية</p>	
<p>النسبة المئوية للنساء الحوامل اللاتي حضرن المؤتمر الوطني الأفريقي وخضعن لاختبار فيروس نقص المناعة البشرية وعرفن نتائجها (البيانات متوفرة عن النساء الحوامل اللاتي خضعن لاختبار فيروس نقص المناعة البشرية"</p> <p>النسبة المئوية للأطفال الذين يولدون لأمهات مصابة بفيروس نقص المناعة البشرية</p> <p>النساء الحوامل المصابة بفيروس نقص المناعة البشرية اللاتي يحصلن على العقاقير المضادة للفيروسات للحد من خطر انتقال فيروس نقص المناعة البشرية من الأم إلى الطفل</p>	<p>6.6 مضاعفة الجهود للقضاء على انتقال فيروس نقص المناعة البشرية من الأم إلى الطفل</p>	
<p>النسبة المئوية للأطفال دون سن 5 من العمر الذين ناموا تحت ناموسيات معالجة بالمبيدات الحشرية في الليلة السابقة</p> <p>نسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين عانوا من الحمى في الأسبوعين الأخيرين</p>	<p>6.7 تجديد و تعزيز مكافحة الملاريا</p>	

<p>والذين تم تثبيت جهاز لقياس نسبة الملاريا في الدم في أصبعهم أو كعبهم</p> <p>نسبة الأطفال دون سن 5 سنوات الذين عانوا من الحمى في الأسبوعين الماضيين (2) وتلقوا العلاج المضاد للملاريا وفقا للسياسة الوطنية خلال 24 ساعة من ظهور الحمى</p> <p>نسبة النساء اللاتي تلقين ثلاث جرعات أو أكثر من العلاج الوقائي المتقطع خلال الزيارات حزب المؤتمر الوطني الافريقي خلال حملهن الأخير</p>		
<p>عدد العاملين في قطاع الصحة لكل 100.000 نسمة (مصنفون حسب كادر والمنطقة الجغرافية)</p>	<p>6.8 تحسين التوظيف والتطوير والتدريب والتحفيز والإبقاء على القوة العاملة في قطاع الصحة</p>	
<p>عدد البلدان التي امتثلت تماما للوائح الصحية الدولية 2005</p>	<p>6.9 تنفيذ اللوائح الصحية الدولية 2005</p>	
<p>٪ من إجمالي الميزانية الصحية الإنجابية للأم والوليد والطفل والمراهق المتوافرة من الجهات المانحة شركاء / تطوير</p> <p>عدد / في المئة من شركاء التنمية مع الأطر التشغيلية والتمويلية تتماشى مع أولويات الصحة الإنجابية للأم والوليد والطفل والمراهق القارية ودون الإقليمية والوطنية</p>	<p>7.1 زيادة ومواءمة الموارد المالية الخارجية بما يتماشى مع الالتزامات العالمية</p>	<p>7. تحسين الشراكات و التعاون مع القطاع الخاص، والمجتمعات المحلية وقطاعات أخرى للصحة، ومنظمات المجتمع المدني والشركاء الآخرين</p>
<p>نسبة البلدان التي تنفذ سياسات بشأن الشراكة بين القطاعين العام والخاص في مجال الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية</p>	<p>7.2 وضع سياسات من شأنها أن تعزز مشاركة المجتمع المدني والقطاع الخاص و المجتمعات المحلية في تقديم خدمات الصحة الإنجابية للأم</p>	

	والوليد والطفل والمراهق ضمن إطار البرامج الوطنية	
# المؤسسات في الشراكات الاستراتيجية الرسمية للتبادل الفني إقامة منتدى لتبادل أفضل الممارسات	7.3 تعزيز التعاون فيما بين بلدان الجنوب، الشمال والجنوب، والشراكات الثلاثية ومع المهجر لتحقيق أهداف الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية ، بما في ذلك إضفاء الطابع المؤسسي على تبادل المعلومات التقنية وتبادل أفضل الممارسات .	
# عدد البلدان التي بها أنظمة وطنية متكاملة للبحث والابتكار والرصد والتقييم # عدد البلدان التي بها نظام وطني متكامل للرصد والتقييم يعكس اتجاهات الإنصاف # عدد البلدان التي بها أنظمة وطنية متكاملة للبحث والابتكار والرصد والتقييم التي تتضمن آليات لتتبع الموارد المالية المخصصة للصحة الإنجابية للأم والوليد والطفل والمراهق اجراء مسح للأسر المعيشية وتقييمات لتقديم الخدمات بشكل منتظم	8.1 إقامة نظم وطنية متكاملة قوية للبحث والرصد والتقييم قائمة على الأدلة تدرج المسح القائم على السكان	8. كفالة المساعلة و تعزيز الرصد والتقييم والبحث والابتكار
# عدد البلدان التي أضفت الصفة المؤسسية على أنظمة MCDSR	8.2 تنفيذ أو تعزيز أنظمة MCDSR التي ترصد وتقيم وتستجيب لجميع العوامل التي تسهم في ضعف نتائج الأمومة ، بما في ذلك تلك المتعلقة بتقديم الخدمات والحصول عليها و الحواجز الاجتماعية والثقافية وعدم المساواة بين الجنسين	

<p># عدد البلدان التي أضفت الصفة المؤسسية على أنظمة MCDSR</p> <p>نسبة الأطفال دون سن 5 الذين تم تسجيل ولادتهم لدى السلطة المدنية</p> <p>تسجيل المواليد [الوفيات]</p>	<p>8.3 تطوير / تعزيز نظم السجل المدني و الإحصاءات الحيوية</p>	
<p>% النسبة المئوية من الميزانية الوطنية المخصصة للصحة والابتكار</p>	<p>8.4 تعزيز البحث والابتكار</p>	
<p>آلية المساءلة القارية عن خطة عمل مابوتو المعمول بها</p>	<p>8.5 تعزيز الرصد والإبلاغ و المساءلة عن خطة عمل مابوتو المعمول بها</p>	
<p>الإنتفاق الحكومي العام على الصحة كنسبة مئوية من إجمالي الإنتفاق الحكومي</p> <p>الإنتفاق الحكومي على صحة الفرد</p> <p>% النسبة المئوية لإجمالي الاحتياجات المالية للصحة الإنجابية للأم والوليد والطفل والمراهق التي تم حشدتها من مصادر محلية</p>	<p>9.1 زيادة الموارد المحلية للصحة من خلال ضمان التعميق والإدراج المالي</p>	<p>9. زيادة استثمارات وتمويل الصحة</p>
<p>وجود بنود في الميزانية للتدخلات الأساسية والفعالة من حيث التكلفة ضمن إطار ميزانية الصحة الجنسية والإنجابية</p>	<p>9.2 تحديد ووضع بنود للميزانية ومخصصات الميزانية للتدخلات والبرامج الأساسية والفعالة من حيث التكلفة للصحة الجنسية والإنجابية للصحة الإنجابية للأم والوليد والطفل والمراهق</p>	
<p>إنفاق المرضى / الأسر المعيشية من أموالهم الخاصة للوصول إلى الخدمات أو الحصول عليها (التي تم جمعها بشكل متقطع)</p>	<p>9.3 إلغاء الرسوم على استخدام خدمات الصحة الجنسية والإنجابية للأم والوليد والطفل والمراهق</p>	

<p>حماية جزء من السكان من الإنفاق من جيبيهم الخاصة على الصحة بما يؤدي كارثة/ إفقارهم</p> <p>تغطية % من السكان بواسطة برامج الحماية الاجتماعية بما في ذلك التأمين الصحي</p>	<p>ووضع خطط مبتكرة للحماية الاجتماعية</p>	
<p>الأطر القانونية وأطر السياسات القائمة للإنتاج المحلي للمعدات والأدوية و المواد الاستهلاكية الصحية</p> <p>وجود أنظمة لإنتاج وتوريد المعدات والأدوية و المواد الاستهلاكية المحلية الصحية</p>	<p>9.4 تشجيع ودعم الدول الأعضاء للاستثمار في البنية التحتية الطبية ، و التصنيع المحلي للمعدات والأدوية والمواد الاستهلاكية الصحية</p>	

الجدول 2: متطلبات الموارد للصحة الإنجابية للأم والوليد والطفل والمراهق في أفريقيا (2016-2030). سيناريوهات تقديرات تلبية الاحتياجات الإجمالية مع تعديل البرامج والأنظمة (بمليارات الدولارات الأمريكية)

تلبية جميع الاحتياجات									
2016- 2030	2026- 2030	2021- 2025	2020	2019	2018	2017	2016	2015	الوصف
									تكاليف العاملين
55.25	22.39	21.31	3.60	2.93	2.29	1.67	1.06	0.46	تنظيم الأسرة
68.10	26.25	25.09	4.34	3.66	2.99	2.92	2.85	2.81	رعاية الحمل والمولود
28.26	12.48	11.62	1.70	1.08	0.47	0.46	0.45	0.44	رعاية فيروس نقص المناعة البشرية
22.48	10.48	9.67	1.31	0.70	0.11	0.10	0.10	0.10	رعاية الأمراض المنقولة جنسيا
84.96	32.08	30.79	5.45	4.75	4.06	3.96	3.87	3.81	مجموع العاملين (أ)
									الأدوية واللوازم
35.19	14.87	13.96	2.16	1.53	0.91	0.89	0.87	0.86	تنظيم الأسرة
48.65	19.53	18.52	3.05	2.40	1.76	1.72	1.68	1.66	رعاية الحمل والمولود
34.74	14.72	13.81	2.13	1.50	0.88	0.86	0.84	0.83	رعاية فيروس نقص المناعة البشرية
23.94	10.99	10.16	1.41	0.80	0.20	0.19	0.19	0.19	رعاية الأمراض المنقولة جنسيا
80.14	30.41	29.16	5.13	4.44	3.76	3.66	3.58	3.53	مجموع الأدوية واللوازم (ب)
194.64	69.98	67.86	12.72	11.86	11.01	10.73	10.48	10.33	البرامج والنظم (ج) (C)
318.16	112.67	109.61	20.91	19.86	18.82	18.36	17.93	17.67	المجموع الكلي (أ)+(ب)+(ج)

الجدول 3: متطلبات الموارد للصحة الإنجابية للأم والوليد والطفل والمراهق في أفريقيا (2016-2030). سيناريو تقديرات عدم تلبية الاحتياجات مع تعديل البرامج والأنظمة (بمليارات الدولار الأمريكية).

		احتياجات غير ملبأة							
2016- 2030	2026- 2030	2021- 2025	2020	2019	2018	2017	2016	2015	تكاليف العاملين
52.06	21.29	20.24	3.39	2.73	2.09	1.47	0.86	0.27	تنظيم الأسرة
56.75	22.32	21.25	3.58	2.92	2.28	2.22	2.17	2.14	رعاية الحمل والمولود
26.47	11.86	11.02	1.58	0.96	0.36	0.35	0.34	0.34	رعاية فيروس نقص المناعة البشرية
22.07	10.34	9.53	1.29	0.68	0.08	0.08	0.08	0.08	رعاية الأمراض المنقولة جنسيا
68.17	26.27	25.11	4.34	3.66	3.00	2.93	2.86	2.82	مجموع العاملين (أ)
									الأدوية واللوازم
29.14	12.78	11.92	1.75	1.13	0.53	0.52	0.50	0.50	تنظيم الأسرة
41.97	17.22	16.26	2.61	1.97	1.34	1.31	1.28	1.26	الحمل ورعاية المولود
31.39	13.56	12.68	1.90	1.28	0.67	0.65	0.64	0.63	رعاية فيروس نقص المناعة البشرية
23.18	10.72	9.91	1.36	0.75	0.15	0.15	0.14	0.14	رعاية الأمراض المنقولة جنسيا
63.30	24.59	23.47	4.02	3.35	2.69	2.62	2.56	2.53	مجموع الأدوية واللوازم
92.07	34.53	33.19	5.93	5.21	4.51	4.40	4.30	4.24	البرامج والأنظمة (ج)
181.97	65.60	63.58	11.88	11.03	10.20	9.95	9.72	9.58	المجموع الكلي (أ)+(ب)+(ج)

دور أصحاب المصلحة

أ. الاتحاد الأفريقي

28. يقوم الاتحاد الأفريقي بالدعوة على مستوى عال لضمان الالتزام السياسي وقيادة الخطة، والدعوة لزيادة الموارد من أجل الصحة الإنجابية للأم والوليد والطفل والمراهق، وتحديد وتبادل أفضل الممارسات. فضلا عن ذلك، تضمن مفوضية الاتحاد الأفريقي موامة السياسات والاستراتيجيات بين الدول الأعضاء مع الوثائق القارية والعالمية واستحداث آلية للرصد والإبلاغ والمساءلة عن خطة يتم بموجبها اجراء تقييم للتقدم المحرز في تنفيذ الخطة لفترة سنتين، وخمس سنوات وعشر سنوات وفي نهاية المدة. يقوم مفوضية الاتحاد الأفريقي باستضافة منابر للمعلومات وأفضل الممارسات لدعم آلية الرصد والإبلاغ والمساءلة.

ب. المجموعات الاقتصادية الإقليمية

29. تقوم المجموعات الاقتصادية الإقليمية، من بين أمور أخرى، بالدعوة على مستوى عال، وتوفير الدعم الفني للدول الأعضاء، بما في ذلك التدريب في مجال الصحة الجنسية والإنجابية، والدعوة لزيادة الموارد للصحة الجنسية والإنجابية، وتنسيق تنفيذ خطط العمل الوطنية، ورصد التقدم المحرز سنويا وتحديد وتبادل أفضل الممارسات.

ج. الدول الأعضاء

30. تدرج وتنفذ الدول الأعضاء الخطة المتعلقة بتفعيل إطار السياسة القارية للصحة والحقوق الجنسية والإنجابية في القوانين الوطنية. تقوم بالدعوة، وتعبئة الموارد، وتوفير الميزانية كدليل على الملكية ومتابعة تنفيذ الخطة على أساس سنوي. وتتواصل أيضا مع المجتمع المدني، والقطاع الخاص، وقطاعات خارج نطاق الصحة (التعليم والمياه والصرف الصحي والبيئة والعمل والتوظيف وما إلى ذلك) والجماعات الدينية للمشاركة في البرامج الوطنية ومعالجة المحددات الاجتماعية للصحة التي تؤثر على نتائج الصحة الجنسية والإنجابية.

د. الشركاء

31. تمشيا مع مبدأ باريس، تقوم المنظمات الثنائية والمتعددة الأطراف، ومنظمات المجتمع المدني الوطنية والوطنية وغيرها من شركاء التنمية بمواءمة مساعدتها المالية والفنية وخطط التعاون مع الاحتياجات والأولويات الوطنية والإقليمية لتنفيذ خطة العمل.

الخاتمة

32. لدى القادة الأفريقيين التزام مدني بالاستجابة لاحتياجات وحقوق الصحة الجنسية والإنجابية لشعوبهم. وتعد خطة العمل هذه دليلا واضحا على التزامهم بالنهوض بالصحة والحقوق الجنسية والإنجابية في أفريقيا.

المراجع

1. مجموعة البنك الدولي 2016. لمحة عامة عن الفقر 7 أكتوبر 2015 .

<http://www.worldbank.org/en/topic/poverty/overview>

2. مشروع تدفقات الموارد، 2006. تدفقات الموارد المالية للأنشطة السكانية في عام 2004. صندوق الأمم المتحدة للسكان

/برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز / المعهد الهولندي للتخصصات الديموغرافية.

3. تقرير استعراض خطة عمل مابوتو للاتحاد الأفريقي، 2015

4. الأمم المتحدة، نيويورك 2015: تقرير الأهداف الإنمائية للألفية 2015

[http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG 2015](http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%2015)

5. سينج س. داروش ، أشفورد . الإضافة حتى . . تكاليف وفوائد الاستثمار في الصحة الجنسية والإنجابية، ديسمبر 2014

6. سينج س. داروش ، أشفورد . الإضافة حتى . . الاستثمار في الصحة الجنسية والإنجابية في أفريقيا جنوب الصحراء،

ديسمبر 2014

7. ستاتيستا. توقع معدل التضخم السنوي في الولايات المتحدة من 2008 إلى 2020

<http://www.statista.com/statistics/244983/projected-inflation-rate-in-the-united-states>

8. الاقتصادات التجارية. معدلات التضخم في الولايات المتحدة الأمريكية من 1914 إلى 2016 .

<http://www.tradingeconomics.com/united-states/inflation-cpi>

9. الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة السكان (2015). التوقعات السكانية في العالم: تنقيح

2015، النتائج الرئيسية والجداول المتطورة. ورقة العمل رقم. **ESA / P / WP.241**

10. مؤشرات وإطار الرصد لأهداف التنمية المستدامة. إطلاق ثورة بيانات لأهداف التنمية المستدامة: تقرير إلى الأمين العام

للأمم المتحدة يقدمه مجلس قيادة شبكة حلول التنمية المستدامة، مايو 2015

11. رصد وتقييم مؤشر الدليل المرجعي. إدارة الشؤون الاجتماعية. مفوضية الاتحاد الأفريقي، يوليو 2011

12. برتراند ج. ت. واسكوديرو ج، 2002 خلاصة وافية لمؤشرات تقييم برامج الصحة الإنجابية، أغسطس 2002. مقياس

تقييم اليدوي، المجموعة رقم 6، المجلدان 1 و 2.

13. صندوق الأمم المتحدة للسكان وق الإنجابية ومركز الحقوق الإنجابية: الحقوق الإنجابية: أداة لرصد التزامات الدولة .

www.reproductiverights.org

14. جرينتز أ ب ، 2013 . التمويل القائم على النتائج: أدلة من الأداء القائم على التمويل في القطاع الصحي. المعهد معهد

الألماني ل **Entwicklungspolitik GGMBH**

15. أشرف أكين، شهريار أ، كودا أ. ب، 1999، مشاركة الذكور في خدمات الصحة الإنجابية في بنجلاديش: أ مراجعة .

ICDDR، ب :مركز بحوث الصحة والسكان .موهاخالي، دكا 1212 بنجلاديش ICDDR .، ب199 ، منشور خاص رقم

.94

16. منظمة الصحة العالمية، 2008. مجموعة أدوات لتعزيز رصد النظم الصحية: تمويل النظم الصحية

17. منظمة الصحة العالمية، 2008. مجموعة الأدوات لتعزيز رصد النظم الصحية: إدارة النظم الصحية

18. سارة باكيه مارجرليس، كريستال نج، وسيلفيا كوفمان، البنية الصحية الدولية، 2011. الموارد البشرية لمؤشر الصحة

خلاصة وافية. وكالة التنمية الأمريكية للتنمية، وقدرة زائدة.

19. منظمة الصحة العالمية، 2010. تقرير الاجتماع بشأن تغطية لقاح فيروس الورم الحليمي البشري ورصد الأثر ، 17

و16 نوفمبر 2009 ، جنيف، سويسرا.

20. ويليامز ك. كارين س، وأسوكيو ل. 2010، تخطيط وتنفيذ مجموعة أساسية من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية:

توجيهات لدمج تنظيم الأسرة والأمراض المنقولة جنسيا / عدوى الجهاز التناسلي مع الصحة الإنجابية مع خدمات أخرى

للعناية الصحية الأولية والصحة الانجابية.

21 . استعراض نتائج قائمة المؤشرات استعرضت في الاجتماع الثاني لمؤشرات أهداف التنمية المستدامة. 2 نوفمبر 2015

22. إطار السياسة القارية للصحة والحقوق الجنسية والإنجابية. مفوضية الاتحاد الأفريقي 2006.