

AFRICAN UNION
الاتحاد الأفريقي



UNION AFRICAINE
UNIÃO AFRICANA

Addis Ababa, ETHIOPIA P. O. Box 3243 Telephone 251115 517700
Website: www.africa-union.org

المجلس التنفيذي
الدورة العادية العاشرة
أديس أبابا، إثيوبيا، 25 - 26 يناير 2007
-

الأصل: إنجليزي

EX.CL/316 (X)

تقرير الدورة الاستثنائية لوزراء
الصحة حول الصحة الجنسية والإنجابية

-

تقرير الدورة الاستثنائية لوزراء الصحة حول الصحة الجنسية والإنجابية

مذكرة تمهيدية:

سعيًا لمعالجة مسائل الصحة الجنسية والإنجابية في القارة، قامت مفوضية الاتحاد الأفريقي بصياغة الإطار القاري لسياسة الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية في أفريقيا. وتم وضع هذه السياسة استجابة للنداء الذي وجهه مختلف أصحاب المصالح بالحد من المعدلات العالية من الاعتلال والوفيات بين الأمهات والأطفال الرضع وذلك بالتعاون مع مكتب إقليم أفريقيا للرابطة الدولية لتنظيم الأسرة وصندوق الأمم المتحدة للسكان والشركاء الآخرين.

يعالج إطار السياسة هذا المسائل التي تم تحديدها خلال المشاورات الإقليمية الفرعية الست التي اشترك في تنظيمها كل من الاتحاد الأفريقي والرابطة الدولية لتنظيم الأسرة. وسمحت هذه المشاورات بالتعرف على العديد من العوامل التي تسهم في وفيات النساء والأطفال في القارة. كما أوصت بتنفيذ خارطة الطريق للتعبيل بالحد من نسبة اعتلال ووفيات الأمهات والأطفال حديثي الولادة باعتبار ذلك استراتيجية لتحسين الصحة الإنجابية.

تم اعتماد الإطار القاري لسياسة الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية في أفريقيا من قبل الدورة الثانية لمؤتمر وزراء الصحة الأفريقيين في جابوروني في أكتوبر 2005. وخلال هذه الدورة، دعا الوزراء إلى عقد دورة خاصة لمناقشة المسائل بمزيد من التفصيل وإعداد خطة عمل ملموسة لدمج الصحة الجنسية والإنجابية، من بين أمور أخرى، في الرعاية الصحية الأولية. وقد قدمت موزمبيق عرضاً لاستضافة هذه الدورة الخاصة. ووافقت على القرار بعقد دورة خاصة قمة الاتحاد الأفريقي المعقودة في الخرطوم، السودان في يناير 2006. وانهقدت الدورة بالفعل في الفترة من 18 إلى 22 سبتمبر 2006.

وأهم نتيجة تمخضت عن الدورة الخاصة هي خطة عمل مابوتو لتفعيل الإطار القاري لسياسة الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية.

AFRICAN UNION
الاتحاد الأفريقي



UNION AFRICAINE
UNIÃO AFRICANA

Addis Ababa, ETHIOPIA P. O. Box 3243 Telephone 251 11 5517700
Website: www.africa-union.org

EX.CL/316 (X)
ANNEX.1

تقرير الاجتماع الوزاري 21-22 سبتمبر 2006

-

AFRICAN UNION
الاتحاد الأفريقي



UNION AFRICAINE
UNIÃO AFRICANA

Addis Ababa, ETHIOPIA P. O. Box 3243 Telephone 251115 517700
Website: www.africa-union.org

الدورة الخاصة لمؤتمر وزراء الصحة للاتحاد الأفريقي
مابوتو ، موزمبيق ، 18 - 22 سبتمبر 2006

-

SP/MIN/CAMH/RPT. (I)

الموضوع: "وصول الجميع إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية الشاملة في إفريقيا"

**تقرير الاجتماع الوزاري
21-22 سبتمبر 2006**

-

تقرير الاجتماع الوزاري

أولا- مقدمة:

1- عقدت اجتماع الدورة الخاصة لمؤتمر وزراء الصحة للاتحاد الأفريقي بمركز جواكيم شيسانو الدولي للمؤتمرات، مابوتو، موزمبيق من 21-22 سبتمبر 2006 وموضوعه "وصول الجميع إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية في إفريقيا" كانت الدورة مسبقة باجتماع للخبراء دام ثلاثة أيام. تم تنظيم المؤتمر تنفيذا لمقرر صادر عن الدورة الثانية لمؤتمر وزراء الصحة للاتحاد الأفريقي في جابوروني، بوتسوانا في أكتوبر 2005 ووافقت عليه قمة الاتحاد الأفريقي المنعقدة في الخرطوم، السودان في يناير 2006. استضافت الاجتماع حكومة موزمبيق ونظمه الاتحاد الأفريقي بالتعاون مع الرابطة الدولية لتنظيم الأسرة وصندوق الأمم المتحدة للسكان والشركاء الآخرين وبدعم من مفوضية الاتحاد الأوروبي. ويتمثل الهدف الرئيسي للدورة الخاصة في التوصل إلى إجماع على نهج موحد لتوفير فرص وصول الجميع إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في أفريقيا. تهدف الدورة الخاصة أيضا إلى اعتماد خطة العمل لتفعيل الإطار القاري لسياسة الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية.

ثانيا- الحضور:

2- حضرت الاجتماع الوزاري وفود الدول الـ46 الأعضاء في الاتحاد الأفريقي التالية: الجزائر، أنجولا، بنين، بوتسوانا، بوركينافاسو، بوروندي، الكامرون، الرأس الأخضر، تشاد، جزر القمر، الكونغو، كوت ديفوار، جمهورية الكونغو الديمقراطية، جيبوتي، مصر، إثيوبيا، جامبيا، غانا، غينيا، كينيا، ليسوتو، ليبيريا، ليبيا، مدغشقر، ملاوي، مالي، موريتانيا، موريشيوس، موزمبيق، ناميبيا، النيجر، نيجيريا، رواندا، الجمهورية العربية الصحراوية الديمقراطية، ساوتومي وبرنسيب، السنغال، سيشل، سيراليون، الصومال، جنوب إفريقيا، السودان، سوازيلاند، تنزانيا، أوغندا، زامبيا وزيمبابوي.

3- حضر الاجتماع الوزاري أيضا ممثلو المنظمات الدولية والإقليمية والمنظمات غير الحكومية التالية: صندوق الأمم المتحدة للسكان، الرابطة الدولية لتنظيم الأسرة، منظمة الصحة العالمية، اللجنة الاقتصادية لإفريقيا، اليونسكو، المنظمة الدولية للهجرة، اللجنة الأفريقية المشتركة، منظمة الصحة لغرب أفريقيا، مؤسسة بيل وميلاندا جيتس، مؤسسة بكارد، مؤسسة هوليت، جامعة جون هونكلينز وكالة الولايات المتحدة الأمريكية للتنمية الدولية، جامعة كوازولو ناتال، DELD، الوكالة

الأسبانية للتعاون الدولي، الشركاء في مجال السكان والتنمية، بلجيكا، منظمة صحة الأسرة، انتماء الصحة التامة، مجموعة الصحة لشرق ووسط إفريقيا والجنوب الأفريقي، مجموعة تنمية الجنوب الأفريقي، الوكالة اليابانية للتنمية الدولية، أوكسفام، الرابطة الصينية لرفاه الأسرة، شبكة البرنامج الإقليمي بشأن وفيات الأمهات، إدارة التنمية الدولية، شركة جون اسنور، منظمة الحد من وفيات الأمهات، جامعة جون هوبكنس، برنامج جون هوبكنس للتعليم الدولي في مجال طب النساء والولادة، جامعة كولومبيا، AMDP، المجلس العالمي للقائدات، منظمة أعمال الحقوق، أسبانيا، ألمانيا، فلسطين، الولايات المتحدة، مفوضية الاتحاد الأفريقي وبرنامج النيباد.

ثالثا- مراسم الافتتاح:

(1) دعت رئيسة هيئة مكتب الاجتماع الوزاري الثاني لوزراء الصحة الاجتماع إلى الانعقاد.

4- أشرفت على مراسم الافتتاح البروفيسور شيلاتلو، وزيرة الصحة البوتسوانية ورئيسة مكتب وزراء الصحة. بعد الترحيب بالوفود والإعراب عن الشكر لموزمبيق على استضافة المؤتمر، دعت الشخصيات البارزة المدعوة إلى التحدث إلى المؤتمر.

(2) كلمة الترحيب من وزير الصحة لجمهورية موزمبيق:

5- في كلمة الترحيب التي أدلى بها وزير الصحة الموزمبقي معالي/ الدكتور باولو ايفو جاريدو، أقر بالتحديات التي تمثلها مشاكل الصحة الجنسية والإيجابية وحث على ضرورة تصدي القارة لهذه التحديات بطريقة جادة. في هذا الخصوص، شدد على المشاركة الفعالة لكافة أصحاب الشأن بمن فيهم المانحون والشركاء الآخرون في التنمية. وأخيرا، تقدم بالشكر لزملائه وزراء الصحة على حضورهم الاجتماع وأعرب عن تمنياته للمشاركين بإقامة طيبة في مدينة مابوتو.

(3) كلمة رئيسة المؤتمر الثاني لوزراء الصحة الإفريقيين، معالي وزيرة الصحة لبوتسوانا:

6- أشادت معالي وزيرة الصحة البوتسوانية بصفتها رئيسة للمؤتمر الثاني لوزراء الصحة الإفريقيين للاتحاد الأفريقي بمفوضية الاتحاد الأفريقي على تنظيم هذه الدورة الخاصة وشكرت حكومة موزمبيق على استضافة هذه المناسبة. وأشارت إلى أن هذه الدورة الخاصة جاءت متابعة للدورة الثانية لمؤتمر وزراء الصحة المنعقدة في أكتوبر 2005 بجابوروني، بوتسوانا وأخبرت المشاركين أن دورة جابوروني هي التي اعتمدت السياسة القارية للصحة والحقوق الجنسية والإنجابية. ولاحظت أن هدف

الدورة هو معالجة اهتمامات الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية في أفريقيا وصلتها بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز بصورة جماعية واعتماد خطة عمل لتنفيذ الإطار القاري لسياسة الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية.

7- أعربت عن تقديرها للخبراء والأمانة على العمل الشاق الذي تم القيام به في الأيام الثلاثة الماضية لإعداد خطة العمل لتفعيل الإطار القاري لسياسة الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية. وأهابت بالدول الأعضاء بتنفيذ إطار السياسة القاري بجدية.

(4) كلمة المدير العام للرابطة الدولية لتنظيم الأسرة:

8- هنا السيد تيدروس ملس، المدير الإقليمي للرابطة الدولية لتنظيم الأسرة في إفريقيا وهو يتحدث نيابة عن المدير العام للرابطة، الاتحاد الأفريقي وحكومة موزمبيق على تنظيم هذا الاجتماع الهام. وأعرب أيضا عن ارتياحه للتعاون القوي بين الاتحاد الأفريقي والرابطة الدولية لتنظيم الأسرة والشركاء الآخرين في سياق العمل الشاق لإعداد الإطار القاري لسياسة الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية وخطة العمل لتفعيل هذا الإطار.

9- أشار إلى أن الرابطة الدولية لتنظيم الأسرة لديها 150 عضوا في 180 دولة مما يجعل الرابطة واحدة من أكبر المنظمات العاملة في مجال الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية في العالم. وأضاف أن الرابطة الدولية لتنظيم الأسرة تعتبر صوتا عالميا قويا لا يمثل أولئك المحرومين فقط بل يمثل أيضا أولئك الذين لا يستطيعون رفع أصواتهم.

10- لأسباب عديدة أكد على أن الأهداف الإنمائية للألفية لا يمكن تحقيقها دون معالجة قضايا الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية بطريقة جادة وتبنى نهج شامل ومتكامل بشأنها.

(5) كلمة معالي السيدة بيونج بينج، جمهورية الصين الشعبية:

11- أعربت رئيسة الوفد الصيني معالي السيدة بيونج بينج، نائبة رئيس لجنة التوجيه الصينية ورئيسة جمعية الصليب الأحمر ورئيسة الجمعية الصينية للسكان عن تقديرها للسلطات الموزمبيقية على استضافتها وللاتحاد الأفريقي لقيادته ورؤيته فيما يتعلق بالمشاكل الأفريقية.

12- قالت السيدة بينج إن الدورة الخاصة لمؤتمر وزراء الصحة للاتحاد الأفريقي حول وصول الجميع إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية في إفريقيا هي من أولويات خطوط العمل في إطار تعاون الجنوب - الجنوب عامة والتعاون الصيني الإفريقي خاصة.

13- بعد أن شاطرت المشاركين تجربة بلدها في مجال الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، استذكرت أن الصين بالرغم من التحديات التي

تواجهها حتى الآن قد أحرزت تقدماً مستداماً في مجال الصحة الإنجابية. وفي هذا الصدد، كررت التزام الصين بالتعاون مع إفريقيا في الحوار السياسي وتقاسم الخبرات وبناء القدرات في مجال تنمية السكان. وفي هذا الصدد، حثت الوفود على المشاركة في منتدى الصين – إفريقيا المقرر عقده في وقت لاحق من هذا العام.

(6) كلمة السيدة جوي فوماي، مساعدة المدير العام لمنظمة الصحة العالمية:

- 14- أعربت مساعدة المدير العام لمنظمة الصحة العالمية عن مدى شعورها بالشرف للتحدث إلى هذا الجمع الموقر ولكنها تشعر بالقلق لأن عقد هذا الاجتماع يتزامن مع أسوأ أزمة يعيشها العالم في مجال الصحة الإنجابية. وأبلغت المشاركين أن التركيز على الصحة الإنجابية عنصر هام في تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية.
- 15- لاحظت أيضاً أن معظم الناس لا يحصلون على خدمات الوقاية من الحمل غير المرغوب فيه والأمراض المنقولة عن طريق الجنس بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز خاصة بين الأطفال دون الـ15 من العمر. وتأسفت لموت العديد من النساء عند الوضع نظراً لحالات عدم المساواة. وغالباً ما تتوفر خدمات الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز غير أنها لا تستخدم على أحسن وجه.
- 16- شددت أيضاً على أهمية هذا الاجتماع للتصدي لهذه التحديات. وفي هذا الشأن، أشارت إلى التزام منظمة الصحة العالمية بدعم مبادرة الاتحاد الأفريقي في تعزيز الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية لا سيما تنفيذ خطة العمل التي توفر فرصة فريدة لتوجيه التدابير وضمان نهج شاملة بما في ذلك معالجة موضوع الفقر وضمان التنمية المستدامة.
- 17- وأخيراً، شددت على الحاجة إلى تعبئة وسائل الإعلام لتعزيز الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية وتعزيز الشراكة والقيادة العالمية. وفي هذا الخصوص، كررت أن الاتحاد الأفريقي يمكن أن يعتمد دائماً على تعاون منظمة الصحة العالمية معه.

(7) كلمة المدير التنفيذي لصندوق الأمم المتحدة للسكان:

- 18- قالت المديرية التنفيذية لصندوق الأمم المتحدة للسكان أن الوصول الشامل لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية يشكل أكثر من هدف متفق عليه من قبل 179 حكومة في القاهرة في 1994 خلال مؤتمر السكان والتنمية وأكدته القادة خلال القمة العالمية لسنة 2005. وأضافت أن الوصول الشامل لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية يعتبر أكثر من وسيلة فعالة للحد من الفقر وتمكن المرأة وتشجيع المساواة بين الجنسين ومحاربة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وتحسين صحة الأمومة والحد من

وفيات الأطفال وضمان التنمية المستدامة. إنه أكثر من استراتيجية فعالة لتحقيق الأهداف الإيجابية للألفية.

19- شهدت على أنه الصحة الجنسية والإنجابية حق من حقوق الإنسان وحق في الحصول على الصحة. وبالتالي فإن أي نكران لشخص من حقوق الإنسانية يعتبر تحدياً لإنسانيتهم. وقالت إن مفتاح النجاح هو إيجاد خطط وطنية قوية للصحة الإنجابية مدعومة من طرف الموارد المحلية. وقالت أيضاً إن إضفاء صفة الأئوثة على وباء الإيدز يجب أن يتم تصحيحه من خلال ربط فيروس نقص المناعة البشرية بالتخطيط العائلي وإدماج فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في برامج صحة الأمومة والطفولة. وأشارت إلى أن الوقاية تحظى بأهمية كبيرة بالنسبة للشباب وطالبت بخدمات شاملة وواسعة وصدوقة للأطفال حيث يجب أن يحظى الشباب بفرصة تحمل الريادة في هذا الكفاح لتلبية احتياجاته الخاصة بإحقاق حقوقه.

20- وأوضحت أنه إذا تمكن كل الأفراد من ممارسة حقوقهم الإنسانية الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية، فإن من الضروري ضمان الحصول على موارد من السلع الخاصة بالصحة الإنجابية مستمرة ويمكن الاعتماد عليها. واختتمت بتكرار دعم صندوق الأمم المتحدة للسكان حيث بناء القدرات الإنمائية الوطنية من أجل التنمية المكلفة وتنفيذ وتفعيل وتعبئة الموارد من أجل خطط الصحة الإنجابية الوطنية.

(8) كلمة المحامية بيانس جواناس، مفوضة الشؤون الاجتماعية بمفوضية الاتحاد الأفريقي:

21- بعد الترحيب بالوفود المشاركة في الدورة الخاصة لوزراء الصحة التي ناقشت الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، أشادت المفوضة بالوزراء على حضورهم الاجتماع خاصة وأنهم كانوا مشغولين مؤخراً. تطرقت لموضوع الدورة الخاصة وهو "وصول الجميع إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية الشاملة في أفريقيا". شكرت أيضاً صاحبة المعالي رئيسة الوزراء وحكومة وشعب موزمبيق على استضافة الدورة الخاصة وعلى الحفاوة ودفء الاستقبال الذي حظيت به الوفود. وشكرت على وجه الخصوص، وزير الصحة الموزمبيقي وفريقه على التنسيق الناجح للمؤتمر. وذكرت المشاركين بأن مفوضي الاتحاد الأفريقي قد تم انتخابهم بالفعل هنا في مابوتو في عام 2003.

22- ثم أعربت المفوضة عن تقديرها للجهات المتعاونة مثل صندوق الأمم المتحدة للسكان والرابطة الدولية لتنظيم الأسرة والاتحاد الأوروبي ومنظمة الصحة العالمية ومؤسسة جيتس على دعمها الذي مكن من عقد المؤتمر ونجاحه. وتحدثت كامرأة إفريقية حيث دعت المشاركين إلى

التأكيد على أن المرأة تحتل مكان الصدارة في السياسات وفي الجهود الرامية إلى تعزيز حقوق الإنسان للمرأة.

23- أشادت أيضا بوزراء الصحة على قرارهم عقد الاجتماع وتحديد طرق تفعيل مقرر رؤساء الدول والحكومات الذي اعتمد في الخرطوم، السودان في يناير 2006. ودعت إلى إتباع نهج شامل ومتكامل ومنسجم ومنسق في تنفيذ نتائج الدورة الخاصة. كما دعت الشركاء وأصحاب الشأن الآخرين إلى تقديم الدعم المطلوب. واختتمت كلمتها بأن تمنى للوزراء نجاح مداولاتهم.

(9) خطاب صاحبة الفخامة رئيسة وزراء جمهورية موزمبيق، دكتورة لويسا ديباس ديوجو:

24- افتتحت الاجتماع الوزاري الوزيرة الأولى الموزمبيقية الدكتورة لويسا ديباس ديوجو. وقالت الدكتورة ديوجو في كلمتها الافتتاحية إنه يشرف بلدها أن تحتضن الدورة الخاصة ورحبت أيما ترحيب بالفوفد المشاركة. وأضافت أن بلدها قد دمج الصحة الجنسية والإنجابية في برامجه وأقر بالتهديد الذي يشكله وباء فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز. وتحدثت عن شعور الوزراء في المؤتمر بأن الوصول الشامل للصحة الجنسية والإنجابية يحظى بأهمية كبيرة للتنمية في أفريقيا وخاصة في إطار ضرورة تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية.

25- دعت الوزيرة إلى نهج شمولي للصحة الجنسية والإنجابية وطالبت ببذل مزيد من الجهود من قبل البلدان الأفريقية لتحقيق إعلان أبوجا من خلال تخصيص 15% من الميزانيات الوطنية للصحة. واختتمت بالتعبير عن أملها في أن يساهم لاجتماع في مواءمة الاستراتيجيات بغية تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية.

(10) قرار الشكر لنانبة رئيس هيئة المكتب للمؤتمر الثاني لوزراء الصحة للاتحاد الأفريقي:

26- نيابة عن وزراء الصحة، تلى قرار الشكر معالي السيد وفريد ماتشاباي نائب وزيرة الصحة لكينيا والنائب الأول لرئيس مؤتمر وزراء الصحة للاتحاد الأفريقي. أعرب عن تقدير وزراء الصحة لكرم الضيافة الذي أحاطتهم به حكومة موزمبيق. وأشاد بفخامة رئيس جمهورية موزمبيق للسلام والاستقرار السائدين في البلاد وأكد أن السلام ضروري لتحقيق أهداف وموضوع الدورة الخاصة.

27- وشكر الوزيرة الأولى على تخصيص الوقت من أجندتها المشحونة لتشريف المؤتمر. واستذكر أن موزمبيق قد اختيرت كمرشح أفريقيا الوحيد لمنصب المدير العام لمنظمة الصحة العالمية ودعا جميع دول القارة إلى دعم هذا المرشح جماعيا. وأشاد بالضيوف المتحدثين

والمسؤولين لكلماتهم المستتيرة المؤثرة. واختتم بالإعراب عن الشكر لجميع أولئك الذين ساهموا في عقد ونجاح المؤتمر.

رابعاً- المسائل الإجرائية:

(أ) اعتماد جدول الأعمال:

28- اعتمد جدول الأعمال كما قدم.

(ب) تنظيم العمل:

29- اعتمد برنامج العمل دون أي تعديلات واعتمدت ساعات العمل التالية:

الفترة الصباحية: 9ر00 – 13ر00

الفترة المسائية: 15ر00 – 18ر00

خامساً- المائدة المستديرة حول "نهج برنامج ربط الصحة والحقوق الجنسية

والإيجابية لخدمات فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز":

:SP/EXP/CAMH/4A (I)

30- ترأست المائدة المستديرة المحامية بيانس جواناس، مفوضة الشؤون الاجتماعية للاتحاد الأفريقي. كان من بين المتحدثين أمام هذه الدورة ممثل وزارة الصحة الكينية، وزير الصحة لليسوتو ممثل وزراء الصحة لمجموعة تنمية الجنوب الأفريقي والمدير التنفيذي لصندوق الأمم المتحدة للسكان وممثل الرابطة الدولية لتنظيم الأسرة وممثل وزارة الصحة للكامبيرون.

31- وفيما يلي ملخص المناقشة حول موضوع المائدة المستديرة:

المتحدثون:

كلمة نائب وزيرة الصحة الكينية الدكتور ويلفريد ماتشابى حول ربط الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية وخدمات فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في كينيا:

32- قدم نائب وزيرة الصحة الكينية عرضاً عن المؤشرات الديمغرافية في كينيا تناول إجمالي عدد السكان ونسبة الوفيات والتخطيط العائلي واستخدام موانع الحمل ونسبة انتشار فيروس نقص المناعة البشرية. وأشار إلى أن استخدام موانع الحمل قد شهد ارتفاعاً خفيفاً ما بين سنتي 1978 و1998 ثم استقر بعد ذلك وأن نسبة الخصوبة قد انخفضت من 8 إلى 4ر9 خلال العشرين سنة ولكنها الآن تظهر اتجاهها نحو الارتفاع.

وأضاف أن العوامل المساعدة على الاندماج في كينيا تتضمن سياسة بيئية موائمة مع التركيز على الرزمة الأساسية للصحة على كافة مراحل دورة الحياة ولكنها بانحياز لجنس المرأة. وتوجد بنية رفع التقارير حيث مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز كجزء من استراتيجية الصحة الإنجابية، كما توجد توجيهات حول توفير الخدمات ذات الصلة.

33- فيما يخص التقدم المحرز حتى الآن، شدد نائب الوزير على الإدماج المعترف للتخطيط العائلي والاستشارة والاختبار الطوعي والرعاية الشاملة لمرحلة ما بعد الاغتصاب الوقاية من الإصابة المنقولة من الأم إلى الطفل لفيروس نقص المناعة البشرية. ومن بين التحديات التي تمت مواجهتها قال إنها الموارد غير الكافية وقبول وامتلاك موردي الخدمات وضعف الأنظمة الصحية بما في ذلك قلة العاملين وعقليات المشاريع العمودية العميقة الجذور الموجودة لدى المديرين ونقص الخبرة الكافية فيما يخص الصحة الإنجابية والتخطيط العائلي.

34- فيما يخص طريق المضي قدما، أشار نائب الوزير إلى ضرورة تقديم خدمات الوقاية من انتقال العدوى من الأم إلى الابن على المستوى القطري الشامل كخدمة روتينية تسبق الولاية والإعداد لإيجاد مراكز أكثر للفحص والاختبار الطوعيين تدخل ضمن إطار خدمات الصحة الإنجابية واستكمال الدراسات التجريبية الرئيسية وضمان تأمين السلع الخاصة بالصحة الإنجابية وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز من خلال تخصيص الميزانيات لذلك وتعبئة المجتمعات للاكتفاء على الطلب على خدمتي الصحة الإنجابية وفيروس نقص المناعة البشرية.

35- خلال المناقشات التي تلت ذلك، تم الثناء على نائب الوزير لمشاطرته التجربة الكينية التي تعتبر درسا يمكن للبلدان الأخرى أن تقتبس منها.

كلمة وزير الصحة في ليسوتو رئيس وزراء مجموعة تنمية الجنوب الأفريقي الدكتور م. فوكو حول تقرير عن مراجعة الأمراض والوفيات المرتبطة بالصحة الإنجابية في منطقة مجموعة تنمية الجنوب الأفريقي:

36- قدم معالي الدكتور م. فوكو، رئيس وزراء الصحة لمجموعة تنمية الجنوب الأفريقي ووزير الصحة لليسوتو عرضا عن استراتيجية الصحة الجنسية والإنجابية للمجموعة التي تستند إلى التقرير عن مراجعة الأمراض والوفيات المرتبطة بالصحة الإنجابية. استهل معالي الوزير بتوفير ملخص عن الوضع الإقليمي الخاص بتحديات الصحة الجنسية والإنجابية. ومن حيث الأمراض والوفيات بين الأمهات، تتراوح نسب الوفيات في منطقة مجموعة تنمية الجنوب الأفريقي بين 124 (جنوب أفريقيا) و1300 (أنجولا) عن كل 100000 ولادات حية باستثناء موريشيوس حيث تصل 45/100000 ولادة حية. وقد أبلغت معظم البلدان بمعدلات أعلى من رعاية ما بعد الولادة لزيارة واحدة (90%)

بينما تقل التغطية عن 50% مع أربع زيارات ما بعد الولادة لمنع الانتقال من الأم إلى الطفل بالرغم من ارتفاع نسبة الدايات لفترة ما بعد الولادة مما يعكس عدم دمج الخدمات والتحديات فيما يتعلق بنسبة المستفيدين من الخدمات. ويتراوح الوضع مع حضور دايات ذوات المهارات من 42% في أنجولا إلى 99% في موريشيوس.

37- للتصدي لهذه التحديات، اعتمد وزراء الصحة لمجموعة تنمية الجنوب الأفريقي استراتيجية المجموعة حول الصحة الجنسية والإنجابية التي تغطي الفترة 2006-2015. وتجدد الاستراتيجية بضع مسائل ذات أولوية بأنشطتها وهي (1) تحسين خدمات الصحة الجنسية والإنجابية التي تعالج الأسباب المباشرة لوفيات الأمهات. (2) تعزيز الأنظمة الصحية. (3) توفير الموارد البشرية ذات المهارات. (4) تعبئة الموارد. (5) تعزيز التزام الحكومة. (6) إنشاء قاعدة بيانات للصحة الجنسية والإنجابية. (7) وضع ومواءمة السياسات والاستراتيجيات. (8) إدماج خدمات الصحة الجنسية والإنجابية. (9) تعبئة ومشاركة المجتمع. (10) تعزيز الشراكات. (11) إنشاء منبر لمقاسمة التجارب. جدد أصحاب المعالي الوزراء تأكيد ضرورة تعزيز المنطقة التعاون مع أصحاب المصالح المعنيين في تنفيذ الاستراتيجية.

كلمة السيدة ثريا أحمد عبيد المدير التنفيذي لصندوق الأمم المتحدة للسكان ووكيل الأمين العام للأمم المتحدة "جعل إدماج الصحة الإنجابية وفيروس نقص المناعة البشرية أمرا واقعا: لخطة القيادة"

38- عبرت السيدة ثريا عبيد عن الشرف الكبير بالتوجه بالخطاب إلى وزراء الصحة الأفريقيين للمرة الأولى. وشكرت مفوضية الاتحاد الأفريقي وحكومة موزمبيق لجعل ذلك ممكنا. وواصلت بتقدير خدمات الحاضرين الآخرين ثم أضافت أن تعزيز الحقوق الجنسية والإنجابية يقع ضمن مهمة صندوق الأمم المتحدة للسكان وأن الوصول الشامل إلى الخدمات هو أحد أهداف برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. وبالتالي فإن أعضاء الاتحاد الأفريقي وصندوق الأمم المتحدة للسكان ملتزمون بإنقاذ الأزواج من خلال خدمات حقوق الصحة الجنسية والإنجابية. إن السياسة القارية لتعزيز الصحة الجنسية والإنجابية تعتبر تطورا مرحبا به وبالتالي أثنت على رئيس مفوضية الاتحاد الأفريقي ومفوضية الشؤون الاجتماعية للخروج بها.

39- نقلت كلام الرئيس السابق لجمهورية جنوب أفريقيا الدكتور نيلسون مانديلا بقوله "إن إنكاره حق لأي إنسان هو تحد للإنسانية" مشددة على أن الوصول إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية هو حق من حقوق الإنسان. وقالت إن إطار السياسة للصحة الجنسية والإنجابية هو أساس لتقدم الخدمات الخاصة بحقوق الصحة الجنسية والإنجابية ولكن العمل

الحقيقي هو تنفيذ خطة العمل المعتمدة على المستويات الوطنية. ولاحظت أن هناك تحديات كثيرة بما في ذلك تعبئة الموارد الضرورية. وأكدت للاجتماع دعم صندوق الأمم المتحدة للسكان في مجهوداته وحثت شركاء التنمية الآخرين تقديم الدعم إلى مجهودات البلدان الأفريقية لأنها لا مكان لتضييع الوقت.

40- رحبت بدمج فيروس نقص المناعة البشرية في حقوق الصحة الجنسية والإنجابية ولكنها شددت على أنه عند عدم وجود شفاء فإن الوقاية، وخاصة بين الشباب، يجب أن تحظى بعناية خاصة وحثت على إعطاء الشباب مكانة ليتمكنوا من قيادة استراتيجية للوقاية من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية. قالت إن أفريقيا قوية تتطلب شعبا صحيا وأن تقدم النساء هو تقدم الجميع. يجب أن تكون كل امرأة سالمة من الإجهاد غير الآمن والناسور التوليدي من خلال الوصول إلى الخدمات التي تحمي النساء. وتطرق إلى إحصاءات مرعبة عن صحة الأمومة وحديثي الولادة والعنف المبني على الجنس. ولاحظت أن 50% من النساء الحوامل لا يحظين بعناية عند الولادة، الأمر الذي يجب أن يحظى برعاية خاصة.

41- قالت السيدة عبيد إنه مع توفر لقاح ضد الفيروس البشري الذي يسبب سرطان عنق الرحم، فإن اللقاح يجب أن يصل إليه الجميع. وأن صندوق الأمم المتحدة للسكان ومنظمة الصحة العالمية واليونيسيف وبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز وشركاء آخرين في التنمية قد حددوا مؤشرات رصد التقدم في توفير خدمات الصحة الجنسية والإنجابية. وشددت على ضرورة تعزيز برامج الصحة الجنسية والإنجابية المخصصة للشباب وأنه يجب توعية زعماء المجتمعات بما في ذلك أعضاء البرلمان من أجل أن يولوا أهمية لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية.

كلمة مديرة المعرفة الفنية والدعم بالرابطة الدولية لتنظيم الأسرة:

إعادة تحديد موقع تنظيم الأسرة في القرن الحادي والعشرين:

42- خلال عرض الدكتورة نونو برينسيس سيميليا، مديرة المعرفة الفنية والدعم بالرابطة الدولية لتنظيم الأسرة. ألقى الضوء على التحديات الراهنة الخاصة بإعادة تحديد موقع تنظيم الأسرة مثل عدم الإنصاف في الوصول إلى الخدمات خاصة بالنسبة للمجموعات المستضعفة من السكان والفقير والمطالب المتنافسة على القطاع الصحي. قد أدى هذا إلى ارتفاع نسبة الاحتياجات غير الملباة للعديد من التدخلات الصحية بما في ذلك الصحة الجنسية والإنجابية/تنظيم الأسرة. مع ذلك، تعد الصحة الجنسية والإنجابية/تنظيم الأسرة وسيلة رئيسية لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية ويشمل ذلك مكافحة الفقر المدقع.

43- لهذا، فإنه من أجل إعادة تحديد موقع الصحة الجنسية والإنجابية/تنظيم الأسرة، نحتاج إلى معالجة الاحتياجات غير الملباة (خاصة السلع) والإدماج والإسراع بالخدمات وتعزيز التنسيق ونظام الرصد والتقييم. ونحتاج إلى الاستجابة لاحتياجات المجموعات المستضعفة والمهمشة من السكان. ومن المهم أيضا أن نتبع نهجا حياتيا متكاملًا نحو التخطيط والسياسة وأدوات التنمية وتعبئة الموارد وتقديم الخدمات الصحية لكل مرحلة من مراحل الحياة في شراكة عالمية مع "التحالف من أجل الحياة". بهذه الطريقة، نضمن شمولية تدخلاتنا حتى تلبي احتياجات الوقاية والعلاج في المرحلة الحياتية المعينة (من الولادة إلى 6 أشهر ومن 6 أشهر إلى 5 سنوات ومن 6 سنوات إلى 12 سنة ومن 13 سنة إلى 19 سنة ومن 20 سنة إلى 35 سنة ومرحلة ما بعد 35 سنة). يجب متابعة ذلك في سياق عقد مبرم بين الأجيال في شتى مراحل الحياة على أن تقدم الخدمات الصحية وخدمات الرفاهية للأخريين حتى "يتحقق مجتمع أفريقي يكون فيه كل طفل مرغوبا فيه ويتمتع فيه كل شخص بصحة جيدة ويتحرر فيه الرجال والنساء والشباب من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز".

44- خلال المناقشات التي تلت ذلك، تم الإقرار بالمقترح الخاص بالمرحلة الحياتية باعتباره يوفر الوسيلة التي يمكن من خلالها تلبية الحاجيات الخاصة لكل مرحلة حياتية بشكل أكثر فعالية.

كلمة الأمين العام لوزارة الصحة في الكاميرون:

الممارسات التقليدية الضارة بالصحة والحقوق الجنسية والإنجابية:

45- في عرضه، تطرق البروفيسور أنجوافو إلى "الممارسات التقليدية الضارة التي تشكل خطورة على بقاءنا وتنميتنا أيضا". أشار إلى العديد من أنواع الممارسات الضارة التي تمتد جذورها في ثقافتنا وتقاليدنا ومواقف الرجال والنساء من الجنس والسلوك الجنسي وأدوار الذكور والإناث.

46- حث على "بذل الجهود للتعليم والتشريع حول قضايا نوع الجنس والأسرة حيث أن ذلك كفاح قاري يهدف إلى التغلب على عواقب هذه الممارسات التقليدية الضارة". اقترح الحاجة إلى إشراك العديد من أصحاب الشأن مثل الزعماء التقليديين وأصحاب الرأي في الكفاح للتغلب على الممارسات التقليدية الضارة. حث أيضا على إعادة شحذ العقل الأفريقي لإعمال حقوق الصحة لجميع الأطفال خاصة البنات واعتبر ذلك شرطا أساسيا لإنقاذنا وتنميتنا وبقائنا.

- 47- في الختام، اقترح تبنى نهج شامل في تفعيل الأبحاث وتشجيع التعاون الوزاري والقطاعي البيئي من أجل القضاء على الممارسات التقليدية الضارة.
- 48- في النقاش الذي تلي ذلك، أشاد المشاركون بالمقدم وأكدوا على الحاجة إلى القضاء على الممارسات الضارة في سياق إطار قاري لسياسة الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية بالإضافة إلى خطة العمل قيد البحث.

سادسا- بحث خطة العمل لتفعيل الإطار القاري لسياسة الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية:

- 49- قدمت هذا البند إلى الوزراء المحامية بيانس جاواناس، مفوضية الشؤون الاجتماعية للاتحاد الأفريقي. تحدثت عن خلفية خطة العمل مشيرة إلى أن هدفها هو تفعيل الإطار القاري لسياسة الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية المعتمد في جابوروني، بوتسوانا في يناير 2006 في الخرطوم من قبل رؤساء الدول والحكومات.
- 50- لاحظت أن الخطة كانت مقدمة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية في نصها الكامل كما حددها برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية لسنة 1994 بالأخذ في الاعتبار المراحل الحياتية. وتتضمن هذه العناصر للصحة والحقوق الجنسية والإنجابية الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين والعناية الآمنة بالأمومة وحديثي الولادة والعناية عند الإجهاض والتخطيط العائلي ومحاربة الإصابات المنقولة عن طريق الجنس والتحكم فيها بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والوقاية من العقم والتحكم فيه والوقاية من سرطانات الجهاز الإنجابي ومعالجة هموم منتصف الحياة بالنسبة للأولاد والبنات والرجال والنساء وتنمية الصحة والحد من العنف المبني على الجنس والاتصال الشخصي وتقديم الاستشارة وتعليم الصحة.
- 51- لاحظت المفوضة كذلك أن الخطة واسعة ومرنة على وجه الخصوص مما يمكن من اعتمادها على المستوى القطري. إنها تتحدث عن مجموعة من الأعمال ولكنها لا تحد من إمكانية البلدان ولا تفرض على تلك التي لديها استراتيجيات أن تبدأ من جديد. بل إنها تشجع جميع البلدان على استعراض خططها بالمقارنة مع خطة العمل لتحديد الثغرات والمجالات التي يمكن تحسينها.
- 52- تم أجازت بعد ذلك في الحديث عن الأساس النظري والاستراتيجيات العملية الرئيسية والآثار المالية، ملاحظة أن ما مجموعه 16 مليار دولار لا بد منها لتغطية فترة الأربع سنوات التي تنتهي في 2010.
- 53- فيما يخص السكان المستهدفين، أشارت المفوضة إلى أنه بما أن الصحة الإنجابية تشمل كافة مراحل الحياة بالنسبة للأفراد من الصغر حتى الكبر، فإن خدمات الصحة الجنسية والإنجابية يجب أن تتوفر لكل من يحتاجها. ويجب التركيز على الرجال والنساء في سن الإنجاب وحديثي الولادة

والشباب والسكان القرويين والمنتقلين والعاشرين للحدود والمشردين والمجموعات الأخرى المهمشة . بعد ذلك ، أُلقت الضوء على العمل الاستراتيجي الرئيسي وعلى المؤشرات الواردة في الخطة كما وردت في المصنوفة.

- 54- خلال المناقشات التي تلت ذلك، أشارت وفود إلى ضرورة تضمين مؤشرات التأثير وكذلك الحديث عن الحد من الفقر في الجزء الخاص بالمقدمة. كما تمت إثارة قضايا المساواة وإشراك المجتمع والثقافة والدين بما أنها تؤثر على الصحة الجنسية. كما كانت هناك مقترحات بتضمين الذكور وإشراك وزارات الصحة في حل النزاعات. وقدم عدد من التعليقات بشأن النتائج والأعمال الاستراتيجية والمؤشرات في خطة العمل. ومن بين هذه التعليقات اعتبارات أمان الدماء وتعزيز العفاف وضرورة الاحتفال بيوم للأومومة الأمنة والشباب الأمان وتوفير خدمات الاستشارة والاختبار الطوعيين وإنشاء لجان وطنية وإقليمية خاصة بأمن سلع الصحة الإنجابية.
- 55- بعد ذلك تم اعتماد خطة عمل مابوتو لتفعيل الإطار القاري للصحة والحقوق الجنسية والإنجابية بإضافة هذه التعديلات.

سابعا- مناقشة عامة حول شدة تعرض الشباب والبنات لفيروس نقص المناعة

البشرية/الإيدز

- 56- ترأست المناقشة العامة حول شدة تعرض الشباب والبنات لفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز البروفيسورة شيلا تلو، وزيرة الصحة لجمهورية بوتسوانا ورئيسة هيئة مكتب مؤتمر وزراء الصحة للاتحاد الأفريقي. في مقدمتها، شددت على الانشغال السائد بشأن الشباب وضعفهم. بعد ذلك، دعت المحاضرين إلى تقديم عروضهم.
- 57- تحدثت الدكتورة عائدة ليومبو، نائبة وزير الصحة في موزمبيق عن تأنيث فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز مع التركيز على موزمبيق. وأشارت إلى أن الشباب ما بين 15-24 سنة هن أكثر عرضة للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية من 2-5 مرات. وأنه من العوامل المسؤولة الفقر وضعف مكانة المرأة الاجتماعية والاقتصادية ونقص المعلومات والتعليم الضعيف والزواج المبكر والمعايير الاجتماعية المتعلقة بالجنس خارج الزواج وعدم القدرة على التفاوض والجنس التجاري والتعرض للأمراض المنقولة عن طريق الجنس والعنف المنزلي والجنسي ووضع اللاجئين والمشردين. ومن بين التوصيات التي قدمتها لمعالجة ضعف الشباب إيجاد استراتيجية شاملة للحد من الفقر وخاصة بالنسبة للمجموعات المستضعفة وتعميم سياسات المساواة بين الجنسين ورفع مستوى الوصول إلى التعليم والفرص الأخرى ونشر الوعي وإشراك الرجال وتكثيف الإعلام والتعليم والاتصالات وخدمات الاستشارة والاختبار الطوعيين وتعليم الأقران وتنفيذ التدخلات التي تستهدف الشباب والوقاية من انتقال الإيدز من الأم إلى الطفل

وإدماج فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في الأنظمة الصحية الوطنية واعتماد استراتيجيات للبحث بشأنه.

-58

أبلغت المفوضة أنجيلا ميلو ، المقررة الخاصة عن حقوق المرأة مؤتمر وزراء الصحة بأن بروتوكول حقوق الإنسان وحقوق المرأة قد تمت المصادقة عليه من قبل 21 بلدا. ولذلك على البلدان اعتماده في قوانينها وتعزيز الحقوق المنصوص عليها في البروتوكول. إن الحقوق الصحية والإنجابية من حقوق المرأة ويجب أن تمنح إياها وأن يكون للنساء الحق في الاختيار وألا يتم تمييزهن. وأن تغييرا في العقلية مطلوب للتمكن من تنفيذ خطة العمل. ذكرت الحاضرين بالعناصر الأساسية لإعلان القاهرة لسنة 1994 في المؤتمر العالمي للسكان والبيئة وضرورة تنفيذ الالتزامات. ينبغي على البلدان أن تعتمد سياسة الإطار بما في ذلك التشريع وصياغة برامج ذات أولوية.

-59

قدمت السيدة دياخومبا جاساما من مديرية المرأة ونوع الجنس والتنمية عرضا حول إنهاء الضعف الكبير للشابات والفتيات إزاء إصابات فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في أفريقيا: حملة قارية للاتحاد الأفريقي، وشكرت حكومة موزمبيق وزملائها من إدارة الشؤون الاجتماعية لإعطائها الفرصة لمخاطبة مؤتمر وزراء الصحة. شرحت بعد ذلك أن إدارتها تركز على الشابات والفتيات لأن نسبة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية لديهن أعلى بست مرات أحيانا من نسبة إصابة الذكور بسبب العلاقات الجنسية المبكرة مع الرجال الكبار وهو ما يسمى بالجنس العابر للأجيال. وشرحت كيف بدأت مديريةية المساواة الجنسية، بدءا من استشارة خبرة عقدت في أديس أبابا، بالانهمك في عملية يشترك فيها الاتحاد الأفريقي مع شركائه، ومنهم خدمات السكان الدولية، في إنشاء حركة اجتماعية عبر القارة هدفها معالجة الموضوع قيد البحث. أبلغت الاجتماع بأن هناك خططا لإطلاق الحملة قبل نهاية السنة. وخلال إيجازها، لخصت عروضها للسيد جون بيرمان من خدمات السكان الدولية وجوي نجوزي أيزيلو من جماعة عون النساء الذين لم يتمكنوا من حضور الاجتماع. تناولت مداخلتها فهم شدة تعرض الشابات والفتيات والتدخلات الهادفة إلى وقف الجنس العابر للأجيال والعنف الجنسي والمبني على الجنس.

-60

لاحظت بعد ذلك أن القمة الخاصة في مابوتو كانت فرصة ليس لإبلاغ الوزراء عن مبادرة الدعوة القارية فحسب وإنما فرصة كبيرة لبحث الترابط بين موضوع وصول الجميع إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وموضوع الضعف الكبير للشابات والفتيات إزاء الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في أفريقيا. واختتمت بالتشديد على أن إطار السياسة القارية وخطة عملها وبروتوكول حقوق الإنسان وحقوق المرأة تدعو جميعها وزراء الصحة والخبراء والوفود إلى المساعدة في عملية التكامل والمساهمة العاجلة والفاعلة وفي الوقت المناسب في الإسراع بمكافحة

- فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وتفعيل وصول الجميع إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية للشبان والشابات.
- 61- خلال النقاش الذي تلي ذلك، تمت إثارة النقاط الرئيسية التالية:
- يشكل الجنس العابر للأجيال مشكلة جدية ويجب النظر إليه على نحو جدي.
 - توجيه نداء إلى جهاز الأمم المتحدة المكلف بالشابات ومن أجل دعم الحملة القارية للاتحاد الأفريقي بخصوص الضعف الكبير للشابات والفتيات إزاء فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.
 - يحتاج ضحايا الزواج المبكر إلى المساعدة النفسية والمادية.
 - يدفع الجهل والفقر بقوة إلى سوء المعاملة. وبالتالي يجب أن تعالج التدخلات الفقر.
 - تم التأكيد على ضرورة العودة إلى الممارسات التقليدية التي تقلل من ضعف الشابات والفتيات.
 - يجب توفير القدوة للخطوات البديلة الناجحة للفتيات اللاتي يردن التقدم.
 - تم التشديد على أهمية البحوث العملية.
 - على إثر حملات للتوعية، اكتسبت الفتيات في بعض البلدان الثقة للتفاوض من أجل استخدام العازل الذكري.
 - ضرورة معالجة التحديات الأخرى التي تواجه الشابات المتعلمات والناعبة من بيئات عائلية معيارية.

ثامنا - مناقشة إيجاز عن مؤتمر باماكو لأنفلونزا الطيور الواسعة الانتشار من 28

نوفمبر - 1 ديسمبر 2006:

- 62- بالنظر إلى أن هذا المؤتمر هام جدا وسيرحب بمشاركة وزراء الصحة، فقد انتهزت مفوضية الاتحاد الأفريقي الفرصة التي توفرها الدورة الخاصة لتقديم إيجاز للوزراء. قدم الإيجاز ممثل المكتب الأفريقي للثروة الحيوانية الموجود مقره في نيروبي. قدم الممثل وصفا عن النوع الفرعي الأول لأنفلونزا الطيور H5N1 الذي يسبب المرض لدى الإنسان. وأشار إلى أن أفريقيا معرضة بشدة لخطر أنفلونزا الطيور. فقد سجلت خمسة بلدان أفريقية حتى الآن وجود حالات من أنفلونزا الطيور قبل ظهور الوباء الآسيوي ولكنها كانت حالات من سلالات مختلفة. وتأثرت ثماني بلدان أفريقية بما فيها مصر ونيجيريا بـ 1401 إصابة في 2006 حتى نهاية أغسطس 2006. وكانت هناك 15 حالة إصابة إنسانية و6 وفيات. ويعتبر الخطر الأكبر هو

- ظهور طفرة جينية تتسبب في الإصابة من إنسان إلى آخر. وقال إن هناك تأثيرات ستحدث إذا حصلت هذه الإمكانية.
- 63- إن هناك مظاهر إكلينيكية في الطيور يمكن أن تؤدي إلى الشبه في وجود فيروس أنفلونزا الطيور بها. إن المراقبة الوبائية عنصر أساسي من تدابير المراقبة بما في ذلك تطوير اللقاح.
- 64- تمت برمجة مؤتمر عن أنفلونزا الطيور في باماكو من 6-8 ديسمبر 2006 تنظمه مفوضية الاتحاد الأفريقي. وهناك مؤتمر تحضيرى أعد من خلال التعاون الدولي لصياغة خطة عمل واستراتيجية. وترتكز خطة العمل الأفريقية على المبادئ الوبائية. إنها خطة عمل تتكون من 3 سنوات تعطي التدخلات الوطنية والإقليمية والدولية و3 قطاعات للتدخل تشمل الصحة الحيوانية والصحة البشرية والاتصالات والتنسيق. إن الهدف الرئيسي لمؤتمر ديسمبر هو ترجمة المقررات إلى عمل. لقد أطلق الاتحاد الأفريقي موقع ويب عنوانه www.avianinfluenzaconference4.org
- 65- في النقاشات التي تلت ذلك، تم اقتراح أن تصيغ أفريقيا خطة موحدة وتبعث برسائل واضحة. وتم التعبير عن دعم التخطيط والتحضير في أفريقيا. قدم عرض بتقاسم مجموعة تنمية الجنوب الأفريقي لخطة مع جميع الحاضرين. وتم التعبير عن الانشغال بشأن ضعف الاتصال حول أنفلونزا الطيور. وتم طرح سؤال بشأن كيفية وصول البلدان إلى "تاميفلو" إذا دعت الضرورة.

تاسعا- ما يستجد من أعمال:

أ) رسائل دعم من الشركاء في التنمية

- (1) الدكتور فرانسيسكو سونجامي، مدير الشراكة لصحة الأمومة وحديثي الولادة والأطفال:
- 66- في كلمته، شكر الدكتور سونجامي مفوضية الاتحاد الأفريقي لدعوة الشراكة لصحة الأمومة وحديثي الولادة والأطفال للحضور. حذر من أن عاملتي الصحة يتعرضون لضغوطات متزايدة من المسؤولين في السلطة من أجل القيام بتدابير مثل الإجهاض في الوقت الذي لا يحصل فيه المواطنون العاديون على مثل تلك الخدمات. وبالتالي طالب بإعادة بحث السياسات الموجودة في البلدان الأفريقية.

(2) السيدة جوي فومافي، مساعدة المدير العام لمنظمة الصحة العالمية:

- 67- شكرت مساعدة المدير العام لمنظمة الصحة العالمية الاتحاد الأفريقي على تنظيم هذه الدورة الخاصة. واستطردت أن دور الشركاء في التنمية هو توفير أدوات لتفعيل الالتزامات على أساس التوجيهات السياسية. وأوضحت أن الأمم المتحدة قد بدأت عملية مواءمة البرامج بين مختلف الوكالات ونصحت البنك الدولي ومنظمات المجتمع المدني بفعل الشيء ذاته تحت

نفس المظلة. واختتمت بالتأكيد على ضرورة مناقشة كيفية توفير الدعم المنسق.

(3) **السيدة فامابا، مديرة أفريقيا في صندوق الأمم المتحدة للسكان:**
-68 شكرت ممثلة صندوق الأمم المتحدة للسكان الدول الأعضاء على اعتماد خطة العمل لإطار السياسة القارية حول الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية والاتحاد الأفريقي على قيادة تلك العملية. ويجب أن يكون ذلك متبوعاً بالتنفيذ لأن الأمر يتعلق بحياة الناس. أكدت من جديد التزام صندوق الأمم المتحدة للسكان بالعمل مع الشركاء الآخرين في التنمية من أجل مواءمة وتنسيق الدعم. ولاحظت الارتباط بين فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والصحة والحقوق الجنسية والإنجابية وأكدت على أن صندوق الأمم المتحدة للسكان سيعمل مع الشركاء في التنمية من أجل دعم التكامل.

(4) **السيد تيودروس ميليس، مدير المكتب الإقليمي لأفريقيا للاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة:**
-69 أثنى مدير المكتب الإقليمي لأفريقيا للاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة على الاتحاد الأفريقي لقيادة تنظيم الدورة الخاصة بالتعاون مع الشركاء في التنمية. كما شكر الشركاء الآخرين بما في ذلك مؤسسة هيوليت على تقديم الدعم. وذكر بأن الدورة هي ختام الأنشطة التي تم القيام بها على مدى سنة. وأشار إلى المؤسسات المتعددة والمشاريع التي تبعثر الجهود الوطنية ودعا إلى المواءمة. واختتم بالتعهد أن يحترم الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة الجهود الوطنية.

(5) **الدكتور خاما روجو، ممثل البنك الدولي بالإنابة عن الشركاء في التنمية:**
-70 عبر ممثل البنك الدولي عن شكره لمنظمي الدورة الخاصة نيابة عن الشركاء في التنمية. نصح بأن يتناول استكمال خطة العمل بحث حجم الطلب على الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية وأصحاب المصلحة الثلاثين (العام والخاص والجماعي) وكذلك مسألة تعددية القطاعات في الصحة الجنسية والإنجابية وليس فقط وزارة الصحة. وبالنسبة لطريق المضي قدماً، شدد على الاستعجال في العمل من أجل تنفيذ الأهداف الإنمائية للألفية وتعبئة الموارد والمحاسبة على النتائج لأن الناس تموت بسبب الإهمال من طرف عمال الصحة ذوي المعنويات المنخفضة. ويجب ألا يظل التنسيق الجيد والتعبئة والتكامل مجرد شعارات وخاصة أنها أمور لا تتطلب الكثير من الموارد. ويجب الإسراع في صرف الأموال وفي الأخير، كرر دعم البنك الدولي.

(ب) ملاحظات الدول الأعضاء:**(1) معالي وزير الصحة في ليبيريا:**

71- بعد شكر الاتحاد الأفريقي على تنظيم المؤتمر، أوصى وزير الصحة في ليبيريا بمناقشة مسائل الصحة الجنسية والإنجابية على المستويات الوطنية بإشراك الوزارات الأخرى والبرلمانات. وذلك لأن هذا الموضوع سياسي وثقافي في الوقت ذاته. وطالب بعقد دورة خاصة أخرى تشرك الحكومات المحلية ليرفع الموضوع إلى أعلى المستويات.

(2) معالي وزيرة الصحة في موريشيوس:

72- دعم وزير الصحة في موريشيوس المقترح الذي قدمه زميله في ليبيريا وشدد على مسؤولية الأبوين منذ الولادة. ودعا إلى نبذ العادات التقليدية الضارة وهو موضوع يتم إهماله من أجل البقاء في السلطة السياسية. واختتم بمطالبة الحاضرين بنبذ العادات الضارة وتعزيز العادات الحميدة.

(3) معالي وزيرة الصحة في جنوب أفريقيا:

73- ركزت وزيرة الصحة في جنوب أفريقيا على مؤتمر الفدرالية الدولية للمصابين بمرض السكري الذي سيعقد في جنوب أفريقيا من 3-7 ديسمبر 2006. وشرحت أن مهمة الفدرالية هي الوقاية من الداء السكري الذي يمر بصمت ولكنه قاتل. وقالت إنه يجب تخصيص دورة لأفريقيا حيث يتقاسم المشاركون المعلومات ويساهموا في إصدار إعلان. ودعت الدول الأعضاء إلى المشاركة.

(4) معالي وزير الصحة في ليسوتو:

74- تحدث وزير صحة ليسوتو نيابة عن وزراء الصحة في مجموعة تنمية الجنوب الأفريقي الذين اجتمعوا مؤخرا لمناقشة وضع السل المقاوم للعقارات المتعددة في المنطقة. تبادلوا التجارب والتحديات حول هذا السل الذي يوجد في جنوب أفريقيا والأحرى أن يوجد أيضا في بلدان أخرى من مجموعة تنمية الجنوب الأفريقي. تشمل التحديات الرئيسية عدم اختراع أدوية جديدة للسل خلال العقود الأخيرة، ومقاومة السل للعقارات من الصنفين الأول والثاني قد تجبر على العودة إلى الأدوية القديمة التي لها تأثيرات جانبية أكثر وأن المسألة قضية عابرة للحدود ويجب معالجتها. أوصى الوزير بمراقبة أفضل وتحسين مكافحة المرض وتقاسم التجارب والمعلومات والعمل مع شركات الصيدلة من أجل اختراع عقار جديد ودعوة خبراء السل للاجتماع على نحو عاجل قبل نهاية السنة وعلى الدول الأعضاء ضمان حضور اجتماع منظمة الصحة العالمية المخصص للسل.

(ج) إيجاز لمفوضة الشؤون الاجتماعية في الاتحاد الأفريقي عن الدورة الثالثة لمؤتمر وزراء الصحة للاتحاد الأفريقي:

- 75- ذكرت مفوضة الشؤون الاجتماعية بمقرر وزراء الصحة في 2005 بأن تركز دورة 2007 على موضوع "تعزيز الأنظمة الصحية من أجل العدالة والتنمية". وأعلنت أن الدورة ستعقد في جنوب أفريقيا من 9-13 أبريل 2007 قبل عقد جمعية الصحة العالمية. ستكون مواضيع النقاش، من بين أمور أخرى، خطة إنمائية صحية أفريقية وموضوع الوصول إلى الخدمات الصحية بما في ذلك الحماية الاجتماعية والقضايا الصحية المهملة والطارئة مثل الأمراض غير المعدية والأمراض المعدية مثل شلل الأطفال والملاريا. وبالتالي فالمطلوب مساهمة هيئة مكتب مؤتمر وزراء الصحة وبعض الدول الأعضاء الأخرى.
- 76- اعتذرت المفوضة عن عدم القدرة على إطلاق تقرير وضع حالة السكان في أفريقيا لسنة 2006 كما تم التخطيط لذلك لأن الترجمة إلى جميع لغات الاتحاد الأفريقي ليست جاهزة.

عاشرا- عرض تقرير اجتماع الخبراء:

- 77- قدمت هذا البند السيدة ك. مومباتي من بوتسوانا وهي التي ترأست الاجتماع. ولخصت المداولات بالشكل النظامي بدءا من حفل الافتتاح والمسائل الإجرائية والورقات المقدمة ونقاش المجموعات والكيفية التي تم بها بحث خطة العمل وأوصت الوزراء بالبحث وأخذ العلم بذلك.

حادي عشر- الاختتام:

- 78- ترأس حفل الاختتام السيد ويلفريد ماتشاباي نائب وزيرة الصحة لكينيا والنائب الأول لرئيس مؤتمر الاتحاد الأفريقي لوزراء الصحة. فبعد دعوة الاجتماع للانعقاد، طلب من المحاضرين إلقاء كلماتهم.

كلمة ختامية لوزير الصحة في موزمبيق، معالي الدكتور باولو إفو جاريدو:

- 79- أثنى معالي وزير الصحة في موزمبيق على زملائه للمقرر الذي اعتمده في أكتوبر 2005 بعقد الدورة الخاصة حول وصول الجميع إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية. كما شكر جميع الحاضرين الذين تحملوا عناء السفر إلى مابوتو لحضور الدورة الخاصة ولمساهماتهم في إنجاحها. واختتم كلمته بشكر الجميع على تشريف موزمبيق من خلال قبول عرضها لاستضافة الدورة الخاصة وللحضور والمشاركة النشطة.

كلمة ختامية لرئيسة مؤتمر وزراء الصحة للاتحاد الأفريقي، البروفيسورة شيلا تلو، وزيرة الصحة في بوتسوانا:

80- بعد شكر الوزراء على الاجتماع المثمر، ذكرت البروفيسورة تلو بأن عملية عقد الدورة قد بدأت في جابوروني، بوتسوانا في أكتوبر 2005 خلال الدورة الثانية لمؤتمر وزراء الصحة للاتحاد الأفريقي. وشرحت أن هدف خطة العمل التي تم اعتمادها هو توجيه ومساعدة الدول الأعضاء على تحسين الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية لمجتمعاتها. أوضحت أن الإجهاض يجب ألا يكون طريقة لتنظيم الأسرة. بالإضافة إلى ذلك، لاحظت البروفيسورة تلو أن البلدان تحتاج إلى وثائق تشريعية مخطط لها بشكل جيد لتعزيز حقوق المرأة في الصحة. واختتمت كلمتها بدعوة الدول الأعضاء لضمان أنه بحلول الدورة المقبلة لمؤتمر وزراء الصحة (جنوب أفريقيا 2006)، يكون قد حصل تحسن ملموس على الصحة والحقوق الجنسية.

قرار شكر يلقيه وزير الصحة في الجمهورية العربية الصحراوية الديمقراطية ومقرر مؤتمر وزراء الصحة:

81- نيابة عن الوزراء، عبر معالي وزير الصحة في الجمهورية العربية الصحراوية الديمقراطية عن امتنانه لموزمبيق لاستضافة الدورة الخاصة ولكرم الضيافة الذي حظي به المؤتمر. وذكر أن المشاركين قد عملوا بكفاءة في ظروف ممتازة للخروج بالتوصيات المتضمنة في خطة العمل. كما شكر الأمانة والمترجمين وعاملي الدعم لمساهماتهم. بعد ذلك أثنى على حكومة موزمبيق لمساهمتها في مكافحة نظام الفصل العنصري ولقيادتها لتعزيز التنمية في أفريقيا. أخيراً، شكر الرئيس والوزير الأول ووزير الصحة في موزمبيق على استضافة الدورة الخاصة على نحو ممتاز.

82- بعد قرار الشكر، أعلن معالي وزير الصحة في كينيا اختتام الدورة الخاصة للصحة الجنسية والإنجابية.

AFRICAN UNION
الاتحاد الأفريقي



UNION AFRICAINE
UNIÃO AFRICANA

Addis Ababa, ETHIOPIA P. O. Box 3243 Telephone 251 11 5517700
Website: www.africa-union.org

EX.CL/316 (X)
ANNEX.2

خطة عمل مابوتو حول
تفعيل الإطار القاري لسياسة الحقوق
والصحة الجنسية والإنجابية
2010-2007

-

AFRICAN UNION

الاتحاد الأفريقي



UNION AFRICAINE

UNIÃO AFRICANA

Addis Ababa, ETHIOPIA

P. O. Box 3243

Telephone: 517 700

Fax : 517844

Website : www.africa-union.org

الدورة الخاصة لمؤتمر وزراء الصحة للاتحاد الأفريقي

مابوتو ، موزمبيق ، 18 - 22 سبتمبر 2006

-

SP/MIN/CAMH/5 (I)

الموضوع: "وصول الجميع إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية الشاملة في أفريقيا"

خطة عمل مابوتو حول
تفعيل الإطار القاري لسياسة الحقوق
والصحة الجنسية والإنجابية
2010-2007

-

خطة عمل مابوتو حول
تفعيل الإطار القاري لسياسة الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية
2010-2007

مقدمة:

- 1- إقراراً منها بأنه ليس من المحتمل أن تحقق البلدان الأفريقية الأهداف الإنمائية للألفية بدون تحسينات جوهرية في نظام الصحة الجنسية والإنجابية لشعوبها مما يعتبر ضرورياً لتحقيق الهدف الإنمائي الأول للألفية الرامي إلى الحد من الفقر، اعتمدت الدورة العادية الثانية لمؤتمر وزراء الصحة الأفريقيين في جابوروني، بوتسوانا في أكتوبر 2005 الإطار القاري لسياسة الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية الذي أجازته رؤساء الدول والحكومات في يناير 2006.
- 2- يعالج الإطار القاري لسياسة الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية تحديات الحقوق والصحة الإنجابية التي تواجه أفريقيا ويدعو أيضاً إلى تقوية عنصر القطاع الصحي بزيادة تخصيص الموارد للصحة من أجل تحسين فرص الوصول إلى الخدمات. كما يعالج إدماج مسائل الجنسين في برامج التنمية الاجتماعية والاقتصادية وتأمين سلع الصحة الجنسية والإنجابية. فضلاً عن ذلك، أوصى وزراء الصحة للاتحاد الأفريقي بأن تكون الصحة الجنسية والإنجابية في مقدمة الأولويات الست للقطاع الصحي. ووفقاً لهذه التوصية الوزارية، كررت نتائج القمة العالمية المنعقدة في نيويورك في سبتمبر 2005 الحاجة إلى تحقيق وصول الجميع إلى الخدمات بما في ذلك خدمات الرعاية الصحية الإنجابية.
- 3- دعا وزراء الصحة للاتحاد الأفريقي أيضاً إلى عقد دورة خاصة لمناقشة المسائل المرتبطة بتحسين الصحة الجنسية والإنجابية ووضع خطة عمل ملموسة ومقدرة التكلفة لتنفيذ الإطار. وقد اعتمدت قمة رؤساء الدول والحكومات في الخرطوم في يناير 2006 هذا المقرر.
- 4- شدد إعلان جابوروني حول خارطة الطريق نحو تحقيق وصول الجميع إلى العلاج والرعاية والوقاية، من بين أمور أخرى، على ضرورة وضع نظام متكامل لتوفير الرعاية الصحية وفقاً لصفة صحية أساسية وإعداد خطة تنمية صحية مقدرة التكلفة.
- 5- تسعى خطة عمل مابوتو هذه حول تفعيل الإطار القاري لسياسة الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية إلى التعجيل بتحقيق القارة هدف وصول الجميع إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية في أفريقيا بحلول 2015. وهي عبارة أيضاً عن خطة قصيرة الأمد تمتد إلى عام 2010 وتقوم على

- مجالات عمل تسعة: إدماج خدمات الصحة الجنسية والإنجابية في الرعاية الصحية الأولية؛ إعادة تحديد موقع تنظيم الأسرة؛ الخدمات المواتية للشباب؛ الإجهاض غير الآمن؛ الأمومة الآمنة وذات النوعية؛ تعبئة الموارد؛ تأمين السلع والمراقبة والتقييم. وتستند الخطة إلى الصحة الجنسية والإنجابية بكامل سياقها كما حددتها خطة عمل 1994 للمؤتمر الدولي حول السكان مع الأخذ في الاعتبار نهج دورة الحياة. وتشمل هذه العناصر المراهقين، الأمومة الآمنة ورعاية الرضع؛ رعاية الإجهاض¹؛ تنظيم الأسرة؛ منع وإدارة الإصابات المنقولة عن طريق الجنس بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز؛ منع وإدارة العقم؛ منع وإدارة أنواع سرطان النظام الإنجابي؛ معالجة اهتمامات منتصف الحياة للبنين والبنات والرجال والنساء؛ صحة وتنمية النساء بما في ذلك الحد من العنف القائم على نوع الجنس؛ الاتصالات الشخصية والمشورة والتربية الصحية. تستخلص الخطة الدروس من أفضل الممارسات والتدخلات فعالة التكلفة وتستجيب للتعرض للخطر بجميع أشكاله والتفاوت بين الجنسين والحياة في الأرياف والشباب والمجموعات المستضعفة الخاصة مثل المشردين والمهاجرين واللاجئين. وتقر بأهمية خلق بيئة مواتية وتمكين المجتمع والنساء ودور الرجل.
- 7- بينما تقر بالحاجة إلى التأكيد على الصحة الجنسية والإنجابية، تقر الخطة أيضاً بأن هذا يجب أن يستند إلى نظام صحي فعال وموارد مالية وبشرية كافية وأن تدخلات الصحة الجنسية والإنجابية سوف تتعثر ما لم يتم حل هذه الأزمة. وعليه، من الضروري تعبئة الموارد الداخلية لدعم برامج الصحة بما في ذلك الوفاء بالتزام أبوجا 2001 بزيادة تخصيص الموارد لقطاع الصحة بنسبة 15% من الميزانية الوطنية.
- 8- إدراكاً للظروف المتميزة لكل بلد، فإن الخطة واسعة ومرنة بصفة خاصة وذلك للسماح بتكييفها على المستوى القطري. وتوفر مجموعة أساسية من التدابير غير أنها لا تعقد عمل البلدان ولا تجبر تلك التي لديها استراتيجيات أن تبدأ من جديد وإنما تشجع جميع البلدان على مراجعة خططها مقارنة بخطة العمل هذه لتحديد الفجوات والمجالات التي تحتاج إلى تحسين. وفي نفس الوقت، وبالرغم من أنها تركز على العمل القطري، فإن الخطة تدخل الأدوار في ميادين ثمانية للعمل الذي يتعين أن يقوم به الاتحاد الأفريقي والمجموعات الاقتصادية الإقليمية والشركاء القاريون والدوليون. وتقر

¹ يشمل الإجهاض كما ورد في الفقرة 25-8 من خطة عمل المؤتمر الدولي حول السكان، الحيلولة دون الإجهاض وإدارة آثاره والإجهاض الآمن حيث لا يعتبر الإجهاض مخالفة للقانون.

9- كذلك بدور المجتمع المدني والقطاع الخاص في إطار البرامج الوطنية. وتتضمن مؤشرات لمراقبة التقدم المحرز على هذه المستويات المختلفة. إضافة إلى الإطار القاري لسياسة الصحة الجنسية والإنجابية، تقر الخطة بل تستند إلى إعلان جابوروني حول خارطة الطريق لوصول الجميع إلى الوقاية والعلاج والرعاية والتزام برازافيل بالتعجيل بوصول الجميع ونداء أبوجا للعمل المعجل من أجل تحقيق وصول الجميع إلى خدمات الأمراض المنقولة عن طريق الجنس وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والسل والملاريا في أفريقيا.

المبررات:

10- إن ظروف الصحة الإنجابية مدمرة بالنسبة للقارة الأفريقية: فهناك 25 مليون أفريقيًا مصابًا بفيروس نقص المناعة البشرية، 12 مليون يتيم جراء الوفيات المرتبطة بالإيدز، مليونًا حالة وفاة جراء الإيدز سنويًا، وتتأثر النساء بصورة متزايدة بتأنيث الوباء. وهناك مليون حالة وفاة سنوية للأمهات والرضع وتتعرض امرأة واحدة من بين 16 امرأة أفريقية للوفاة عند الوضع ونسبة مرتفعة من احتياجات تنظيم الأسرة غير الملباة مع النمو السكاني السريع الذي غالباً ما يفوق النمو الاقتصادي ونمو الخدمات الاجتماعية الأساسية (التعليم والصحة) مما يسهم في الحلقة المفرغة للفقر وتردي الصحة. إن معالجة الفقر (الهدف رقم 1 من الأهداف الإنمائية للألفية) ومسائل الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية يكمل بعضهما البعض.

11- واليوم، وبأي مقياس، لا تتوفر فرص الوصول إلى الصحة الإنجابية إلا لثلث الأفريقيين. ولا يمكن لأفريقيا أن تحقق هدف وصول الجميع إلى الصحة الإنجابية ما دامت الاتجاهات الراهنة قائمة والوضع كما هو عليه. إن التحدي كبير ويجب مضاعفة الجهود والتعجيل بتنفيذ البرامج من أجل تحقيق زيادات سريعة في فرص الوصول والتغطية حتى يتحقق الهدف النهائي المتمثل في وصول الجميع إلى الصحة الإنجابية بحلول 2015.

12- يقر التزام برازافيل لشهر مارس 2006 حول التعجيل بتحقيق وصول الجميع، من بين أمور أخرى، بما يلي:

(1) أهمية تشييد بنية تحتية طويلة الأمد وتعزيز الأنظمة وبناء القدرات على جميع المستويات للاستجابة الاستثنائية للأمراض المنقولة عن طريق الجنس وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.

- (2) تعتبر الأدوية الأساسية والسلع الأخرى من حقوق الإنسان. وعليه، يجب أن تكون متوفرة ومعقولة التكلفة بالنسبة لجميع أولئك الذين يحتاجون إليها في أفريقيا.
- 13- يدعو نداء أبوجا للعمل المعجل لتحقيق وصول الجميع إلى الخدمات الخاصة بالأمراض المنقولة عن طريق الجنس وفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز والسل والملاريا في أفريقيا إلى تقوية الأنظمة الصحية وتعزيز خدمات الأمراض المنقولة عن طريق الجنس وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في إطار خدمات الرعاية الصحية الأولية. وقد تم دعم هذا النداء خلال الدورة الخاصة للجمعية العامة للأمم المتحدة حول الأمراض المنقولة عن طريق الجنس وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في عام 2006.
- 14- يتمشى كل ما سلف ذكره مع التوافق الذي تم التوصل إليه خلال المؤتمر الدولي حول السكان والتنمية وذلك قبل عقد مضي ويجدد تأكيد الحاجة العاجلة إلى ضمان تحقيق وصول الجميع.
- 15- يأخذ مشروع خطة العمل في الاعتبار النقص المتزايد في عمال الخدمات الصحية والمخاطر التي تهدد إنتاج وتوفر العقاقير غير المحمية ببراءة الاختراع. وعليه، تم تخصيص قسم كامل لبناء القدرات وقسم آخر لمسألة توفير السلع.

الهدف الرئيسي:

- 16- إن الهدف الرئيسي لخطة عمل مابوتو هو أن تقوم الحكومات الأفريقية والمجتمع المدني والقطاع الخاص وجميع الشركاء في التنمية بتجميع قواها ومضاعفة جهودها حتى تتمكن جميعاً من التنفيذ الفاعل للسياسة القارية بما في ذلك الوصول إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية في جميع الدول الأفريقية بحلول عام 2015.
- 17- الاستراتيجيات الرئيسية لتفعيل إطار السياسة لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية:

- (1) دمج برامج وخدمات الأمراض المنقولة عن طريق الجنس وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والصحة الجنسية والإنجابية بما في ذلك أنواع السرطان الإنجابي من أجل رفع مستوى فاعلية استغلال الموارد والتوصل إلى تكامل متسق للاستراتيجيتين.

- (2) إعادة تجديد موقع تنظيم الأسرة كجزء أساسي لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية في مجال الصحة.
- (3) معالجة احتياجات المراهقين والشباب في مجال الصحة الجنسية والإنجابية كعنصر أساسي في خدمات الصحة الجنسية والإنجابية.
- (4) معالجة مسألة الإجهاد غير الآمن.
- (5) تقديم الخدمات النوعية والمعقولة الثمن لتعزيز الولادة الآمنة وضمان حياة الأطفال وصحة الأمهات وصحة الرضع والأطفال.
- (6) التعاون الأفريقي وتعاون الجنوب – الجنوب لتحقيق أهداف المؤتمر الدولي حول السكان والتنمية والأهداف الإنمائية للألفية في أفريقيا.

- 18- تشمل الاستراتيجية المسائل الشاملة التالية من أجل:
- زيادة المصادر المحلية للصحة والحقوق الجنسية والإنجابية بما في ذلك معالجة أزمة الموارد البشرية.
 - إدماج الرجال كشركاء أساسيين في برامج الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية.
 - اعتماد نهج متعدد القطاعات تجاه الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية.
 - تعزيز مشاركة المجتمع.
 - دعم تأمين سلع خدمات الصحة الجنسية والإنجابية مع التركيز على تنظيم الأسرة ورعاية الولادة والإحالة على المختصين.
 - إجراء بحث تشغيلي من أجل وضع أدوات رصد فاعلة تستند إلى حجة لقياس ما تم إحرازه من تقدم في تنفيذ خطة العمل.
 - إدماج التغذية في برامج الأمراض المنقولة عن طريق الجنس وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والصحة والحقوق الجنسية والإنجابية وخاصة للحوامل والأطفال وذلك بإدماجها في المناهج الدراسية وتعزيز إضفاء الصبغة المؤسسية على الغذاء.
 - إشراك الأسر والمجتمعات.
 - إشراك وزارات الصحة في حل النزاعات.
 - المساواة في توفير الخدمات الريفية والحضرية.
- 19- تعتبر تقديرات التكلفة الواردة في هذه الخطة مطلباً شاملاً لتوفير خدمات نوعية ومعقولة التكلفة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية في القارة وذلك خلال فترة 4 سنوات، 2007-2011. سيتم تمويل خطة العمل هذه أساساً من الموارد المحلية على أن تتم تعبئة بقية الموارد.

الفئات المستهدفة ذات الأولوية:

20- تشمل الصحة الإنجابية مدة حياة الفرد بأكملها من الحمل إلى الشيخوخة. وعليه، فإن خدمات الصحة الإنجابية يجب توفيرها لجميع أولئك الذين يحتاجون إليها على أن يكون التركيز على الرجال والنساء الذين بلغوا سن الإنجاب وكذلك الرضع والشباب بمن فيهم السكان العابرين للحدود والمشردون.

النتائج المتوقعة:

21- يوفر برنامج العمل هذا إطاراً تستلهم به البلدان ولا يحتاج إلى صياغة استراتيجيات جديدة وإنما إدماج عناصر هذه الاستراتيجية في الاستراتيجيات الحالية الأخرى.

تكلفة خطة العمل:

22- تم إعداد تقديرات التكلفة التمهيدية لخطة العمل على أساس تكلفة تقديم

الخدمات المباشرة كمسألة ضرورية من أجل إحراز التقدم في تحقيق وصول الجميع إلى خدمات الصحة الإنجابية بحلول عام 2015 (بما في ذلك تنظيم الأسرة والأمومة الآمنة وصحة الرضع والتدخلات الخاصة بالأمراض المنقولة عن طريق الجنس). يطلب 3.5 بليون دولار أمريكي لخدمات الصحة الإنجابية لأفريقيا في 2007 و16 بليون دولار أمريكي حتى 2010.

23- من المطلوب مراجعة وتحديث تقديرات التكلفة التمهيدية وإدماج المدخلات الإحصائية الوطنية (راجع الملحق). هذه النتائج المؤقتة تتوقف على

التفاصيل الواردة في الملحق. وتكشف النتائج أيضاً أن الوفورات في مجال تدخلات صحة الأمهات والرضع الأخرى هي أعلى بكثير من الزيادة الهامشية في النفقات الخاصة بالانتشار الواسع لتنظيم الأسرة.

24- يجب مراجعة هذه التقديرات وتحديثها على أساس التجربة المكتسبة في

تنفيذ البرامج. غير أن الأهم هو أن تشمل الخطط الوطنية تعريفات مفصلة للتدخلات المناسبة لتلبية الاحتياجات الوطنية للصحة الجنسية والإنجابية وأن تعكس الاستثمارات وتحسن القدرة الوطنية على التنفيذ والمراقبة.

25- بيد أنه يجب الالتزام بمبادئ التحليل الراهن بما في ذلك: أنه يجب أن تكون

الخطط موجهة نحو تحقيق وصول الجميع إلى الصحة الإنجابية بحلول 2015 وزيادة الاستثمار والعمل من أجل تحسين الموارد البشرية للصحة

على أن تشمل هذه الخطط والتقديرات موارد تعزيز النظام الصحي بما في ذلك الاعتمادات المخصصة للمراقبة والإشراف والمهام الصحية الأساسية العامة والعمل المجتمعي ومهام الدعم الضرورية الأخرى علماً بأن هناك حاجة إلى موارد إضافية لمعالجة العناصر التي لم يتم إدخالها (مثل

الاستثمارات الرأسمالية) ومزيد من الاستثمار في قطاعات أخرى إلى جانب
الصحة تدعم وتعزز التقدم نحو الأهداف الصحية بما في ذلك الأهداف
الإنمائية للألفية. توضح التقديرات الحالية حجم الجهود المطلوبة وما يجب
القيام به في تعبئة استجابة مناسبة من قبل الحكومات والمانحين والمجتمع
المدنى والقطاع الخاص.

برنامج عمل تنفيذ الإطار القاري لسياسة الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية

مؤشرات مراقبة التقدم	الأعمال الاستراتيجية	النتائج
		1- إدماج خدمات فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والأمراض المنقولة عن طريق الجنس المدمجة في الرعاية الصحية الأولية
1-1-1 (ب) البلدان التي تم فيها دمج وثائق السياسة والخطط الوطنية والصحة الجنسية والإنجابية وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والملاريا.	1-1-1 (أ) دمج خدمات الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية في فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والملاريا في وثائق السياسة الرئيسية والخطط	1-1 كسب التأييد/السياسة
1-1-1 (ب) البلدان التي لديها سياسات لضمان الوصول إلى الرعاية والعلاج من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والأمراض المنقولة عن طريق الجنس والملاريا وخيارات العلاج للحوامل والأمهات والأطفال والأسر.	1-1-2 (أ) وضع سياسات وأطر قانونية للوقاية من الأمراض المنقولة عن طريق الجنس/فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز دعماً لتوفير الوقاية الشاملة والملائمة منها ومن الملاريا وخيارات الرعاية والعلاج للجميع بمن فيهم الحوامل والأمهات والأطفال والأسر والأشخاص المصابون بالإيدز.	
1-1-3 (ب) (1) البلدان التي لها استراتيجيات في التعامل مع العنف القائم على الجنس ومع تطوير هذه الاستراتيجيات وتنفيذها.	1-1-3 (أ) وضع و/أو تنفيذ الاستراتيجيات لمعالجة العنف القائم على نوع الجنس بالتعاون مع أصحاب المصالح.	
1-1-3 (ب) (2) وضع القوانين الخاصة بمكافحة العنف القائم على نوع الجنس.	1-1-4 (أ) إدماج جوانب التدريب في المناهج الخاصة بالعنف القائم على الجنس مثل كشف الحالات.	
1-1-4 (ب) عدد البلدان التي لديها برامج لمعالجة الممارسات التقليدية الضارة.	1-1-4 (أ) إجراء الأبحاث وتطوير و/أو تنفيذ استراتيجيات لمعالجة الزواج المبكر والممارسات التقليدية الضارة مثل بتر الأعضاء التناسلية.	
1-1-5 (ب) 1 البلدان التي تجرى تقارير بحوث حول الممارسات التقليدية الضارة وبتر الأعضاء التناسلية.	1-1-5 (أ) إدماج الإدارة الصحية للعنف القائم على نوع الجنس في مناهج التدريب لعمال الصحة وموفري الخدمات القانونية.	
1-1-6 (ب) عدد البلدان التي لها سياسات لضمان الوصول إلى الواقي الذكري خاصة للأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.	1-1-6 (أ) وضع سياسات لتأمين الوصول إلى الواقي الذكري خاصة للأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.	
1-1-7 (ب) (1) البلدان التي قامت بوضع سياسات للمشاركة بين القطاعين العام والخاص حول الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية.	1-1-7 (أ) وضع السياسات التي من شأنها تعزيز إشراك المجتمع المدني والقطاع الخاص في خدمات الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية وتوفيرها في إطار البرامج الوطنية.	
1-1-8 (ب) (2) البلدان التي لها خطط متعددة القطاعات تدعم	1-1-8 (أ) كسب التأييد للجهود القطاعية المتعددة لخلق بيئة داعمة للسياسات	

خدمات الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية.	الوظيفية للحقوق والصحة الجنسية والإنجابية والبرامج الخاصة بذلك.	
1-2-1 (ب) نقاط تقديم الخدمات التي توفر خدمات الأمراض المنقولة عن طريق الجنس وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وخدمات الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية.	1-2-1 (أ) إجراء تقييم شامل للرعاية الصحية ونظم تقديم الخدمات وتقييم الإدارة والبنية التحتية والاحتياجات من الموارد للدمج الفعلي للأمراض المنقولة عن طريق الجنس وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في خدمات الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية.	1-2 بناء القدرات
1-2-2 (ب) قيام مؤسسات التدريب بإدماج الأمراض المنقولة عن طريق الجنس وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والتغذية مع الصحة الجنسية والإنجابية في مناهجها.	1-2-2 (أ) مراجعة مناهج التدريب لموفري الخدمات لدمج خدمات الصحة الجنسية والإنجابية مع خدمات الأمراض المنقولة عن طريق الجنس وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.	
1-2-3 (ب) تدريب موفري الخدمات على إدماج خدمات الأمراض المنقولة عن طريق الجنس وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والملاريا وخدمات الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية.	1-2-3 (أ) توفير التدريب قبل الخدمة وخلالها لموفري الخدمة الصحية في تقديم خدمات الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية والأمراض المنقولة عن طريق الجنس وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والملاريا.	
1-2-4 (ب) قيام نقاط تقديم الخدمات بتقديم خدمات شاملة.	1-2-4 (أ) تبني الإصلاح الهيكلي وإعادة تنظيم خدمات التمويل لضمان التمويين الفاعل للخدمات الشاملة.	
1-2-5 (ب) توفير العاملين الصحيين بالنظر لعدد السكان.	1-2-5 (أ) تطوير خطة موارد بشرية للتدريب لمختلف الإطارات للاستهلاك المحلي: التوزيع والاستخدام والحفاظ على العاملين الصحيين في مختلف المستويات.	
1-3-1 (ب) النسبة المئوية لنقاط تقديم الخدمات (نقاط تقديم الخدمات) التي تقدم الاستشارات الخاصة بالإيدز وفحص الأمراض الجنسية المعدية وتنظيم الأسرة والعناية قبل الوضع والعناية بالأهبات والموليد وتوفير خدمات الرعاية بالسرطان.	1-3-1 (أ) ضمان الوصول إلى الفحص الروتيني للإيدز والاستشارات والاختبار للأمراض الجنسية المعدية وتنظيم الأسرة وخدمات الأمومة والرضع وخدمات الإنجاب والسرطان.	1-3 الخدمات
1-3-2 (ب) النسبة المئوية لنقاط تقديم الخدمات التي تدمج بصورة كاملة الوقاية من الإيدز والإدارة والمعالجة.	1-3-2 (أ) الدمج الشامل للوقاية من الإيدز/الأمراض الجنسية المعدية وإدارتها وعلاجها مع خدمات الصحة الجنسية والإنجابية بما في ذلك الوقاية المزدوجة.	
1-3-3 (ب) النسبة المئوية لنقاط تقديم الخدمات في مجالات الأمراض الجنسية والمعدية والوقاية التي تأتي عقب الإصابة وخدمات التعليم والاتصال لضحايا العنف القائم على نوع الجنس.	1-3-3 (أ) ضمان الوصول إلى الخدمات التي تعالج العنف القائم على نوع الجنس بما في ذلك إدارة الاستغلال الجنسي والموانع الطارئة وما بعد التعرض للأمراض المنقولة عن طريق الجنس وفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز بطريقة متكاملة ومنسقة.	
1-3-4 (ب) انتشار عدم الإنجاب.	1-3-4 (أ) ضمان دمج خدمات الوقاية وإدارة العقم.	
1-3-5 (ب) توفير المعلومات بصورة واسعة عن دمج خدمات الأمراض المنقولة عن طريق الجنس وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والحقوق والصحة الجنسية والإنجابية.	1-3-5 (أ) توفير معلومات مناسبة خاصة بدمج خدمات الأمراض المنقولة عن طريق الجنس وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية.	

1-3-6(ب) تغطية خدمات الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية في مناطق المجموعات المستهدفة.	1-3-6(أ) توفير الخدمات الخاصة باحتياجات الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية لجميع الأشخاص بما في ذلك المجموعات المستضعفة والسكان الرحل وخاصة النساء المهاجرات والمشردين والأشخاص الذين يعيشون في أوضاع النزاعات.	
1-3-7(ب) النسبة المئوية من الرجال الذين لديهم موقف مؤيد للحقوق والصحة الجنسية والإنجابية (تنظيم الأسرة والولادة عن طريق المساعدة).	1-3-7(أ) تطوير وتنفيذ برامج لضمان الشراكة بدعم من الرجال وتضمينهم في خدمات الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية.	
1-3-8(ب) قيام نسبة من نقاط توفير الخدمات بالفحص والخدمات الإدارية للمرضى بالسرطان فيما يتعلق بالنظام الإنجابي من قبل الرجال والنساء.	1-3-8(أ) تقديم الفحص والخدمات الإدارية للمرضى بالسرطان فيما يتعلق بالنظام الإنجابي.	
1-3-9(ب) قيام نسبة من نقاط توفير الخدمات بمعالجة اهتمامات الرجال والنساء.	1-3-9(أ) توفير الخدمات لإدارة اهتمامات منتصف الحياة للرجال والنساء وسن اليأس.	
1-3-10(ب) (1) تحديد قلة الوزن وفق الفئة العمرية. 1-3-10(ب) (2) تحديد معدلات فقر الدم في الحمل.	1-3-10(أ) دمج التثقيف التغذوي وبرامج التغذية مع الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والتدريب.	
1-3-11(ب) نقاط توفير الخدمات التي لديها مرافق لفحص الدم.	1-3-11(أ) تطوير وتنفيذ استراتيجيات لضمان تأمين الدم.	
2-1-1(ب) إحصائيات لتغطية الصحة الجنسية والإنجابية.	2-1-1(أ) بناء قدرات الهياكل المجتمعية وشبكات التحويل لضمان استمرار خدمات الأمراض المنقولة بالجنس وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في نقاط توفير الخدمات للحقوق والصحة الجنسية والإنجابية.	2- تعزيز الخدمات المجتمعية للأمراض المنقولة بالجنس وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والحقوق والصحة الجنسية والإنجابية.
2-1-2(ب) بلدان دمجت الأمراض المنقولة بالجنس وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في توفير خدمات الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية.	2-1-2(أ) بناء قدرة كل فئات نقاط توفير الخدمات للحقوق والصحة الجنسية والإنجابية (بما فيها الممرضات والدايات والموزعين المجتمعيين) لتسهيل الإدماج الفاعل لتوفير خدمات الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية.	
2-1-3(ب) (2) نقاط توفير الخدمات لها شراكات مع المجتمع.	2-1-3(أ) بناء القدرة وتمكين المجتمعات من الاشتراك الفاعل مع نقاط توفير خدمات الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية والأمراض المنقولة بالجنس وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز لتعزيز الاستجابة الاجتماعية.	
2-1-4(ب) (1) بلدان لديها استراتيجية تغيير سلوك شاملة. 2-1-4(ب) (2) نسبة مئوية من المعرفة بدمج الصحة الجنسية والإنجابية مع الأمراض المنقولة عن طريق الجنس وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والملاريا والتطعيم.	2-1-4(أ) تطوير وتنفيذ استراتيجيات تغيير السلوك لتثقيف المجتمع وتعبئته بشأن الترقية الصحية والاستفادة من دمج الصحة الجنسية والإنجابية مع الأمراض المنقولة بالجنس وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والملاريا والتطعيم.	

		3- إعادة تحديد موقع تنظيم الأسرة باعتبارها استراتيجية رئيسية لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية.
1-1-2 (ب) نسبة من ميزانية الصحة الجنسية والإنجابية لتنظيم الأسرة.	1-1-3 (أ) تعبئة الإرادة السياسية والقيادة لتقديم خدمات تنظيم الأسرة ذات الجودة.	1-3 كسب التأييد والسياسة
1-2-2 (ب) تشريعات وبروتوكولات وخطوط توجيهية مؤيدة لتنظيم الأسرة.	2-1-2 (أ) تطوير و/أو تنفيذ سياسات/تشريع وثقافات منسجمة مع نوع الجنس للتأمين على وصول الجميع لخدمات تنظيم الأسرة ذات الجودة.	
1-2-2 (ب) بلدان ذات هياكل وظيفية لتقديم خدمات تنظيم الأسرة.	1-2-2 (أ) تطوير أو تنفيذ الهياكل والنظم لزيادة الوصول لتنظيم الأسرة.	2-2 بناء القدرات
2-2-2 (ب) نسبة من عمال الصحة المدربين على تنظيم الأسرة.	2-2-2 (أ) تدريب مقدمي خدمة الرعاية الصحية من أجل تقديم إطار شامل من خدمات تنظيم الأسرة..	
1-3-2 (ب) مستويات المعرفة بتنظيم الأسرة بين الرجال والنساء.	1-3-2 (أ) تطوير معلومات مناسبة عن تنظيم الأسرة والثقافة لتعزيز المعرفة بتنظيم الأسرة في الفئات السكانية المستهدفة.	2-3 تقديم الخدمات
1-2-3-2 (ب) نسبة من نقاط توفير الخدمات التي تقدم خدمات تنظيم الأسرة.	2-3-2 (أ) تطوير نظم لزيادة التغطية لخدمات تنظيم الأسرة تشمل توزيع قائم على خدمة المجتمع ونماذج بديلة لتقديم الخدمات.	
2-2-3-2 (ب) (1) معدل انتشار موانع الحمل.	3-3-2 (أ) إدماج وتوفير تنظيم الأسرة كعنصر لصفقة خدمات صحة	
3-2-3-2 (ب) (2) الحماية السنوية للأزواج.	3-3-2 (أ) إدماج وتوفير تنظيم الأسرة كعنصر لصفقة خدمات صحة	
4-2-3-2 (ب) (3) حاجة تنظيم الأسرة غير الملباة.	3-3-2 (أ) إدماج وتوفير تنظيم الأسرة كعنصر لصفقة خدمات صحة	
4-2-3-2 (ب) (4) النسبة المئوية للزبائن الذين يحصلون على خدمات تنظيم الأسرة عبر الآليات القائمة على خدمة المجتمع والنماذج البديلة.	3-3-2 (أ) إدماج وتوفير تنظيم الأسرة كعنصر لصفقة خدمات صحة	
		3- وضع خدمات الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية المواتية للشباب كاستراتيجية أساسية لتمكين الشباب والتنمية والرفاهية.
1-1-3 (ب) عدد البلدان التي قامت بوضع سياسات لدعم خدمات الصحة الجنسية والإنجابية للشباب.	1-1-3 (أ) تعزيز التنفيذ و/أو الدفاع عن السياسات التي تدعم تقديم خدمات الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية لمعالجة احتياجات الشباب.	1-3 كسب التأييد/السياسة
3-1-3 (ب) بلدان تحتفل بيوم خدمات الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية للشباب.	3-1-3 (أ) الاحتفال بيوم لخدمات الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية للشباب.	
1-2-3 (ب) عدد البلدان التي لديها استراتيجيات للمعلومات والتعليم والاتصال الخاص بتعزيز العفاف واستخدام الواقي الذكري.	1-2-3 (أ) تطوير وتنفيذ استراتيجيات إعلام واتصال تدعم كل من العفاف واستخدام الواقي الذكري كاستراتيجيات فعالة للوقاية من الحمل غير المخطط وربط المعلومات بتقديم الخدمات.	2-3 بناء القدرات

2-2-3(ب) بلدان لديها خدمات صحية مناسبة للشباب مندمجة في مناهج التدريب.	2-2-3(أ) بناء قدرات موفري الخدمات وكل مستويات موفري الخدمات لتقديم صفة لرعاية شاملة مناسبة لنوع الجنس وخاصة بالشباب.	
3-2-3(ب) بلدان لها استراتيجيات إعلام وتثقيف واتصال لتعليم الآباء لنقلها للشباب.	3-2-3(أ) تطوير وتنفيذ خدمات استراتيجيات الإعلام والتثقيف والاتصال للآباء والمعلمين للشباب.	
1-3-3(ب) نقاط توفير خدمات مناسبة للشباب ضمن السكان. 2-3-3(ب) نسبة % من الشباب لديهم معرفة عن العفاف واستعمال الواقي الذكري.	1-3-3(أ) تقييم وإنشاء/تعزيز نقاط تقديم خدمات ملائمة للشباب.	3-3 توفير الخدمات
2-3-3(ب)(1) نسبة % من استعمال الواقي الذكري بين الشباب.	2-3-3(أ) دمج توفير خدمات الشباب بما في ذلك ترقية العفاف والمناهج المزدوجة للحماية في الخدمات القائمة.	
3-3-3(ب)(2) معدل الحوامل بين المراهقات. 3-3-3(ب)(3) خصوبة المراهقات كنسبة من مجمل الخصوبة.	3-3-3(أ) تطوير آليات خدمة بديلة للوصول إلى الشباب ويشمل ذلك المناطق النائية وتعليم النظراء والموزعين المجتمعيين لموانع الحمل والتسويق الاجتماعي.	
4-3-3(ب) عمر تعاطي الجنس لأول مرة.	4-3-3(أ) توفير التعليم الجنسي للشباب في داخل وخارج المدارس.	
5-3-3(ب) مستوى إشراك الشباب بما في ذلك المصابين بفيروس الإيدز وكذلك المجتمعات عند تحديد المواقع وتقديم الخدمات التي يحتاجها الشباب.	5-3-3(أ) دعم الإسهام الفعلي للشباب، بما في ذلك المصابين بفيروس الإيدز وتحديد المواقع وتقديم الخدمات التي يحتاجها الشباب.	
		4- خفض حالات الإجهاد غير الأمن
1-1-4(ب) البلدان التي لديها تقارير منشورة عن وضع ونتائج الإجهاد غير الأمن.	1-1-4(أ) تجميع ونشر البيانات حول خطورة آثار الإجهاد غير الأمن.	1-4 كسب التأييد والسياسة
2-1-4(ب) بلدان لها تشريعات وإطار سياسات عن الإجهاد.	2-1-4(أ) وضع السياسات والأطر القانونية للحد من حالات الإجهاد غير الأمن.	
3-1-4(ب) البلدان التي لديها خطط عمل للحد من الإجهاد غير الأمن وحالات الحمل غير المرغوب فيها.	3-1-4(أ) إعداد وتنفيذ خطط العمل الوطنية للحد من آثار حالات الحمل غير المرغوب فيها والإجهاد غير السليم.	
1-2-4(ب) مقدمي الخدمات المدربين على الرعاية بالإجهاد غير الأمن.	1-2-4(أ) تدريب موفري خدمات الرعاية الشاملة لفترة ما بعد الإجهاد غير الأمن حينما تسمح القوانين الوطنية بذلك.	2-4 بناء القدرات

2-2-4(أ) تأهيل وتوفير المعدات للمرافق لخدمات الرعاية الشاملة للإجهاض.	2-2-4(ب) نسبة المرافق التي توفر خدمات الإجهاض الشاملة.
3-4 تقديم الخدمات	1-3-4(أ) توفير خدمات الإجهاض السليم إلى أقصى مدى يسمح به القانون. 1-3-4(ب) (1) المرافق التي تقدم الإجهاض الآمن. 1-3-4(ب) (2) الإجهاض بالمقارنة مع نسبة وفيات الأمهات.
2-3-4(أ) توعية المجتمعات بالخدمات المتاحة للإجهاض الآمن بموجب القوانين الوطنية.	2-3-4(ب) البلدان التي لديها برامج لتوعية المجتمعات حول قضايا الإجهاض.
3-3-4(أ) تدريب موفري خدمات الصحة في منع وإدارة الإجهاض غير الآمن.	3-3-4(ب) البلدان التي لديها أعداد كبيرة من الموفريين المدربين.

5- تقديم خدمات ذات جودة آمنة لبقاء الأمهات والأطفال	
1-5 كسب التأييد	1-1-5(أ) وضع و/أو تطوير خارطة طريق للحد من أمراض وفيات الأمومة والرضع. 2-1-5(أ) الاحتفال بيوم الأمومة الآمنة. 1-1-5(ب) البلدان التي لديها خريطة طريق للحد من أمراض وفيات الأمومة والموليد. 2-1-5(ب) البلدان التي تحتفل بيوم الأمومة الآمنة.
2-5 بناء القدرات	1-2-5(أ) وضع و/أو تنفيذ الاستراتيجيات الوطنية للإنتاج والنشر السريع واستبقاء القابلات على أن يتضمن ذلك إدماج المناهج الدراسية على المستوى الإقليمي واعتمادها. 2-2-5(أ) دمج خدمات الطوارئ والرعاية بالتوليد في مرحلة ما قبل التدريب لموفري الخدمات. 1-2-5(ب) (1) توفير قابلات لكل فئة من السكان. 1-2-5(ب) (2) تغطية الولادة تحت الإشراف. 2-2-5(ب) بلدان لها مناهج دراسية عن مرحلة ما قبل الولادة وتدمج الرعاية الطارئة للتوليد لكل الكوادر.
	3-2-5(أ) تطوير نظم للنقل السريع للنساء اللاتي لديهن تعقيدات في أمراض النساء والولادة وتعزيز نظام تحويل المرضى. 4-2-5(أ) تعزيز إنتاج العاملين ذوي المستوى المتوسط. 5-2-5(أ) تبادل العاملين بين دول الجنوب. 3-2-5(ب) بلدان لها نظام تحويل وظيفي من المجتمع إلى المرافق الصحية.
3-5 الخدمات	1-3-5(أ) تصعيد خدمات الأمومة الآمنة بواسطة تنفيذ خارطة الطريق للحد من أمراض وفيات الأمومة والرضع. 2-3-5(أ) رفع مستوى خدمات رعاية الرضع بما في ذلك إنشاء خدمات الرعاية المكثفة بالرضع في وحدات الولادة. 3-3-5(أ) زيادة خدمات المحافظة على حياة الطفل (توسيع برامج التحصين والإمهاة). 4-2-5(ب) العاملين ذوي المستوى المتوسط بالنظر لعدد السكان. 5-2-5(ب) البلدان التي تتبادل العاملين. 1-3-5(ب) (1) معدل وفيات الأمومة. 1-3-5(ب) (2) معدل وفيات الرضع. 1-3-5(ب) (3) عدد الخدمات لكل 500ر000 نسمة، وتوفير نقاط العمليات الطارئة. 2-3-5(ب) (2) معدل وفيات الرضع.
	3-3-5(ب) (1) مدى تغطية التحصين حتى عمر عام واحد.

3-3-5(ب) (2) مدى انتشار الأطفال قليلي الوزن.	بالفم) والبدائية المبكرة للرضاعة وتدخلات التغذية الأخرى المناسبة في الأسبوع الأول.	
4-3-5(ب) (1) مدى توفر بروتوكولات الإدارة المتكاملة لإصابة الأطفال. 4-3-5(ب) (2) معدل وفيات الأطفال. 4-3-5(ب) (3) نسبة وفيات U-5.	4-3-5(أ) اعتماد إدارة متكاملة لأمراض الطفولة.	
4-3-5(ب) (1) نسبة مواقع الرعاية الطارئة للتوليد بخدمة كافية من الدم الآمن.	4-3-5(أ) تطوير آلية لتوفير خدمات نقل الدم الآمنة.	
5-3-5(ب) (1) معدل انتشار الإصابات بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز بين المواليد الجدد. 5-3-5(ب) (2) نسبة حالات الملاريا التي تمت إدارتها خلال 24 ساعة.	5-3-5(أ) إدماج الأمراض المنقولة عن طريق الجنس ومرض نقص المناعة البشرية/الإيدز والملاريا وخدمات التغذية في خدمات رعاية التوليد.	
		6- زيادة الموارد للحقوق والصحة الجنسية والإنجابية.
1-1-6(ب) # البلدان التي خصصت 15% من مجمل ميزانياتها للصحة. 1-1-6(ب) البلدان التي أدمجت الصحة الجنسية والإنجابية في الأوراق الاستراتيجية للحد من الفقر وخطط التنمية.	1-1-6(أ) تنفيذ إعلان رؤساء الدول في أبوجا حول مخصصات الميزانيات الوطنية للصحة وتخصيص نسبة 15% من مجمل الميزانيات الوطنية ونسبة مقدره للحقوق والصحة الجنسية والإنجابية.	1-6 كسب التأييد والسياسة.
2-1-6(ب) (1) بلدان لديها خدمات الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية في الأوراق الاستراتيجية للحد من الفقر وخطط التنمية الوطنية الأخرى. 2-1-6(ب) (2) تخصيص نسبة % من ميزانيات الصحة الوطنية للحقوق والصحة الجنسية والإنجابية.	2-1-6(أ) كسب التأييد لأولويات الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية في الأوراق الاستراتيجية للحد من الفقر وخطط التنمية الوطنية الأخرى.	
3-1-6(ب) تخصيص نسبة مئوية من ميزانيات الصحة الوطنية للتبرع بها من المانحين وشركاء التنمية.	3-1-6(أ) كسب التأييد لزيادة الدعم لبرامج الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية من قبل المانحين وشركاء التنمية.	
2-6(ب) (1) الشراكات المكونة مع كل قطاع.	2-6(أ) تنمية شراكات مع المؤسسات المحلية والدولية والقطاع الخاص والمنظمات غير الحكومية والمجتمع المدني للدعم الفني والمالي ودعم تنفيذ خطة العمل.	2-6 بناء القدرات.
2-6(ب) (2) عدد البلدان التي لديها حسابات وطنية حديثة.	2-6(أ) إضفاء صبغة مؤسسية على حسابات الصحة الوطنية.	
3-2-6(ب) كوادر موظفين لكل فئة 100,000 نسمة.	3-2-6(أ) تطوير وتنفيذ استراتيجية موارد بشرية لتوجيه وتدريب ونشر عمال النظام الصحي والاحتفاظ بهم.	
		7- استراتيجيات تأمين سلع الصحة الجنسية والإنجابية لكل عناصر الصحة الجنسية والإنجابية.
1-1-7(ب) البلدان التي لديها خطط لتأمين سلع الصحة الإنجابية.	1-1-7(أ) تطوير استراتيجيات وطنية/إقليمية وخطط عمل للاستقرار وشراء وتوزيع سلع الصحة الإنجابية.	1-7 كسب التأييد
2-1-7(ب) بلدان/أقاليم لها لجان وطنية وإقليمية لتأمين السلع الإنجابية. 3-1-7(ب) استراتيجية إقليمية ووطنية وخطط عمل قائمة لتأمين السلع الإنجابية الوطنية والإقليمية.	2-1-7(أ) إنشاء لجنة وطنية و/أو إقليمية لتأمين السلع الإنجابية. 3-1-7(أ) تطوير استراتيجية وخطط عمل لتأمين السلع الإنجابية الوطنية والإقليمية إذا أمكن.	

7-1-4(أ) مراجعة قوائم الأدوية لتشمل سلع الصحة الإنجابية 7-1-5(أ) إنشاء خط ميزانية لتأمين سلع الصحة الإنجابية.	7-1-4(ب) (1) بلدان لها سلع صحة إنجابية ضرورية في قائمة الأدوية الضرورية. 7-1-5(ب) (2) تخصيص نسبة مئوية من الميزانية لتأمين سلع الصحة الإنجابية. 7-1-5(ب) (3) بلدان لها خط ميزانية لتأمين سلع الصحة الإنجابية.
7-1-2(أ) تطوير وتنفيذ نظام الإدارة اللوجستية لتأمين سلع الصحة الإنجابية. 7-2-2(أ) تدريب العاملين في تأمين سلع الصحة الإنجابية.	7-1-2(ب) بلدان تحتفظ بإحصائيات عن مخزون وتدفق السلع وتطورها يتم تحديثها باستمرار. 7-2-2(ب) بلدان تعاني من قلة المخزون.
7-2-3(أ) وضع أنظمة فعالة لإدارة السلع لمجموعة كاملة من السلع.	7-2-3(ب) عدد البلدان التي لديها أنظمة إدارة السلع.
7-2-4(أ) بناء القدرة على الشراء بالجملة من خلال جمع طلبات الشراء على المستويين الوطني والإقليمي. 7-2-5(أ) التدريب على إدارة السلع.	7-1-4(ب) عدد البلدان التي لديها أنظمة متكاملة للشراء والإمداد. 7-2-4(ب) عدد الأشخاص المدربين في أنظمة الإدارة اللوجستية. 7-2-5(ب) عدد الأشخاص المدربين على أنظمة الإدارة اللوجستية.

8- المراقبة والتقييم والتنسيق للآليات وخطة عمل.	
8-1 كسب التأييد/السياسة	8-1-1(أ) الدعوة لتخصيص الموارد الوطنية لإجراء التعدادات السكانية المنتظمة والمسح الصحي الديموغرافي والمراجعات السنوية لوفيات الأمهات.
8-2 بناء القدرات	8-1-2(أ) إنشاء نظام مراقبة وتتبع قاري لتحليل ونشر البيانات المستلمة على المستوى الوطني.
8-3 جمع البيانات والاستفادة منها	8-1-3(أ) وضع مؤسسات للرصد والتقييم على مستوى الإدارة العامة وعلى مستوى المنظمات غير الحكومية وتخصيص موارد بشرية ومالية كافية لدعمها.
	8-2-3(أ) جمع وتحليل ونشر أدنى حد من المعلومات المطلوبة على المستوى الوطني لقاعدة البيانات القارية.
	8-3-3(أ) دعم تفعيل الأبحاث التشغيلية التي تستند إلى الأدلة.
	8-3-4(أ) التعاون مع الأمم المتحدة والوكالات المانحة في دمج نظم جمع البيانات للتأكيد على الانسجام.
	8-3-5(أ) وضع آليات تنسيق لرصد وتقييم تخصيص الفاعل للموارد وتطبيق القوانين.
	8-3-6(أ) إضفاء صبغة مؤسسية على تبادل واقتسام أفضل الممارسات بما في ذلك التبادل
	8-1-1(ب) بلدان تقوم دورياً بإجراء تعدادات سكانية منتظمة ومسح صحي ديموغرافي ومراجعات سنوية لوفيات الأمهات.
	8-1-2(ب) آلية وقاعدة بيانات قاربتان قائمة لمراقبة خطة العمل.
	8-1-3(ب) عدد البلدان التي لديها آليات رصد وتقييم مؤسسية.
	8-2-3(ب) عدد البلدان التي توفر المعلومات المتاحة عبر قاعدة البيانات القارية في الوقت المطلوب.
	8-3-3(ب) بلدان تستفيد من الأبحاث التشغيلية في خطتها.
	8-3-4(ب) نظام جمع معلومات منسجم وقائم.
	8-3-5(ب) مقدرة البلدان على مراقبة وتقييم تخصيص الموارد وتطبيق القوانين.
	8-3-6(ب) (1) مؤسسات في شركات استراتيجية رسمية للتبادل الفني.

الفني بين دول الجنوب.	6-3-8(ب)2 إنشاء وصيانة برنامج إلكتروني لتبادل أفضل الممارسات.
7-3-8(أ) تطوير و/أو تنفيذ هيكل تنسيق وإشراف وآلية تنفيذ للحقوق والصحة الجنسية والإنجابية على المستويين الإقليمي والوطني.	7-3-8(ب)1 بلدان لديها هيكل وآلية قائمة للتنسيق الوظيفي. 7-3-8(ب)2 إنشاء هيكل وآلية تنسيق وظيفي على المستوى الإقليمي.

دور أصحاب الشأن:**(أ) الاتحاد الأفريقي:**

26- يلعب الاتحاد الأفريقي، ضمن أشياء أخرى، دوراً في كسب التأييد وفي جمع الموارد والمراقبة والتقييم ونشر أفضل الممارسات ومواءمة السياسات والاستراتيجيات.

(ب) المجموعات الاقتصادية الإقليمية:

27- تقدم المجموعات الاقتصادية الإقليمية، ضمن أشياء أخرى، الدعم الفني للدول الأعضاء ويشمل ذلك التدريب في مجال الصحة الإنجابية وكسب التأييد لزيادة الموارد للصحة الجنسية والإنجابية ومواءمة تنفيذ خطط العمل الوطنية ومراقبة التقدم وتحديد وتبادل أفضل الممارسات.

(ج) الدول الأعضاء:

28- تعتمد الدول الأعضاء وتنفذ خطة العمل لتفعيل الإطار القاري لسياسة الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية. وتقوم أيضاً بكسب التأييد، تعبئة الموارد، توفير الاعتمادات لإظهار الملكية والمراقبة والتقييم. وتدعو المجتمع المدني والقطاع الخاص إلى المشاركة في البرامج الوطنية.

(د) الشركاء:

29- وفقاً لمبدأ باريس، تقوم المنظمات الثنائية والمتعددة الأطراف ومنظمات المجتمع المدني الدولية والوطنية والشركاء الآخرون في التنمية بمواءمة خططها للمساعدة والتعاون الفني والمالي مع الاحتياجات والأولويات الوطنية والإقليمية لتنفيذ خطة العمل.

الخلاصة:

30- على قادة أفريقيا واجب مدني للاستجابة لاحتياجات وحقوق شعوبهم من الصحة الجنسية والإنجابية. وخطة العمل هذه دليل واضح على التزامهم بتعزيز الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية في أفريقيا.

ملحق:

منهجية ونتائج تكلفة خدمات الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية:

- 1- تشمل مبادئ هذه التقديرات للتكلفة المتوقع بأن: تضم الخطط لتحقيق وصول الجميع إلى الصحة الإنجابية بحلول 2015 ويجب زيادة الاستثمار والعمل لتحسين الموارد البشرية للصحة وتشمل مثل هذه الخطط والتقديرات الموارد لتعزيز النظام الصحي بما في ذلك تخصيص الموارد للمراقبة والإشراف ومهام الصحة العامة الأساسية وعمل المجتمع ومهام الدعم الضرورية الأخرى. وسوف تكون هناك حاجة إلى موارد إضافية لمعالجة العناصر التي لم يتم إدخالها (مثل الاستثمارات الرأسمالية) كما يجب زيادة الاستثمار في القطاعات الأخرى إلى جانب الصحة والتي تدعم وتعزز إحراز التقدم نحو تحقيق الأهداف الصحية بما في ذلك تلك التي وردت في الأهداف الإنمائية للألفية.
- 2- أجريت التقديرات باستخدام المعلومات المتاحة على المستوى الوطني واستجمعت في شكل إجماليات إقليمية. تعكس هذه التكاليف متطلبات الخدمة المباشرة لتصل إلى أهداف التغطية الموجهة نحو تحقيق أهداف المؤتمر الدولي حول التنمية السكانية والتي تنسجم مع الأهداف الإنمائية للألفية. تقترح هذه التقديرات أن يقوم كل بلد أفريقي بزيادة فرص الوصول إلى صفة ضرورية من خدمات الصحة الإنجابية المتكاملة التي تسد، بحوالي النصف بحلول 2010، الثغرات الحالية بغية تحقيق وصول الجميع بحلول 2015. ويتعين على البلدان التي لديها 40% من التغطية في عام 2006 أن تصبو إلى تحقيق هدف التغطية بنسبة 66% بحلول 2010. والبلدان التي لديها 60% يجب أن تسعى إلى تحقيق 75% والتي عندها 75% يجب أن تسعى إلى تحقيق 85%. بالإضافة إلى ذلك، تم إجراء تعديلات على التكاليف المباشرة الناتجة عن ذلك.
- 3- تشمل هذه التعديلات مضاعفة مرتبات الموظفين الطبيين وشبه الطبيين والمطلوبة لتعزيز الالتزام والاحتفاظ بالموظفين على أن تستكمل بالحوافز الأخرى غير المالية والتشجيع وجودة الخدمة: وهي قضايا تم الاعتراف بها بشكل أفضل خلال مداوالات الاتحاد الأفريقي الحالية وقبلها وكذلك في محافل أخرى. تشمل هذه التعديلات تعديلا بنسبة 37% يتألف من العناصر التالية المضافة إلى التكاليف الإجمالية المباشرة بما في ذلك المرتبات: تعزيز تنظيم الإدارة (تشمل الإدارة المالية) بنسبة 20% وتحسين المراقبة والتقييم وضمان الجودة بنسبة 15% وبناء القدرات للأبحاث الرئيسية والتنمية بنسبة 2%. بالإضافة إلى زيادة عامة بنسبة 67% (موظفي الدعم والكهرباء والصيانة، الخ ..) ومهام الصحة العامة (تشمل توليد مطالب المجتمع) ومتطلبات خدمات

التنظيم. وإجمالاً، فإن هذه الإضافات تعكس الجهود المطلوبة للخدمة المقدمة المباشرة وتطوير النظام الصحي وأنشطة الدعم الرئيسية المتعددة. وتشكل مدخلات الخدمة المباشرة المتعلقة بالمرتب وتوفير العقاقير أقل من صف التقديرات.

4- قدرت تدخلات الوقاية المرتبطة بالصحة الجنسية والإنجابية بتحديد تبادل نشاطات الوقاية التي حددها برنامج الأمم المتحدة المشترك بشأن الإيدز والتي ترتبط بالحقوق والصحة الجنسية والإنجابية. على سبيل المثال، فإن توزيع الواقي الذكري وإدارة الأمراض المنقولة عن طريق الجنس وتبادل المعلومات الشبابية وتدخلات الفئات السكانية الخاصة والنسب الصغيرة من التعرض للأضرار وتدخلات سلامة الدم (في الحالة الأخيرة، تم التقدير بحسب نسبة التحويلات الضرورية لنزيف الأمهات). تعتمد هذه التحليلات على بيانات برنامج الأمم المتحدة بشأن الإيدز وتوفير التقديرات لتدخلات الوقاية المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية والتي ازدادت من 2ر2 إلى 6ر3 بليون دولار أمريكي خلال نفس الفترة. هناك حاجة لموارد إضافية للنسب المتبقية للوقاية والعلاج والرعاية وخدمات الدعم.

5- يوضح جدول الملحق المتطلبات المقدرة لتقديم خدمات الصحة الجنسية والإنجابية والتي جمعت من التحاليل على المستوى الوطني بموجب سيناريو هات: (1) إسقاط المتغيرات المتوسطة لقسم الأمم المتحدة لقياس تدني الخصوبة خلال الأعوام 1997-2010 و(2) مستويات الخصوبة وانتشار موانع الحمل المرتبطة بالإزالة التدريجية للاحتياجات الراهنة لتنظيم الأسرة قبل 2015. إن النتائج الخاصة بهذا السيناريو تتناول زيادة الانتشار المبكر في تسلسل التقدم المحرز.

6- تقترح النتائج أن توفير خدمات الصحة الجنسية والإنجابية لأفريقيا تحت السيناريو هين سيتطلب في عام 2007 نفقات قيمتها 5ر3 بليون دولار أمريكي وتزيد بحوالي 6ر4 بليون بحلول 2010. وسيبلغ إجمالي نفقات الوقاية بشأن الصحة الجنسية والإنجابية/فيروس نقص المناعة البشرية لتقديم الخدمات المباشرة وتنمية النظام الصحي وأنشطة الدعم الضرورية 8ر5، 6ر6 و 4ر7 و 3ر8 بليون دولار أمريكي على التوالي في السنوات من 2007 إلى 2010. ونفقات تنظيم الأسرة تحت سيناريو الاحتياجات غير المعبأة أعلى من إجمالي نفقات التدخلات الأخرى بشأن الصحة الجنسية والإنجابية.

7- تتطابق التقديرات الإجمالية للوقاية من الأمراض المنقولة عن طريق الجنس/فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز مع النفقات المتزايدة للفرد من 03ر6 إلى 14ر8 دولار أمريكي (34 دولار أمريكي للفرد الواحد كما اعترف به الاتحاد الأفريقي كنفقات للصحة) خلال هذه الفترة. بالمقارنة،

تقدر نفقات 2005 المباشرة للصحة الجنسية والإنجابية بحوالي 2 دولار أمريكي للفرد الواحد (بدون استثمارات النظام).
-8 هناك حاجة لمراجعة وتحديث التقديرات لتشتمل المدخلات الإحصائية الوطنية. وهذه نتائج مؤقتة تخضع للتفاصيل أعلاه. وتكشف النتائج أيضا أن الوفورات المحققة في تدخلات صحة الأمهات والرضع والأطفال أعلى بكثير من الزيادة الهامشية في المصروفات على زيادة انتشار تنظيم الأسرة.

الجدول الملحق 1:
الموارد المطلوبة لتوفير الخدمات الإنجابية والصحية المباشرة للأمهات والرضع في أفريقيا (2007-2010)
متغيرات متوسطة وسيناريوهات إسقاطات الاحتياجات التي لم تتم تليينها مع التعديلات وبدونها (بملايين الدولارات الأمريكية)

	2007	2008	2009	2010	2007-2010
متغيرات متوسطة					
نفقات العاملين					
تنظيم الأسرة	29.2	31.5	33.8	36.2	130.6
الرعاية لفترة ما قبل الولادة العادية	281.5	308.2	335.1	362.0	1,286.7
يضاف الأمهات والرضع*	156.0	178.1	198.5	217.8	750.5
الأمراض المنقولة عن طريق الممارسة الجنسية	55.4	61.9	68.5	75.2	261.1
إجمالي العاملين	522.2	579.7	635.9	691.2	2,429.0
نفقات العقاقير/الإمداد					
تنظيم الأسرة	85.5	92.3	99.3	106.5	383.6
الرعاية لفترة ما قبل الولادة والولادة العادية	360.6	381.3	402.0	422.5	1,566.4
يضاف الأمهات والرضع*	216.7	252.3	286.2	319.2	1,074.4
الأمراض المنقولة عن طريق الممارسة الجنسية.	23.6	26.3	29.1	32.0	111.0
إجمالي العقاقير والإمداد	686.3	752.2	816.6	880.2	3,135.4
الإجمالي الكلي للأجور والمرتبات المعدلة	1,730.7	1,911.5	2,088.4	2,262.7	7,993.3
الإجمالي الكلي لنفقات نظام الأجور	3,530.5	3,899.5	4,260.3	4,616.0	16,306.4
الاحتياجات التي لم تتم تليينها					
نفقات العاملين					
تنظيم الأسرة	30.4	33.3	36.3	39.5	139.5
الرعاية لفترة ما قبل الولادة والولادة العادية	279.4	303.5	327.4	350.9	1,261.3
يضاف الأمهات والرضع*	155.0	175.8	194.7	212.2	737.7
الأمراض المنقولة عن طريق الممارسة الجنسية	55.4	61.9	68.5	75.2	261.1
إجمالي العقاقير والإمداد	520.2	574.6	627	677.8	2,399.6
نفقات العقاقير والإمداد					
تنظيم الأسرة	88.3	97.2	106.4	116.0	407.9
الرعاية لفترة ما قبل الولادة والولادة العادية	358.0	375.8	393.1	410.0	1,536.9
يضاف الأمهات والرضع*	215.3	248.9	280.6	310.8	1,055.6
إجمالي العاملين	23.6	26.3	29.1	32.0	111.0
إجمالي العقاقير والإمداد	685.1	748.2	809.2	868.8	3,111.4
الإجمالي الكلي للأجور والمرتبات المعدلة	1,725.6	1,897.4	2,063.2	2,224.4	7,910.7
الإجمالي الكلي لنفقات نظام الأجور	3,520.2	3,870.8	4,208.9	4,537.8	16,137.7
* تشمل التدخلات الإضافية الخاصة بالأمهات والرضع رعاية التوليد الطارئة لظروف الصحة الإضافية للأمهات والرضع.					
** لا تشمل نفقات الواقي الذكري الإضافية للأمراض المنقولة عن طريق الجنس/فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.					
1- تتطابق التقديرات الإجمالية الناجمة عن ذلك للوقاية بشأن الصحة الجنسية والإنجابية والأمراض المنقولة عن طريق الجنس وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز مع نفقات الفرد الواحد التي تزيد عن 6ر03 إلى 14ر08 دولار أمريكي (من 34 دولار أمريكي للفرد الواحد كما يعترف به الاتحاد الأفريقي على أنه مطلوب للصحة) خلال نفس الفترة. وقد أجريت مقارنة في عام 2005، قدرت نفقات الصحة الجنسية والإنجابية بحوالي 2 دولار أمريكي للفرد الواحد. وقد أعد الخبراء تقديرات التكلفة هذه على أساس الافتراضات التي ذكرناها.					

2007

Report of the extraordinary session of the AU conference of ministers of health on sexual and reproductive health in Africa

African Union

African Union

<http://archives.au.int/handle/123456789/4253>

Downloaded from African Union Common Repository