

وضع الأطفال في أفريقيا 2008: استعراض عام

'بقاء الأطفال على قيد الحياة'

أحرز العالم بعض التقدم بشأن بقاء الأطفال على قيد الحياة خلال العقود القليلة الماضية، فخفض عدد الوفيات بين صفوف الأطفال دون سن الخامسة على نطاق العالم إلى أقل من 10 ملايين في عام 2006 لأول مرة في السجلات. ولكن بينما انخفض إجمالي عدد وفيات الأطفال، شهدت إحدى القارات، وهي أفريقيا*، تزايداً في الأعداد منذ السبعينيات. وتعد أفريقيا جنوب الصحراء الآن نصف مجموع وفيات الأطفال دون سن الخامسة ولكنها لا تمثل أكثر من 22 في المائة من عدد مواليد العالم. ويثير هذا التفاوت مزيداً من القلق لما تشهده عدة بلدان في المنطقة من ثبات اتجاهات بقاء الأطفال على قيد الحياة أو انعكاس اتجاهاتها منذ عام 1990. ومن العوائق التي تحد من بقاء وصحة الأطفال والأمهات وتتطلب إجراءات عاجلة ومتضافرة بشأنها: الفقر المدقع والصراع والإيدز وانعدام الأمن الغذائي والكوارث الطبيعية، إضافة إلى انخفاض قدرة النظام الصحي وشح الموارد ومشاكل الإدارة. وما لم يجر التعجيل بإحراز تقدم، فإن أعداد الأطفال الأفريقيين الذين يموتون قبل بلوغ عيد ميلادهم الخامس سيرتفع إلى ما يزيد على الخمسة ملايين تقريباً الذين قضوا نحبهم في عام 2006.

ولإبراز الحاجة الملحة إلى جعل أفريقيا وأطفالها في صميم خطة التنمية الدولية، تنشر اليونيسف الطبعة الأولى من تقرير . ويكمل هذا التقرير والطبعات الإقليمية الأخرى المقبلة تقرير 2008، بتضييق نطاق تركيز التقرير من المنظور العالمي إلى منظور إقليمي إزاء الاتجاهات السائدة بالنسبة لبقاء الطفل وصحته، وتحديد الحلول الممكنة – بواسطة البرامج والسياسات والشراكات – للتعجيل بإحراز التقدم.

ويبدأ التقرير بدراسة حالة بقاء الطفل على قيد الحياة والتقدم المحرز نحو الأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة في كل من المناطق الخمسة بالقارة: الوسط والشرق والشمال والجنوب والغرب الأفريقي. وبالرغم من أن جزءاً كبيراً من التقرير يركز على أفريقيا جنوب الصحراء، فإنه يتطرق أيضاً إلى الوضع في شمال أفريقيا.

ويوجز التقرير خمس أولويات عريضة للتعجيل بإحراز التقدم ثم يحاول دراسة كل من هذه المسائل دراسة متعمقة، موضحة إياها بلوحات جانبية تعطي أمثلة من التجربة الأفريقية. وتتمثل الأولويات التي يناقشها حسب فصوله كالتالي:

- التركيز على البلدان والمجتمعات المحلية التي يبلغ فيها عبء وفيات الأطفال أقصاه في أفريقيا.
- تطبيق الدروس المستفادة والأدلة التي تم جمعها على مدى القرن الماضي.
- تقديم نظام متواصل لرعاية الأمهات والمولود الجدد والأطفال بإعداد مجموعات متكاملة من التدخلات لإيصالها إليهم في المراحل الرئيسية من دورة حياتهم.
- تعزيز الشراكات بين المجتمعات المحلية والنظم الصحية، مع التشديد على النتائج.
- النهوض بإطار الوكالات الدولية المشترك لبقاء الأطفال والأمهات على قيد الحياة وتطوير النظم الصحية الوطنية لتركز على تحقيق النتائج.

التركيز على المجتمعات المحلية والبلدان التي تبلغ فيها وفيات الأطفال أقصاها

تقسم الصحراء القارة الأفريقية من حيث بقاء الأطفال على قيد الحياة كما تقسمها جغرافياً. فبينما تقترب بلدان شمال أفريقيا الخمسة (الجزائر وتونس والجمهورية العربية الليبية ومصر والمغرب) من تحقيق الهدف الرابع من الأهداف الإنمائية للألفية، لن تتمكن إلا حفنة من البلدان الـ 48 الواقعة جنوب الصحراء من بلوغ هذا الهدف. والحقائق صارخة وواضحة في هذا الصدد:

* للاطلاع على تعريف أفريقيا ومناطقها دون الإقليمية، انظر صفحة 9.

- لم تتمكن أفريقيا جنوب الصحراء من خفض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بها بأكثر من 14 في المائة بين عامي 1990 و2006، وستحتاج إلى أن ترفع معدل خفضها السنوي إلى نسبة 10,5 في المائة خلال الفترة 2007-2015 لبلوغ بالهدف الرابع من الأهداف الإنمائية للألفية.
- كما أنّ أفريقيا جنوب الصحراء هي المنطقة الوحيدة التي شهدت ارتفاعا في وفيات الأطفال خلال العقود الأخيرة.
- حققت منطقة وسط أفريقيا أقل قدر من التقدم في الحد من وفيات الأطفال بوجه عام منذ عام 1990، فقد ارتفع المعدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة فيها من 187 وفاة بين كل 1 000 مولود حي في عام 1990 إلى 193 وفاة بين كل 1 000 مولود حي في عام 2006.
- استطاع غرب أفريقيا، بدءا من معدل قدره 215 وفاة بين كل 1 000 مولود حي في 1990، أن يخفض معدل الوفيات بنسبة 15 في المائة إلى 183 وفاة بين كل 1 000 مولود حي في عام 2006. ورغم ذلك، تعدّ هذه المنطقة 2,1 مليون وفاة بين صفوف الأطفال، أي ما يزيد عن 20 في المائة من المجموع الكلي و42 في المائة من المجموع في أفريقيا.
- شهد شرق أفريقيا تقدما مطردا مع انخفاض قدره 28 في المائة في معدل وفيات الأطفال دون الخامسة بين 1990 و2006. ولكنه ما زال يعدّ 1,5 مليونا (30 في المائة) من وفيات الأطفال في أفريقيا.
- في الجنوب الأفريقي ارتفعت معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة بـ 17 في المائة خلال الفترة المذكورة، ويعزى ذلك في معظمه إلى تفشي الإيدز. ولكن أعداد وفيات الأطفال ما زالت تقل كثيرا عنها في المناطق الأخرى، حيث لا تتجاوز نسبتها 8 في المائة من مجموعها بالقارة.
- أحرزت بلدان القرن الأفريقي – لا سيما إثيوبيا وإريتريا – تقدما طيبا فيما يتعلق ببقاء الأطفال على قيد الحياة، مما يخفض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في هذه المنطقة بنسبة 39 في المائة منذ عام 1990. ويمكن تحقيق مزيد من التقدم إذا تمّ التصدي للقضايا الرئيسية، خاصة سوء أحوال تغذية الأطفال دون سن الخامسة الذين يصاب نصفهم على الأقل بقصور متوسط أو شديد في النمو.
- يقل عن ذلك ما أحرزته بلدان الساحل من تقدم، حيث تناقص معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بنسبة 11 في المائة فقط منذ عام 1990. ومن شأن رفع معدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية أن يساهم في تحسين حالة الأطفال من حيث التغذية واحتمالات بقائهم على قيد الحياة، إذ لا تزيد نسبة الأطفال الذين يُقتصر في تغذيتهم على الرضاعة الطبيعية خلال الأشهر الستة الأولى من العمر عن طفل واحد من كل ستة أطفال.

وبالإضافة إلى التقدم الضئيل الذي أحرزته أفريقيا جنوب الصحراء في مجال بقاء الأطفال على قيد الحياة، فهي تتخلف أيضا فيما يتعلق بأهداف الألفية الإنمائية الأخرى المرتبطة بالصحة. وذلك للأسباب التالية:

- عدم كفاية التقدم المحرز صوب القضاء على الفقر المدقع والجوع (الهدف 1 من الأهداف الإنمائية للألفية).
- معدلات مرتفعة للغاية لوفيات الأمهات (الهدف 5 من الأهداف الإنمائية للألفية).
- عدم وقف انتشار فيروس نقص المناعة البشرية (الهدف 6 من الأهداف الإنمائية للألفية).
- عدم إحراز أي تقدم نحو ضمان الاستدامة البيئية من خلال زيادة سبل الحصول على مصادر محسنة لمياه الشرب ومرافق الصرف الصحي (الهدف 7 من الأهداف الإنمائية للألفية).

ويقضي أطفال أفريقيا نحبهم لأسباب غالبا ما يمكن منعها. فأكثر من ثلث وفيات الأطفال تعزى إلى إصابة الأمهات والأطفال بنقص التغذية، وما يقرب من 30 في المائة من الأطفال دون سن الخامسة في المنطقة مصابون بالانخفاض المتوسط أو الشديد في الوزن. ومع الزيادة في خطر الأزمات الغذائية الشديدة نتيجة لارتفاع أسعار المواد الغذائية على الصعيد العالمي، أصبح الوضع الغذائي للأطفال والأمهات مشكلة أكثر إلحاحا بالنسبة لأفريقيا.

تتسبب أمراض الإسهال والالتهاب الرئوي فيما يقرب من 40 في المائة من وفيات الأطفال في أفريقيا. وتعد الملاريا، وهي السبب وراء 18 في المائة من وفيات الأطفال دون سن الخامسة، من الأمراض الأخرى الرئيسية القاتلة للأطفال في هذه المنطقة، إلى جانب الإيدز، وبدرجة أقل، الحصبة. وعلى الرغم من إحراز بعض التقدم منذ عام 1990 في زيادة إمكانيات الحصول على المصادر المحسنة لمياه الشرب في جميع أنحاء أفريقيا، فما زال القصور شديدا في ما يتعلق بتوفير الصرف الصحي. وقد كان عدد الأشخاص الذين يفتقرون إلى سبل الحصول على مصادر محسنة لمياه الشرب ومرافق الصرف الصحي في غرب ووسط أفريقيا في عام 2004 أعلى مما كان عليه في عام 1990.

وعدم إحراز أفريقيا جنوب الصحراء تقدما نحو تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية المرتبطة بالصحة أمر يدعو للقلق. غير أنه قد يتسنى إحراز تقدم أسرع خلال السنوات المقبلة نتيجة لما يتم تحقيقه من مكاسب رئيسية ملحوظة في النواتج وتوفير الخدمات الصحية. ومن بين هذه المكاسب ما يلي:

- إحراز تقدم سريع بالنسبة لبقاء الأطفال على قيد الحياة في عدد من بلدان أفريقيا جنوب الصحراء منذ 1990.
- تحقيق خفض ملحوظ قدره 91 في المائة في وفيات الأطفال بسبب الحصبة بين 2000 و2006.
- الإنجازات التي تم تحقيقها في مجال الوقاية من الملاريا وعلاجها.
- زيادة إمكانيات حصول الأمهات والأطفال المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية على العلاج بالعقاقير المضادة للفيروسات الرجعية.
- تزايد معدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية لمدة تصل إلى ستة أشهر.
- التوسع في توزيع واستعمال المغذيات الدقيقة التكميلية.
- التوافق المتنامي في الآراء بشأن الأطر والاستراتيجيات اللازمة للتعبيل بإحراز تقدم.

وتتباين التحديات التي تواجه كلا من شمال أفريقيا وأفريقيا جنوب الصحراء فيما يتعلق ببقاء الأطفال وصحتهم. فشمال أفريقيا يتوافر به أساس راسخ يمكن الانطلاق منه ليس فقط إلى تحقيق الهدف الرابع من الأهداف الإنمائية للألفية وإنما إلى تجاوزه، خاصة من خلال معالجة التفاوتات الاجتماعية الاقتصادية في توفير الرعاية الصحية.

أما أفريقيا جنوب الصحراء فعليها أن تحدث تحولا جذريا في نظمها الصحية خلال الأعوام المقبلة، مع تحديد أولويات رئيسية كأساس للتغيير. وتشمل هذه الأولويات تحديد أنظمة متواصلة للرعاية عبر الزمان والمكان، وتعزيز النظم الصحية من خلال الشراكات على صعيد المجتمعات المحلية، وتطوير النظم الصحية بحيث تركز على تحقيق النتائج.

توفير نظام متواصل للرعاية عبر الزمان والمكان

يربط النظام المتواصل للرعاية بين مجموعات الرعاية الصحية الخاصة بالأمهات والمواليد الجدد والأطفال بدءا من فترات الحمل والولادة وما بعد الولاية إلى الطفولة والمراهقة، بحيث تستند كل مرحلة على المرحلة السابقة لها. ولا تمتد هذه السلسلة زمنيا فحسب، بل تربط الرعاية على صعيد الأسرة والمجتمع المحلي أيضا بخدمات العيادة الخارجية والتوعية والرعاية داخل المرافق الصحية.

وقد تم تحديد مجموعة من التدخلات الناجعة التي يمكن بها اتقاء معظم الوفيات بين صفوف المواليد الجدد: توفير الرعاية أثناء الولادة على أيدي قابلات مدربات ورعاية المواليد الجدد؛ تقديم الرعاية للرضع في حالات انخفاض الوزن عند الولادة؛ تعزيز النظافة؛ منع انتقال عدوى فيروس نقص المناعة البشرية من الأم للطفل؛ علاج الأطفال المصابين بالإيدز؛ التغذية الملائمة (بما فيها الإرضاع الطبيعي الحصري لمدة ستة أشهر على الأقل)؛ التحصين من الأمراض الستة الرئيسية التي يمكن الوقاية منها عن طريق اللقاحات؛ العلاج بالإمهاة الفموية والتغذية المستمرة لمكافحة أمراض الإسهال؛ المضادات الحيوية لمكافحة الالتهاب الرئوي؛ وتوفير الأدوية والناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية لعلاج الملاريا والوقاية منها.

وقد جرى بنجاح في أفريقيا تعزيز عدد من البرامج التي تعتمد نهجا يقوم على المجموعات الصحية المتكاملة لإيجاد نظم متواصلة للرعاية، كما يشهد بذلك كثير من الأمثلة الواردة أدناه. ويعد البرنامج المعجل لتحقيق بقاء الطفل ونمائه من الجهود الحديثة الواعدة التي نمت بسرعة في غرب ووسط أفريقيا. ويركز هذا البرنامج على ثلاث استراتيجيات في تقديم الخدمات لتشمل المزيد من الأطفال والمواليد الجدد والنساء الحوامل ويوفرها في مجموعات متكاملة تنتم بفعالية للتكلفة. واستنادا إلى بيانات مبدئية قدمتها فرق صحية في غانا، فإن هذا النهج المتكامل - الذي يشمل التحصين، وتغذية الأطفال الصغار والرضع، والإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة، والرعاية في الفترة السابقة للولادة - قد أحدث بالفعل تأثيرا إيجابيا على التغطية بالتحصينات الروتينية وعلى وفيات الأطفال دون سن الخامسة. ويجري توزيع الناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية المدعومة بالتكلفة بالاقتران مع أنشطة التحصين المعزز.

تعزيز الشراكات في المجتمعات المحلية

إن تمكين الأسر والمجتمعات المحلية الأفريقية من المشاركة في صحة وتغذية الأمهات والمواليد الجدد والأطفال طريقة منطقية وعملية للنهوض بتقديم الرعاية - خاصة في البلدان والمجتمعات التي تنقصها خدمات الرعاية الصحية الأولية والخدمات البيئية. وتوفر أفريقيا أمثلة خصبة على برامج مركزة في المجتمعات المحلية تشمل العديد من المجالات المرتبطة بصحة الأمهات والأطفال وبقائهم على قيد الحياة.

- في أنغولا، حددت وزارة الصحة مجموعة ضرورية من خدمات الرعاية الصحية للأمهات والأطفال يجري تقديمها من خلال ثلاث قنوات رئيسية: الشبكة الثابتة لخدمات الصحة العامة؛ وخدمات التوعية والخدمات المتنقلة؛ والأنشطة المركزة في المجتمعات المحلية. ويجري إعداد فئة من الأخصائيين الصحيين على نطاق المجتمع المحلي للترويج لهذه المجموعة وتزويد الأسر بالمساعدة الأساسية.
- حققت مبادرات التغذية المركزة في المجتمعات المحلية المطبقة في إثيوبيا وملاوي وشمال وجنوب السودان بين عامي 2001 و2005 معدلات شفاء تبلغ نسبتها 78 في المائة في أوساط الأطفال المصابين بنقص حاد في التغذية، كما خفضت معدلات الوفيات من 20-39 في المائة إلى 3-4 في المائة فقط.
- وفي غانا، أدى برنامج شامل لإصلاح قطاع المياه بعثته الحكومة في أوائل التسعينيات إلى علاج كامل لنظام كان عاجزا عن الأداء، خاصة في المناطق الريفية. ونقلت مسؤولية إمدادات المياه إلى الحكومات المحلية والمجتمعات الريفية. ونتج عن هذا النهج التشاركي زيادة ملحوظة في التمتع بالمصادر المحسنة للمياه من 55 في المائة في عام 1990 إلى 75 في المائة في عام 2004، وما زالت سبل الوصول لهذه المصادر آخذة في التحسن.
- في عام 2000، بدأت حكومة النيجر في إنشاء 2 000 مركز صحي محلي للتزويد بالمضادات الحيوية وأملاح الإماهة الفموية وغير ذلك من المكونات اللازمة للمجموعة الأساسية للرعاية الصحية. كما تقدم هذه المراكز الرعاية الوقائية، بما فيها المغذيات الدقيقة التكميلية ورصد نمو الأطفال وتوفير الناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية. ويقدم الأخصائيون الصحيون في هذه المراكز المعلومات والمشورة.
- استعانت توغو بما لديها من مرافق وموظفين في تقديم مجموعة متكاملة من التدخلات الخاصة بالرعاية الصحية. وتشمل هذه المجموعة تقديم لقاح الحصبة، ولقاح شلل الأطفال، وناموسية واحدة معالجة بالمبيدات الحشرية، وقرصا واحدا من دواء المبندازول الطارد للديدان لكل طفل، وذلك بهدف الوصول بهذه المجموعات إلى ما نسبته 95 في المائة من الأطفال.

وبالرغم من أن هذه الحالات تصور اتساع نطاق الشراكات المجتمعية القائمة، فلا بدّ من عمل المزيد. وثمة عنصران رئيسيان يمكن أن يساعدا على استمرار الشراكات المجتمعية في أفريقيا ودعمها هما تقديم الدعم النشط للنظم الصحية على نطاق المقاطعات والمناطق، وإدماج البرامج النابعة من المجتمع في السياسات والخطط الحكومية.

تطوير النظم الصحية الوطنية لكي تركز على النتائج

استكمالا للخطوات الكبيرة الرئيسية اللازمة لإيجاد نظم متواصلة للرعاية، ولإرساء الأسس لبناء الشراكات المجتمعية، يجب أن تتخذ إجراءات أخرى لتعزيز النظم الصحية الوطنية في أفريقيا. وينطبق هذا بصفة خاصة على مناطق أفريقيا الواقعة جنوب الصحراء.

وقد برز في الآونة الأخيرة النهج القائم على "تطوير النظم الصحية للتركيز على النتائج" في تقديم الخدمات. ويجمع هذا النهج الجديد بين قوة النهج الانتقائية/الرأسية وبين النهج الشاملة/الأفقية في توفير الرعاية الصحية. وهو يشدد على التوسع في التدخلات والممارسات الشديدة الأثر القائمة على الأدلة في مجالات الصحة والتغذية وفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز والمياه والصرف الصحي، ويبرز أهمية إزالة العوائق في توفير الرعاية الصحية والاستفادة منها على نطاق النظام بأكمله.

الإطار الاستراتيجي لبلوغ الأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة ببقاء الطفل على قيد الحياة في أفريقيا

يكرر 2008 الإطار الاستراتيجي الذي صاغته اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية والبنك الدولي، بدعوة من الاتحاد الأفريقي، لدعم البلدان الأفريقية وغيرها في الحد من وفيات الأمهات والأطفال. ويتناول هذا الإطار العوائق التي تحول دون الإسراع باتخاذ الإجراءات الضرورية لـ 16 بلدا، ويحدد الاستراتيجيات اللازمة

للتغلب على هذه العوائق، ويشدد بقوة على الاستعانة بالأهداف الإنمائية للألفية وغيرها من المؤشرات بوصفها نقاطا مرجعية في تطوير النظم الصحية. ويستدعي هذا الإطار:

- جودة البيانات لكي تهتدي بها السياسات والبرامج.
- التحول إلى الجمع بين التدخلات الخاصة بأمراض معينة والخاصة بالتغذية في مجموعات متكاملة لكفالة إيجاد نظام متواصل للرعاية.
- تعميم صحة وتغذية الأمهات والمواليد الجدد والأطفال في عمليات التخطيط الاستراتيجي على الصعيد الوطني لرفع مستوى النظم الصحية وتعزيزها.
- التصدي لأزمة الموارد البشرية في مجال الرعاية الصحية في أفريقيا جنوب الصحراء، التي تواجه عجزا يتجاوز 850 000 شخصا من العاملين في المجال الصحي.
- النهوض بالنوعية وزيادة التمويل المقدم لتعزيز النظم الصحية واستقراره.
- الالتزام السياسي بالنهج التي توفر نظاما متواصلا للرعاية.
- المواءمة بين برامج الصحة الشاملة والشراقات.

ويبرز هذا الإطار ضرورة إعادة توجيه البرامج من خلال تحديد مجموعات التدخل، وتحديد نقاط مرجعية وأهداف للتغطية وإيصال الخدمة، وتوفير خليط من الخدمات من خلال ثلاث طرق توصيل رئيسية:

- **الخدمات المركزة في المجتمع المحلي وذات التوجه الأسري** التي يمكن لمقدمي الرعاية الصحية والتغذية تقديمها على أساس منتظم، مع إشراف دوري من جانب المهنيين المدربين.
- **الخدمات المنتظمة ذات التوجه السكاني**، بما في ذلك الخدمات المنتظمة التي يقدمها عاملون مدربون أو شبه مدربين في المجال الصحي كمعاوني التمريض أو القابلات وغير هؤلاء من المساعدين الطبيين، سواء من خلال مراكز خدمة المجتمع أو في المنشآت الصحية.
- **الخدمات السريرية الموجهة للأفراد**، أي التدخلات التي تستلزم عاملين صحيين على درجات عالية من المهارة، كالممرضات والقابلات المعتمدات أو الأطباء، وإتاحتها على أساس دائم.

رفع مستوى الخدمات في هذه المجالات الثلاثة يمكن أن يحدث بمرور الوقت تأثيرا ملحوظا في الحد من وفيات الأطفال في هذه المنطقة. ويقدم الإطار الخطوط العريضة لنهج من ثلاث مراحل يقوم على تقديم مجموعة صغرى، ومجموعة موسعة، ومجموعة قصوى من الخدمات. واستنادا إلى هذا النهج، يُعد الاستثمار في بقاء صحة الأطفال والأمهات في أفريقيا جنوب الصحراء عملية معتدلة التكلفة وميسورة التحقيق في آن واحد، وذلك بتوفير مجموعة متكاملة قصوى من التدخلات الضرورية التي تشير التقديرات إلى قدرتها على خفض وفيات الأطفال دون سن الخامسة والأمهات بنحو 60 في المائة بتكلفة قدرها 12-15 دولارا أمريكيا للشخص الواحد، أو 2 500 دولار أمريكي لكل حياة يتم إنقاذها.

الاتحاد من أجل بقاء الأطفال على قيد الحياة في أفريقيا

من دواعي التفاؤل فيما يتعلق بالصراع مع الموت والمرض في هذه القارة التقدم المحرز في الحد من وفيات الأطفال في شمال أفريقيا خلال العقود الأخيرة، والمنجزات الملموسة في عدة بلدان أفريقية واقعة جنوب الصحراء، وسرعة الارتقاء بعدة تدخلات وقائية رئيسية، والإطار الاستراتيجي المشترك بين الوكالات الدولية من أجل بقاء الأطفال في أفريقيا على قيد الحياة. غير أن تحويل الاستبشار إلى أفعال والخطب إلى واقع يقتضي دفعة قوية.

ولا يجب التهوين من شأن التحدي الذي يواجه بقاء الأطفال على قيد الحياة في أفريقيا. وخلاصة القول أن أفريقيا جنوب الصحراء تواجه تحديا غير مسبوق في تحقيق الهدف الرابع من الأهداف الإنمائية للألفية بحلول عام 2015 - وهو خفض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة فيها بنسبة 61 في المائة عما كان عليه في عام 2006 وهو 160 وفاة بين كل 1 000 من المواليد الأحياء. وتبدو الاحتمالات صعبة بصفة خاصة بالنسبة لوسط وجنوب أفريقيا، حيث ارتفعت المعدلات الإجمالية لوفيات الأطفال دون سن الخامسة خلال الأعوام الأخيرة. وفي كلا هاتين المنطقتين تتمثل المهمة في وقف الزيادة في وفيات الأطفال دون سن الخامسة ومن ثم عكس مسارها بالتصدي للعوامل التي تؤثر على البيئة الداعمة - ولا سيما الصراعات الأهلية في وسط أفريقيا ووباء الإيدز في الجنوب الأفريقي. وما لم تحدث

تحسينات سريعة ومستدامة في هذه المجالات، فإن الجهود المبذولة للحد من وفيات الأطفال بزيادة التغطية بالعلاجات الوقائية والشافية من أمراض الطفولة معرضة لخطر الانهيار. أما شرق أفريقيا (بما فيه جيبوتي والسودان) وغرب أفريقيا، فيواجهان مهمة الإضافة إلى ما تحقق من تقدم معتدل في الحد من وفيات الأطفال منذ عام 1990.

تحقيق تحسين سريع في بقاء الأطفال على قيد الحياة ليس بالأمر المستحيل في أفريقيا الواقعة جنوب الصحراء. ذلك أن الأهداف الإنمائية للألفية لم يحلم بها فريق من المثاليين، بل هي نتيجة ما خرج به عدد من كبار ساسة العالم وأخصائيي التنمية والاقتصاديين والعلماء بعد تفكير شديد وحسابات شاقة، وهي تمثل نقطة تركيز للإسراع بعجلة التنمية البشرية في أفريقيا. ويصف 2008 كثيرا من قصص النجاح في مجال صحة الأطفال والأمهات في أفريقيا، التي أمكن تحقيقها بالجمع بين التزام القيادة والاستراتيجيات الرصينة والعمل المتضافر فيما بين الجهات المعنية.

وسوف يتطلب تعزيز بقاء وصحة الأمهات والأطفال في أفريقيا مضاعفة للجهود المبذولة من أجل الارتقاء بالتدخلات الضرورية في مجال الرعاية الصحية الأولية، وإيجاد نظم متواصلة مستدامة للرعاية وتطوير النظم الصحية بحيث تركز على النتائج. كما يستدعي الاستثمار على نطاق واسع في جميع مجالات النظام الصحي – من مستويات المجتمع والأسرة إلى خدمات التوعية والرعاية التي تقدم في المرافق – ولا سيما في البلدان والمجتمعات التي في مؤخرة الركب. ولكي تتحقق الأهداف، يجب أن يصبح بقاء الأمهات والموليد الجدد والأطفال إحدى الحتميات الإقليمية وأن يوضع في صميم جدول الأعمال الدولي لأفريقيا على أرفع المستويات.

إن التحدي يتمثل في نفذ التكاسل وطرح وعود الماضي التي لم يتم الوفاء بها جانباً، والاتحاد في جهودنا المبذولة من أجل بقاء الأمهات والأطفال. فأطفال أفريقيا دون سن الخامسة البالغ عددهم 147 مليوناً يعتمدون علينا في أن نكفل لهم الصحة والنماء. والحاجة ماسة إلى اعتناق الهدف المتمثل في بقاء وصحة الأمهات والأطفال على قيد الحياة في أفريقيا بنشاط متجدد ورؤية ثابتة، سواء لاعتبارات العدالة الاجتماعية أو احتراماً لقدسية الحياة.

المناطق الإقليمية ودون الإقليمية لأفريقيا *

شمال أفريقيا

الجزائر؛ تونس؛ الجماهيرية العربية الليبية؛ مصر؛ المغرب

وسط أفريقيا

تشاد؛ جمهورية أفريقيا الوسطى؛ جمهورية الكونغو الديمقراطية؛ سان تومي وبرينسيبي؛ غابون؛ غينيا الاستوائية؛ الكاميرون؛ الكونغو

شرق أفريقيا

إثيوبيا؛ إريتريا؛ أوغندا؛ بوروندي؛ جزر القمر؛ جمهورية تنزانيا المتحدة؛ جيبوتي؛ رواندا؛ السودان؛ سيشيل؛ الصومال؛ كينيا؛ مدغشقر؛ ملاوي؛ موريشيوس؛ موزامبيق.

الجنوب الأفريقي

أنغولا؛ بوتسوانا؛ جنوب أفريقيا؛ زامبيا؛ زيمبابوي؛ سوازيلند؛ ليسوتو؛ ناميبيا.

غرب أفريقيا

بنن؛ بوركينا فاسو؛ توغو؛ الرأس الأخضر؛ السنغال؛ سيراليون؛ غامبيا؛ غانا؛ غينيا؛ غينيا-بيساو؛ كوت ديفوار؛ ليبيريا؛ مالي؛ موريتانيا؛ النيجر؛ نيجيريا.

القرن الأفريقي

إثيوبيا؛ إريتريا؛ جيبوتي؛ الصومال.

الساحل

بوركينا فاسو؛ تشاد؛ الرأس الأخضر؛ السنغال؛ غامبيا؛ غينيا-بيساو؛ مالي؛ موريتانيا؛ النيجر.

أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى

إثيوبيا؛ إريتريا؛ أنغولا؛ بنن؛ بوتسوانا؛ بوركينا فاسو؛ بوروندي؛ تشاد؛ توغو؛ جزر القمر؛ جمهورية أفريقيا الوسطى؛ جمهورية تنزانيا المتحدة؛ جمهورية الكونغو الديمقراطية؛ جنوب أفريقيا؛ الرأس الأخضر؛ رواندا؛ زامبيا؛ زيمبابوي؛ سان تومي وبرينسيبي؛ السنغال؛ سوازيلند؛ سيراليون؛ سيشيل؛ الصومال؛ غابون؛ غامبيا؛ غانا؛ غينيا؛ غينيا الاستوائية؛ غينيا-بيساو؛

* تم جمع التصنيفين دون الإقليمي والإقليمي لأغراض هذا التقرير وقد لا يتفقان تماما مع التجمعات الإقليمية المعتادة لليونسف.

† المنطقة دون الإقليمية لليونسف إضافة إلى جيبوتي والسودان.

الكاميرون؛ كوت ديفوار؛ الكونغو؛ كينيا؛ ليبيريا؛ ليسوتو؛ مالي؛ مدغشقر؛ ملاوي؛ موريتانيا؛ موزامبيق؛ موريشيوس؛ ناميبيا؛
النيجر؛ نيجيريا.