الأمم المتحدة
مفوضية الاتحاد الأفريقي
المجلس الاقتصادي والاجتماعي
اللجنة الاقتصادية لأفريقيا

الاجتماع الثاني والثلاثون للجنة الخبراء
الخبراء

الاجتماع الثامن للجنة

الاجتماعات السنوية المشتركة السادسة
لمؤتمر اللجنة الاقتصادية لأفريقيا لوزراء المالية
والتخطيط والتنمية الاقتصادية الأفريقيين ومؤتمر
الاتحاد الأفريقي لوزراء الاقتصاد والمالية

أبيدجان ، كوت ديفوار
21 – 24 آذار /مارس 2013

Distr.: General
E/ECA/COE/32/3
AU/CAMEF/EXP/3(VIII)
25 February 2013
Arabic
Original: English

تقرير عن التقدم المحرز
في تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية في أفريقيا في عام 2013

مقدمة

1 - يمثل هذا التقرير أحدث استكمال تقدمه لجنة الأمم المتحدة الاقتصادية لأفريقيا بشأن التقدم الذي أحرزته أفريقيا على صعيد تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية. ويسعى التقرير، بالتأسيس على تقارير السنوات السابقة، إلى تقييم التقدم الذي أحرزته البلدان الأفريقية في عام 2012 في تنفيذ التزاماتها بشأن الأهداف الإنمائية للألفية، بما في ذلك الدعم الذي قدمته أمانة اللجنة الاقتصادية لأفريقيا.

2 - وتتمثل الرسالة المحورية لتقرير هذا العام في أن أفريقيا قد أحرزت تقدماً كبيراً نحو تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية، إلا أن هذا التقدم كان متفاوتاً وبطيئاً للغاية. وفضلاً عن ذلك كان هناك تفاوت كبير في الأداء بين المناطق والبلدان وكذلك بين الغايات والمؤشرات التي تتضمنها الأهداف. ويخلص التقرير إلى أنه مع اقتراب التاريخ النهائي المتفق عليه وهو عام 2015 لا يزال هناك الكثير مما ينبغي القيام به لتسريع وتيرة الأداء وتحسين نوعيته فيما يتعلق بمختلف الأهداف والمؤشرات. ونظراً لأنه لم يتبق سوى عامين على عام 2015، يكتسي هذا التقييم أهمية قصوى لأنه سيساعد البلدان على تحديد الأهداف التي تتطلب تضافر الجهود من أجل تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية.

الهدف 1: القضاء على الفقر المدقع والجوع

3 - لا تسير أفريقيا على الطريق الصحيح في سعيها لخفض معدل الفقر إلى النصف بحلول عام 2015 رغم أن الأرقام الأخيرة تشير إلى إحراز قدر كبير من التقدم في هذا المجال. فنسبة السكان الذين يعملون في تزايد كما أن نقص التغذية في انخفاض، فضلاً عن أن نسبة العاملين الذين يعيشون على أقل من الحد الأدنى لمعيار الفقر وهو 1,25 دولار في اليوم في تناقص هي أيضاً. وبالمثل، هناك انخفاض في نسبة من يمارسون عمالة ذاتية من مجموع العاملين ولعل ذلك يشير إلى حدوث انخفاض في عدد من يمارسون عمالة الكفاف، ويعكس زيادة في الزراعة التجارية، وتسارع وتيرة الهجرة من الريف إلى الحضر. بيد أن أرقام العمالة تخفي وراءها الهشاشة التي تتسم بها هذه الوظائف. ويمكن تحقيق تقدم أكبر من ذلك بكثير إذا بذلت جهود متضافرة لإضافة القيمة إلى المواد الخام بالانخراط في حملة تصنيع نشطة تولد فرص العمل اللائق للقوى العاملة.

الغاية 1 ألف: ''تخفيض نسبة السكان الذين يقل دخلهم اليومي عن 1.25 دولار إلى النصف في الفترة ما بين 1990 و 2015''

المؤشر 1-1: نسبة السكان الذين يقل دخلهم عن 1.25 من دولارات الولايات المتحدة في اليوم

4 - انخفضت معدلات الفقر في أفريقيا إلى أقل من 50 في المائة في عام 2008 (لتصبح 47.5 في المائة) لأول مرة، وكما انخفض أيضاً العدد المطلق للفقراء. بيد أن أفريقيا (باستثناء شمال أفريقيا) لا تسير على الطريق الصحيح نحو تحقيق هذا الهدف. ويخفي انخفاض الفقر وجود فوارق كبيرة بين الجنسين وبين سكان الريف وسكان الحضر تتطلب استجابات سياساتية لمعالجة عدم المساواة. ويقتضي الحفاظ على التقدم المحرز في مجال الحد من الفقر تسريع وتيرة عملية النمو وزيادة شمولها، والاستثمار في الخدمات الاجتماعية والهياكل الأساسية من أجل تحسين الأحوال الصحية للقوى العاملة النشطة وزيادة دخلها وإنتاجها، فضلاً عن دعم الشرائح الضعيفة في المجتمع وخاصة المسنين والمعوقين والأطفال.

الغاية 1 باء: ''توفير العمالة الكاملة والمنتجة والعمل اللائق للجميع، بمن فيهم النساء والشباب''

المؤشر 1- 5: نسبة السكان العاملين إلى عدد السكان

الوظائف المتوفرة للقوى العاملة في أفريقيا آخذة في الازدياد

5 - العمل هو السبيل إلى الخروج من دائرة الفقر. ومنذ عام 1991 تراوحت نسبة عدد العاملين إلى عدد السكان ما بين 50 و60 في المائة في المتوسط وقد أخذت هذه النسبة تزداد في أفريقيا منذ عام 2008 بعد أن بلغت ذروتها في عام 2006. بيد أن هذه الأرقام لا تأخذ في الاعتبار نوعية الوظائف المتاحة للقوى العاملة في أفريقيا. ونظراً لعدم وجود نظم حماية اجتماعية وظيفية في معظم البلدان الأفريقية، ليس لدى معظم العمال من خيار سوى العمل في القطاع غير الرسمي وفي ظروف كثيراً ما لا تستوفي الحد الأدنى من معايير السلامة والصحة المهنية. وفي الواقع، فإن نسبة عدد العاملين إلى عدد السكان تعطي صورة متفائلة أكثر مما ينبغي لمستوى الرفاهية الذي تعيشه القوى العاملة في أفريقيا.

المؤشر 1-6: نسبة السكان العاملين الذين يقل دخلهم عن 1.25 دولار في اليوم

انخفاض معدلات الفقر بين العاملين

6 - في المتوسط، انخفضت نسبة العاملين الذين يعيشون بأقل من 1.25 دولار في اليوم في الفترة ما بين عام 2008 وعام 2010 إلى أقل من مستوى عام 1991 (الأمم المتحدة، 2012). بيد أن معظم الوظائف غير مستقرة، ويشير ارتفاع تكاليف المعيشة والارتفاع الحاد مؤخراً في أسعار المواد الغذائية إلى ضرورة توخي الحذر في تفسير هذا الاتجاه. فقد أفاد تقرير البنك الدولي عن حدوث زيادات حادة في أسعار المواد الغذائية في أفريقيا خلال الربع الثالث من عام 2012.

المؤشر 1- 7: نسبة العاملين لحسابهم الخاص والعاملين من أفراد الأسرة المساهمين في نفقاتها إلى مجموع العاملين

نسبة العاملين لحسابهم الخاص آخذة في الانخفاض

7 - يوفر متوسط حصة العاملين لحسابهم الخاص[1] من مجموع العمالة مؤشراً لفرص كسب الرزق والعمل للحساب الخاص بالنسبة للعاملين. وتشير الأدلة إلى وجود اختلافات واسعة في أداء البلدان فيما يتعلق بهذا المؤشر، تتراوح ما بين نسبة مرتفعة تبلغ حوالي 60 في المائة في إثيوبيا وبوركينا فاسو ومعدلات لا تذكر في جنوب أفريقيا وسوازيلند.بيد أن هذه الأرقام ربما تعكس الانتشار الواسع لزراعة الكفاف ووظائف القطاع غير الرسمي في عدة بلدان أفريقية مقارنة باقتصادات الجنوب الأفريقي التي هي بصورة عامة أكثر تنظيماً.

المؤشر 1-9: نسبة السكان الذين لا يحصلون على الحد الأدنى من السعرات الحرارية

معدل نقص التغذية آخذ في الانخفاض لكن ببطء

[1]- العاملون لحسابهم الخاص هم العاملون، الذين يعملون إما لحسابهم الخاص أو مع شريك أو شركاء آخرين. ويمارسون وظائف من النوع الذي يعرّف بأنه وظائف عمالة ذاتية ولا يستعينون على أي أساس متواصل بأي موظفين للعمل لديهم خلال الفترة المشار إليها.

8 - بالنسبة للبلدان الأفريقية ككل، انخفض معدل انتشار نقص التغذية من 27.3 إلى 22.9 خلال الفترة 1990 – 2010. بيد أن معدل التحسن بطئ جداً (16.1 في المائة) بالمقارنة مع مناطق أخرى في العالم باستثناء أوقيانوسيا (11 في المائة). وكانت أفضل البلدان أداءاً خلال الفترة 1991 – 2011 هي غانا (87.6 في المائة) تليها جيبوتي (70.9 في المائة) ومالي (68.8 في المائة) وسان تومي وبرينسيبي والنيجر (65.9 في المائة). بيد أن معدل انتشار نقص التغذية إزداد سوءاً في عشرة [2] بلدان أفريقية خلال الفترة نفسها (الفاو، 2012).

الهدف 2: تحقيق تعميم التعليم الابتدائي

9 - يؤدي التعليم دوراً حاسماً في التنمية الاقتصادية وأي تقدم يُحرز نحو تحقيق هذا الهدف له تأثير إيجابي على صعيد الأهداف الإنمائية الأخرى. وقد طرأ ارتفاع كبير في معدل القيد بالمدارس الابتدائية على الصعيد العالمي إلا أن ذلك كان أكثر وضوحاً في أفريقيا، باستثناء شمال أفريقيا، حيث ارتفعت معدلات القيد بنسبة تزيد عن الثلثين، إذ زاد عدد المقيدين بالمدارس الابتدائية بمقدار 43 مليون طفل في عام 2010 عن عدد من المقيدين في عام 1999 (الأمم المتحدة 2012). بيد أن الخطوات الكبيرة التي اتخذت لتحسين معدلات القيد بها لم تواكبها تحسينات تتناسب معها في معدلات إتمام الدراسة. ففي حين بلغ المستوى العالمي لمعدلات إتمام الدراسة 90 في المائة، لم تتجاوز هذه النسبة في أفريقيا، باستثناء شمال أفريقيا، 70 في المائة. والمعدلات المنخفضة لإتمام الدراسة تعني أن هناك عدداً أقل من الطلاب المؤهلين للانتقال بنجاح من المرحلة الابتدائية إلى المرحلة الثانوية من التعليم، الأمر الذي يطرح تساؤلات بشأن مستوى جودة التعليم الابتدائي في أفريقيا.

الغاية 2 ألف: كفالة تمكن الأطفال في كل مكان، ذكوراً وإناثاً، من إتمام مرحلة التعليم الابتدائي، بحلول عام 2015.

المؤشر 2-1: صافي نسبة القيد في التعليم الابتدائي

10 - ارتفعت النسبة الإجمالية لصافي المقيدين بالمدارس الابتدائية من 64 في المائة في عام 2000 إلى 87 في المائة في عام 2010 في 29 بلداً أفريقياً (كما تبين أحدث أرقام شعبة الإحصاءات بالأمم المتحدة). وزادت معدلات القيد في أفريقيا، باستثناء شمالها زيادة ملحوظة إذ ارتفعت من 58 في المائة إلى 76 في المائة بين عام 1999 و عام 2010. وهذه الزيادة التي تبلغ 1,5 نقطة مئوية في المعدل السنوي على مدى فترة الاثني عشر عاماً في غاية الأهمية نظراً لارتفاع معدل النمو السكاني في القارة (الأمم المتحدة 2012). وعلى الرغم من أن التقدم المحرز كان إيجابيا في جميع أنحاء القارة، فقد تباينت وتيرة التقدم تبايناً واسعاً فيما بين البلدان. ومما هو جدير بالملاحظة أن النيجر زادت معدل الالتحاق بالمدارس لديها من 53 في المائة إلى 62 في المائة في الفترة من عام 2009 إلى عام 2011 في حين زادت غانا ومالي معدل القيد بالمدارس لديهما من 77 في المائة إلى 84 في المائة ومن 64 في المائة إلى 67 في المائة على التوالي خلال الفترة نفسها (الأمم المتحدة 2012).

المؤشر 2-2: معدلات إتمام المرحلة الابتدائية

11 - لم يواكب التقدم المحرز على صعيد معدلات إتمام الدراسة بهذه المرحلة في أفريقيا التحسن الكبير الذي طرأ على معدل القيد بالمدارس. وكما أورد تقرير الأهداف الإنمائية للألفية لعام 2012، أكمل ما يقرب من 70 في المائة من الأطفال دورة الدراسة بالمرحلة الابتدائية. بيد أن بلدان بعينها

[2]- سوازيلند وجزر القمر وكوت ديفوار وبوروندي وزامبيا ومدغشقر وجمهورية تنزانيا المتحدة وأوغندا وبوركينا فاسو وبوتسوانا.

حققت إنجازات بارزة. فعلى سبيل المثال، زادت غانا معدلات إتمام الدراسة لديها من 86 في المائة إلى 94 في المائة بين عامي 2009 و2011 وزادت إثيوبيا معدلاتها من 55 في المائة إلى 72 في المائة بين عامي 2009 و2010 (الأمم المتحدة 2012).

انخفاض معدلات إتمام الدراسة مشكلة تثير الإنزعاج

12 - يعزى انخفاض معدلات إتمام الدراسة جزئياً إلى تدني نوعية التعليم، بيد أن الفقر والالتحاق بالمدرسة في سن متأخرة يساهمان أيضاً في هذا التدني. ويصل عدد الأطفال الذين يبدأون الدراسة الابتدائية في أفريقيا وهم أكبر بسنتين أو أكثر من العمر الرسمي إلى 40 في المائة. وتبلغ احتمالات توقف هؤلاء الأطفال عن الدراسة عند بلوغ الصف الثالث أربعة أضعاف مقارنة بالأطفال الذين يلتحقون بالمدرسة في عمر مناسب. وبالإضافة إلى ذلك، من الأرجح أن يبدأ الأطفال من الأسر الفقيرة في سن متأخرة، وذلك لأسباب منها بعد المسافة بين المنزل والمدرسة وسوء الأحوال الصحية والتغذوية وعدم وعي الوالدين بأهمية إرسال الأطفال إلى المدرسة في العمر المحدد. ويؤثر الفقر أيضاً تأثيراً سلبيا على معدلات إتمام الدراسة. ففي عام 2006، التحق 97 من كل 100 طفل من الخُمس الأغنى من السكان في أوغندا بالمداس الابتدائية ووصل 80 من هؤلاء الأطفال الـ 97 إلى الصف الأخير. أما في حالة الأطفال من الخُمس الأدنى من السكان، فقد التحق 90 من كل 100 طفل بالمدارس إلا أنه لم يصل إلى الصف الأخير سوى 49 من هؤلاء الأطفال التسعين (اليونسكو 2012).

13 - وقد بُذلت جهود لتحسين معدلات إتمام الدراسة في بعض البلدان الأفريقية. وساعدت نظم الحماية الاجتماعية، وخاصة التحويلات النقدية وبرامج التغذية المدرسية، في زيادة معدلات القيد بالمدارس وإتمام الدراسة. وقد ساعد إدخال التعليم قبل المدرسي في جمهورية تنزانيا المتحدة ونيجيريا على سبيل المثال في الانتقال السلس للتلاميذ إلى صفوف المرحلة الابتدائية بل ساعد في إتمام المرحلة الابتدائية بأكملها وهو الأهم (اليونسكو 2012).

المؤشر 2- 3: معدل الإلمام بالقراءة والكتابة لدى الذكور والإناث الذين تتراوح أعمارهم ما بين 15 و 24 سنة

14 - ظلت معدلات الإلمام بالقراءة والكتابة في أفريقيا، باستثناء شمال أفريقيا، منخفضة (72 في المائة) لكلا الجنسين، إلا أن هذه المعدلات أعلى نسبياً لدى الإناث. ويعكس ضعف مهارات الحساب والإلمام بالقراءة والكتابة بين خريجي المدارس الابتدائية مدى تدني نوعية التعليم . ومن المسلم به بصورة عامة أن اكتساب الأطفال مهارات محو الأمية *الوظيفية* والمهارات الحسابية يستغرق من أربع إلى خمس سنوات من التعليم الجيد في المدارس الابتدائية. بيد أن التحليل الأخير للدراسات الاستقصائية للأسر المعيشية يبين أن عدد الأطفال الذين يستكملون الدراسة بالمرحلة الابتدائية دون أن يصبحوا ملمين بالقراءة والكتابة يزيد كثيراً عما كان متوقعاً في البلدان ذات الدخل المنخفض أو الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط. ففي غانا، على سبيل المثال، استكمل أكثر من نصف عدد النساء وأكثر من ثلث عدد الرجال ممن تتراوح أعمارهم ما بين 15 و 29 سنة ست سنوات من الدراسة دون أن يستطيعوا قراءة جملة واحدة على الإطلاق في عام 2008. ولم يستطع 28 في المائة من الشابات و33 في المائة من الشباب سوى قراءة جزء من جملة (اليونسكو 2012).

الهدف 3: تعزيز المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة

15 - تحرز أفريقيا تقدماً جيدا نحو تحقيق الهدف 3 من الأهداف الإنمائية للألفية، خاصة فيما يتعلق بمؤشر التكافؤ بين الجنسين في القيد بالمرحلة الابتدائية. وقد ساهم عدد من الإصلاحات، مثل توفير التعليم المجاني في المرحلة الابتدائية، في إحراز هذا التقدم. بيد أن هذا المؤشر ما زال منخفضاً في المرحلة الثانوية ومرحلة التعليم العالي. وتساهم تحديات، مثل الفقر والزواج المبكر وعمالة الأطفال، في هذا الوضع. بيد أن بعض البلدان تظهر اختلالاً متزايداً في المؤشر لغير صالح البنين، خاصة في المرحلة الابتدائية، وهو اختلال يقتضي المعالجة أيضاً. وقد ساهم إجراء المزيد من الإصلاحات والحملات الرامية إلى تمكين المرأة في زيادة النسبة المئوية للمقاعد التي تشغلها النساء في البرلمان.

الغاية 3 ألف: إزالة التفاوت بين الجنسين في التعليم الابتدائي والثانوي، ويفضل أن يكون ذلك بحلول عام 2005 وبالنسبة لجميع مراحل التعليم في موعد لا يتجاوز عام 2015

المؤشر 3-1: نسبة البنات إلى البنين في مراحل التعليم الابتدائي والثانوي والعالي

الأرقام القياسية للتكافؤ بين الجنسين في المرحلة الابتدائية مشجعة

16 - يُعد الوضع مُرضياً فيما يتصل بالتكافؤ بين الجنسين في معدلات القيد بالمرحلة الابتدائية في أفريقيا. ومن بين 37 بلداً أفريقيا تتوفر بيانات بشأنها، بلغ المؤشر في 27 بلداً 0,9 أو أعلى في عام 2010. ومن هذه البلدان الـ 27، تشير البيانات الواردة من 9 بلدان إلى وجود اختلال لغير صالح البنين، أي أن مؤشر التكافؤ بين الجنسين يزيد عن 1,0. وفيما بين عام 1991 وعام 2010، سجل 24 بلداً زيادة في مؤشر القيد بالمرحلة الابتدائية. وسجلت بنن أعلى زيادة فيه بلغت 78 في المائة في حين زادت تشاد وغينيا معدلاتهما بنسبة تزيد عن 50 في المائة. وبالنسبة للكثير من هذه البلدان جاءت هذه الزيادة نتيجة لإجراء إصلاحات في التعليم مثل توفير التعليم المجاني في المرحلة الابتدائية وإيلاء المزيد من الاهتمام بالطفلة. بيد أنه مع ازدياد عدد البلدان التي تمضي قدماً نحو تحقيق التكافؤ بين الجنسين في مرحلة التعليم الابتدائي، قد يكون مدعاة للقلق أن هناك المزيد من البلدان التي تشهد اختلالاً لغير صالح البنين في المستقبل. وعلاوة على ذلك، سجلت أربع بلدان (أرتيريا وأنغولا وسوازيلند وليسوتو) حدوث انخفاض طفيف في مؤشر التكافؤ بين الجنسين في

المرحلة الابتدائية لديها. وفي حالة ليسوتو، يفسر هذا الانخفاض الجهود المتواصلة لتصحيح عدم التكافؤ لغير صالح البنين.

إحراز تقدم متفرق نحو تحقيق التكافؤ بين الجنسين في مرحلة التعليم الثانوي

17 - يقل مؤشر التكافؤ بين الجنسين لمعدل القيد بالمرحلة الثانوية عن مؤشر القيد بالمرحلة الابتدائية. إلا أن مؤشر المرحلة الثانوية تحسن بمرور الزمن، وإن ببطء. ونظراً لأن العديد من الإصلاحات لا تمتد لتشمل المرحلة الثانوية أو لأن إصلاحات هذه المرحلة يصعب تمويلها، فإن معدل قيد الفتيات بالمدارس الثانوية أكثر انخفاضاً. ويؤثر الفقر والانحياز الجنساني أيضاً على معدل قيد الفتيات. وعندما تواجه الأسر ضائقة في الدخل، فإنها تتجه عادة إلى تفضيل الفتيان على الفتيات في القرارات المتعلقة بالتعليم الثانوي. وبناء على ذلك تضطر الفتيات إلى البحث عن بدائل أخرى مثل العمل أو الزواج.

18 - ومن بين 26 بلداً توفرت عنها بيانات لعام 2010، حققت سبعة بلدان[3] التكافؤ الكامل بين الجنسين في المرحلة الثانوية. ومن بين هذه البلدان السبعة، أظهرت خمسة بلدان عدم تكافؤ لغير صالح البنين، وسجلت ليسوتو أعلى معدل وهو 1,38. في حين سجلت تشاد أدنى معدل بلغ 0,42 في عام 2010. وفيما بين عام 1991 وعام 2010، ارتفع مؤشر التكافؤ بين الجنسين في المرحلة الثانوية في 14 بلداً[4] وفي ليسوتو حدث انخفاض طفيف للمعدل في حين سجلت غامبيا وموريتانيا والنيجر أعلى معدلات زيادة، بلغت 94 و78 و77 في المائة على التوالي.

التكافؤ بين الجنسين في التعليم العالي لا يزال منخفضاً

19 - أحرز مؤشر التكافؤ بين الجنسين للقيد بالتعليم العالي أبطأ تقدم من بين المراحل التعليمية الثلاث. وفي بعض البلدان الأفريقية تم تسجيل معدلات أدنى من 0,5. ومن بين هذه البلدان إثيوبيا وإريتريا وبوركينا فاسو وجمهورية أفريقيا الوسطى وتشاد ومالي وموريتانيا والنيجر، وكان أدنى مؤشر من نصيب تشاد التي سجلت 0,17. وسجلت الجزائر في عام 2010 أعلى معدل بلغ 1,46 تلاها الرأس الأخضر (1,29). واقتربت سان تومي وبرنيسيبي ومدغشقر ومصر من تحقيق التكافؤ الكامل بين الجنسين في مرحلة التعليم العالي حيث سجلت جميعها معدلات تزيد عن 0,9. واستناداً إلى البيانات المتاحة لعام 2010، وبالمقارنة مع التقدم المحرز منذ عام 1991، فمن غير المرجح أن تحقق بلدان أفريقية كثيرة التكافؤ بين الجنسين في معدل الالتحاق بمرحلة التعليم العالي.

[3]- الرأس الأخضر ورواندا وسان تومي وبرينسيبي وسوازيلند وسيشيل وليسوتو وموريشيوس.
[4]- هي البلدان التي تتوفر بيانات بشأنها لكل من عام 1991 وعام 2010.

الغاية 3- 3: نسبة المقاعد التي تشغلها النساء في البرلمانات الوطنية

20 - تخطو البلدان الأفريقية ببطء نحو تحقيق النسبة المستهدفة لتمثيل النساء في البرلمان التي تبلغ 30 في المائة. بيد أن البيانات لعام 2012 تظهر أن هذه النسبة لا تزال أقل من 20 في المائة في أكثر من نصف هذه البلدان، مع تسجيل معدلات تتراوح بين 10 في المائة و20 في المائة في معظم البلدان. ولم تنجح سوى 8 بلدان[5] في تحقيق أو تجاوز النسبة المستهدفة لذلك البالغة 30 في المائة. وسجلت إثيوبيا وإريتريا وتونس والرأس الأخضر والسنغال والسودان وليسوتو وملاوي وموريتانيا وناميبيا جميعها أكثر من 20 في المائة من تمثيل الإناث في برلماناتها الوطنية.

الهدف 4: الحد من وفيات الأطفال

21 - لم تحرز أفريقيا تقدماً كافياً في تحقيق الهدف 4 من الأهداف الإنمائية للألفية حيث أنها ما زالت هي المنطقة التي تتحمل أكبر عبء لوفيات الأطفال دون سن الخامسة في العالم. وكان تخفيض معدل وفيات حديثي الولادة والرضع متدنياً بصورة خاصة، مما يثبت أهمية تحسين الرعاية الصحية قبل الولادة وتعزيز صحة الأم في المنطقة. وفي معظم البلدان يتعذر إحراز تقدم في هذا الصدد بسبب عدم توفر الخدمات الصحية الأساسية للوقاية من الأمراض المعدية، مثل الالتهاب الرئوي والملاريا والإسهال، وعلاجها. إلا أن رواندا وليبيريا وملاوي، من بين بلدان أخرى، تسير نحو خفض معدل وفيات الأطفال بمقدار الثلثين بحلول عام 2015. كما يسلك شمال أفريقيا ككل المسار المؤدي لتحقيق الهدف 4 من الأهداف الإنمائية للألفية.

الغاية 4 ألف: تخفيض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بمقدار الثلثين في الفترة ما بين 1990 و 2015

المؤشر 4-1: معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة

22 - تواصل أفريقيا إحراز تقدم مطرد، وإن كان بطيئاً، في خفض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة. ومنذ عام 1990، خفضت أفريقيا معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة من 174 حالة وفاة لكل 1000 مولود حي إلى 121 حالة وفاة في عام 2010، مما يعني أن معدل التراجع السنوي بلغ 2,3 في المائة فيما بين عام 1990 وعام 2010. ونجح أحد عشر بلداً في أفريقيا[6] في تخفيض معدل وفيات الأطفال بما لا يقل عن 60 في المائة في الفترة من عام 1990 إلى عام 2010، وبذلك أصبحت هذه البلدان مرشحة لتحقيق الهدف 4 من الأهداف الإنمائية للألفية. وقد جاء إحراز هذا التقدم بفضل عوامل متعددة، مثل تحقيق مكاسب على صعيد التكنولوجيا الطبية وبرامج التنمية وتقديم الخدمات الصحية وإجراء تحسينات في التعليم وحماية الطفل والنمو الاقتصادي (اليونيسيف 2012).

23 - بيد أن أفريقيا ككل، لن تحقق تخفيض هذا المعدل بمقدار الثلثين بحلول عام 2015 إذا لم يتجاوز المعدل السنوي لتخفيض وفيات الأطفال دون سن الخامسة فيها 2,3 في المائة. وعلاوة على ذلك، فمع انخفاض المعدلات العالمية لوفيات الأطفال دون سن الخامسة، يتزايد تركيز وفيات الأطفال في أفريقيا التي يتوفى فيها طفل من بين كل 9 أطفال قبل بلوغ سن الخامسة وهو أمر يبعث على الانزعاج. وقد حدث ما يقرب من نصف المجموع العالمي لوفيات الأطفال دون سن الخامسة في عام 2011 في أفريقيا، باستثناء شمالها. وفي حين نجحت جميع البلدان الأفريقية ما عدا

[5]- أنغولا وأوغندا وبوروندي وجمهورية تنزانيا المتحدة وجنوب أفريقيا ورواندا وسيشيل وموزامبيق.
[6]- إثيوبيا وتونس والرأس الأخضر ورواندا وليبيريا وليبيا ومدغشقر ومصر وملاوي والمغرب ونيجيريا.

بلد واحد، هو سوازيلند[7]، في تخفيض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة مقارنة بعام 1990، تشهد بلدان كثيرة زيادة في الأعداد المطلقة لوفيات الأطفال دون سن الخامسة. وقد شهدت هذه البلدان[8] زيادة في العبء الوطني الناجم عن وفيات الأطفال دون سن الخامسة منذ عام 1990 بسبب ارتفاع معدلات النمو السكاني وبقاء الموارد المخصصة لهذا الغرض دون تغيير يذكر.

شمال أفريقيا يسير على الطريق الصحيح في حين تؤدي الملاريا إلى إبطاء وتيرة التقدم المحرز في وسط أفريقيا

24 - على الصعيد دون الإقليمي أحرزت بلدان شمال أفريقيا أكبر تقدم في خفض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة، حيث تراجع المعدل من 89 حالة وفاة لكل 1000 من المواليد الأحياء في المتوسط في عام 1990 إلى 41 حالة وفاة لكل 1000 من المواليد الأحياء في عام 2011، بما يمثل انخفاضاً بنسبة 54 في المائة، تلاها الجنوب الأفريقي (46 في المائة) وسجل كل من غرب أفريقيا وشرق أفريقيا انخفاضاً نسبته 42 في المائة في معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة. أما منطقة وسط أفريقيا دون الإقليمية فقد أحرزت أبطأ تقدم في هذا المضمار، وهي المنطقة التي ما زالت تسجل أعلى معدل لوفيات الأطفال دون سنة الخامسة، حيث بلغ المعدل 139 حالة وفاة لكل 1000 من المواليد الأحياء في عام 2011. كما أنها المنطقة الوحيدة في أفريقيا التي زادت فيها حالات وفيات الأطفال دون سن الخامسة بالأرقام المطلقة عما كانت عليه في عام 1990. وربما يرجع هذا جزئياً إلى ارتفاع معدل الوفيات الناجمة عن الإصابة بالملاريا، التي تسببت في أكثر من 18 في المائة من وفيات الأطفال دون سن الخامسة في وسط أفريقيا، مقابل 7,5 في المائة فقط في المتوسط في المناطق الأخرى مجتمعة (اليونيسيف 2012). وعليه فمن الواضح أن توسيع نطاق جهود الوقاية والعلاج من الملاريا من شأنه أن يؤدي إلى تخفيض كبير في معدلات وفيات الأطفال في وسط أفريقيا.

مكافحة الأمراض المعدية مسألة ذات أهمية حاسمة من أجل تحقيق النجاح

25 - تسببت الأمراض المعدية، مثل الإلتهاب الرئوي والإسهال والملاريا والإلتهاب السحائي والكزاز (التيتانوس) والإيدز والحصبة، في ما يقرب من 41 في المائة من وفيات الأطفال دون سن الخامسة في أفريقيا. وعند مقارنة وضع أفريقيا بالبلدان ذات المعدلات المنخفضة جداً (البلدان التي يقل فيها معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة عن 10 حالات وفاة لكل 1000 من المواليد الأحياء) وهي بلدان لم تنجم فيها تقريباً أي وفيات للأطفال دون سن الخامسة عن الإصابة بأمراض معدية يمكن القول إن الأمراض المعدية هي مؤشر لمستوى الإنصاف في الحصول على خدمات الرعاية الصحية والتدخلات الأساسية في مجال الوقاية والعلاج. (اليونيسيف 2012).

26 - إن وفيات الأطفال دون سن الخامسة الناجمة عن الإصابة بأمراض معدية هي وفيات يمكن تجنبها بدرجة كبيرة، وتشير الأدلة إلى أن الكثير من الحالات التي حدث فيها انخفاض كبير في وفيات الأطفال دون سن الخامسة على الصعيد العالمي ترتبط بتكثيف الجهود لمكافحة الأمراض المعدية. وعلى سبيل المثال، أدى توسيع نطاق التغطية بالناموسيات المعالجة بمبيدات حشرية في النيجر إلى حدوث انخفاض كبير في وفيات الأطفال دون سن الخامسة. ففي عام 2000، لم يكن سوى 1 في المائة من الأطفال دون سن الخامسة ينامون تحت هذه الناموسيات ووقعت 216 حالة وفاة لكل 1000 من المواليد الأحياء. واليوم، ينام 64 في المائة من الأطفال دون سن الخامسة تحت هذه الناموسيات وانخفض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في النيجر إلى 125 حالة وفاة

[7]- ارتفع معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في سوازيلند من 83 حالة وفاة لكل 1000 من المواليد الأحياء في عام 1990 إلى 104 حالات وفاة لكل 1000 من المواليد الأحياء في عام 2011. ويرجع 23 في المائة من وفيات الأطفال دون سن الخامسة في سوازيلند إلى الإصابة بالإيدز.

[8]- بوركينا فاسو وتشاد وجمهورية أفريقيا الوسطى وجمهورية الكونغو الديمقراطية وسوازيلند والصومال والكاميرون والكونغو وكينيا ومالي وموريتانيا.

لكل 1000 من المواليد الأحياء- ويمثل هذا انخفاضاً تبلغ نسبته 50 في المائة تقريباً منذ عام 2000 (اليونيسيف 2012).

المؤشر4-2: معدل وفيات الرضع

معظم الوفيات ذات الصلة بالأطفال تحدث خلال السنة الأولى من العمر

27 - تحدث وفيات الأطفال دون سن الخامسة في أفريقيا عادة خلال الأيام الثمانية والعشرين الأولى من العمر، وتحدث 33,6 في المائة في المتوسط من وفيات الأطفال دون سنة الخامسة في القارة في هذه الفترة من عمر حديثي الولادة. ويحدث ما يقرب من 65 في المائة من وفيات الأطفال دون سن الخامسة في أفريقيا في غضون السنة الأولى من العمر. وللأسف، كان انخفاض معدلات وفيات الرضع في أفريقيا أبطأ من الانخفاض في معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة.

المضاعفات المتصلة بالولادة تسبب في نسبة كبيرة من الوفيات

28- تنجم أغلبية وفيات حديثي الولادة عن مضاعفات تتصل بالولادة قبل الأوان أو عن مضاعفات تحدث أثناء الولادة. وتتعرض النساء والرضع لمخاطر متزايدة جراء حدوث هذه المضاعفات عندما تجري الولادة في المنزل دون إشراف موظفي رعاية صحية مهرة، وعليه فإن الحصول على الرعاية الصحية أثناء الحمل والولادة أمر أساسي لتحسين صحة الأم والطفل على حد سواء. ويمكن لتدخلات بسيطة، مثل تناول مكملات حمض الفوليك، والوقاية من تشنج الولادة وتشنج ما قبل الولادة، وعلاج الملاريا، وممارسات الولادة النظيفة، والرضاعة الطبيعية، أن تؤدي إلى تخفيض كبير في أمراض ووفيات حديثي الولادة.

الهدف 5: تحسين الصحة النفاسية

29 - تحرز أفريقيا تقدماً واعداً في جهودها الرامية إلى تحسين الصحة النفاسية. ويلاحظ أحدث تقرير أعدته منظمة الصحة العالمية، (منظمة الصحة العالمية وآخرون 2012ج). أنه تم تحقيق إنجازات كبيرة في هذا الصدد. بيد أن أفريقيا ما زالت تسجل أعلى معدلات الوفيات النفاسية في العالم، وعليها أن تفعل الكثير لتحقيق الهدف 5 من الأهداف الإنمائية للألفية. من شأن اتخاذ التدابير المؤدية إلى توسيع نطاق تغطية تنظيم الأسرة ومعالجة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وتحسين نظم السجل المدني والنهوض بتعليم الإناث، أن تساعد على التعجيل بإحراز تقدم نحو تحسين الصحة النفاسية بحلول عام 2015.

الغاية 5- ألف: تخفيض معدل الوفيات النفاسية بمقدار ثلاثة أرباع في الفترة ما بين 1990 و 2015

المؤشر 5-1: معدل الوفيات النفاسية

تم تحقيق بعض التقدم فيما يتعلق بالصحة النفاسية

30 - في المتوسط، خفضت البلدان الأفريقية معدل الوفيات النفاسية لديها من 745 حالة وفاة لكل 100000 من المواليد الأحياء في عام 1990 إلى 429 حالة وفاة لكل 100000 من المواليد الأحياء في عام 2010، ويمثل ذلك انخفاضاً بنسبة 42 في المائة (الأمم المتحدة 2012). وغينيا الاستوائية هي البلد الوحيد في أفريقيا الذي أحدث تخفيضاً لمعدل الوفيات النفاسية لديه بما يكفي

لتحقيق الهدف الإنمائي الخامس، حيث بلغ التخفيض نسبة 81 في المائة منذ عام1990[9]. وهناك بلدان أخرى أحرزت تقدماً جيداً في هذا المضمار هي إريتريا ومصر، اللتان ''تسيران على الطريق الصحيح'' في هذا الصدد، وبوتسوانا والرأس الأخضر ورواندا التي حققت نسبة تخفيض بلغت 5,5 في المائة أو أكثر في المتوسط منذ عام 2000 (منظمة الصحة العالمية 2012).

عبء الوفيات النفاسية في أفريقيا هو الأكبر على الصعيد العالمي

31 - ورغم إحراز هذا التقدم، ما زالت أفريقيا تتحمل أكبر عبء ناجم عن الوفيات النفاسية في العالم، حيث تحدث في القارة أكثر من 50 في المائة من الوفيات النفاسية في العالم. وأفريقيا، التي شهدت 429 حالة وفاة لكل 100000 من المواليد الأحياء، متخلفة عن الأقاليم النامية ككل (240)، وعن جنوب آسيا (220)، ومنطقة البحر الكاريبي (190). بل إن أفريقيا تضم البلدان[10] العشرة التي سُجل فيها أعلى معدل للوفيات النفاسية ، ويقدر أن 14 في المائة من الوفيات النفاسية على الصعيد العالمي تحدث في نيجيريا. ومن المهم ملاحظة أن أربعة بلدان (جمهورية أفريقيا الوسطى وزامبيا والغابون وكينيا) لم تحرز أي تقدم في هذا الشأن، في حين سجلت تسعة بلدان (بوتسوانا وتشاد وجنوب أفريقيا وزمبابوي وسوازيلند والصومال والكاميرون والكونغو وليسوتو) زيادة في معدل الوفيات النفاسية خلال الفترة 1990- 2010 (منظمة الصحة العالمية 2012ج).

فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز هو أحد أكبر العوامل المساهمة في هذه الحالة

32 - لماذا تواصل البلدان الأفريقية إحراز تقدم غير كافٍ نحو تحقيق الهدف 5 من الأهداف الإنمائية للألفية؟ أحد أهم الأسباب لذلك هو تفشي فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز في المنطقة. فمن مجموع حالات الوفيات النفاسية المقدرة بنحو19000 حالة الناجمة عن الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية، حدثت 17000 حالة، أي 89 في المائة، في أفريقيا. باستثناء شمال أفريقيا. ويقدر أن معدل الوفيات النفاسية لأفريقيا، باستثناء شمال أفريقيا، كان سيبلغ بدون فيروس نقص المناعة البشرية 450 حالة وفاة نفاسية لكل 100000 من المواليد الأحياء، بدلاً عن 500.حالة وبناء على ذلك، فإن تحسين سبل الحصول على تدابير الوقاية والفحص والعلاج من شأنه أن يساعد القارة على تخفيض عدد الوفيات النفاسية فيها.

الحصول على الخدمات الصحية الجيدة مسألة حيوية

33 - بالإضافة إلى فيروس نقص المناعة البشرية، تحدث حالات كثيرة من الوفيات النفاسية نتيجة لغياب خدمات الصحة الإنجابية. وبناء على ذلك لا بد من إحراز تقدم نحو تحقيق الغاية الثانية للهدف 5 من الأهداف الإنمائية للألفية، وهي تعميم إتاحة خدمات الصحة الإنجابية بحلول عام 2015. وإذا تسنى تحسين فرص الحصول على وسائل منع الحمل وتوفير الرعاية السابقة للولادة، وخفض معدلات الحمل بين المراهقات، فمن الأرجح أن تنعم النساء بفترات حمل آمنة وجيدة التخطيط. وهناك تفاوت كبير في الحصول على الرعاية الصحية الجيدة بين المناطق الأفريقية. فزيارات موظفي الرعاية السابقة للولادة متاحة للجميع تقريباً في الجنوب الأفريقي. في حين أن حوالي ثلث الحوامل في غرب أفريقيا لم يتلقين زيارات من موظفي الرعاية السابقة للولادة في عام 2010.

نظم السجل المدني تيسر تتبع أسباب الوفاة

[9]- معدل الوفيات النفاسية (الذي حدد عند 20- 90 حالة وفاة نفاسية لكل 100000 من المواليد الأحياء منخفض في الرأس الأخضر وسان تومي وبرنسيبي وموريشيوس، فهذه البلدان أحرزت تقدماً كبيرا نحو تحقيق هذا الهدف.
[10]- بوروندي وتشاد وجمهورية أفريقيا الوسطى والسودان وسيراليون والصومال وغينيا-بيساو والكاميرون وليبيريا ونيجيريا.

34 - وأخيراً، فإن الافتقار إلى نظم السجل المدني الكاملة، التي تتضمن توصيفاً جيداً لأسباب الوفاة، يشكل تحدياً في الكثير من البلدان الأفريقية يحول دون رصد الأهداف الإنمائية للألفية المتصلة بالصحة. والتقديرات القطرية لمعدل الوفيات النفاسية لموريشيوس هي وحدها التي تستند إلى بيانات جيدة في السجل المدني. ويصنف ما يقرب من 80 في المائة من البلدان الأفريقية على أنها ''تفتقر إلى بيانات تسجيل مكتملة وجيدة، إلا أنه تتوفر لديها أنواع أخرى من البيانات'' ويعني ذلك استخدام الدراسات الاستقصائية الدورية للسكان (مثل الدراسة الاستقصائية الديمغرافية والصحية والدراسة الاستقصائية العنقودية الرابعة متعددة المؤشرات) لوضع التقديرات الخاصة بالوفيات النفاسية. وعلاوة على ذلك، لا تتوفر بيانات وطنية جيدة النوعية عن معدل الوفيات النفاسية بالنسبة لعشرة بلدان[11]، مما يجعل من الصعب إجراء تقييم دقيق للتقدم المحرز نحو تحقيق الهدف 5 من الأهداف الإنمائية للألفية (منظمة الصحة العالمية 2012). ولتحسين تتبع التقدم المحرز ومن ثم تخطيط التدخلات وفقاً للأهداف المتوخاة يجب على البلدان الأفريقية أن تتقيد بتوصية اللجنة الرفيعة المستوى المعنية بالإعلام والمساءلة في مجال صحة المرأة والطفل، التي تنص على أنه: ''بحلول عام 2015، ينبغي أن تكون جميع البلدان قد اتخذت خطوات كبيرة لإنشاء نظام لتسجيل المواليد والوفيات وأسباب الوفاة، وأن يكون لديها نظم معلومات صحية تعمل بصورة جيدة لجمع البيانات المختلفة من المرافق والمصادر الإدارية والدراسات الاستقصائية'' (منظمة الصحة العالمية 2012ج). وتنكب البلدان الأفريقية حالياً على تحسين نظم السجل المدني والإحصاءات الحيوية من خلال دعم وتنفيذ البرنامج الأفريقي للتعجيل بتحسين السجل المدني والإحصاءات الحيوية.

الهدف 6: مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز والملاريا وغيرهما من الأمراض

35 - لا يزال التقدم المحرز على صعيد الحد من فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز والسلّ والملاريا يكتسب زخماً متزايداً في أفريقيا، حيث تحققت مكاسب غير مسبوقة في الحد من عدد حديثي الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية في أوساط البالغين والأطفال على حد سواء، وفي خفض أعداد الوفيات الناجمة عن أسباب مرتبطة بالإيدز. ورغم استمرار انخفاض الإصابة بالملاريا والوفيات المترتبة عليها، لم يكن الانخفاض كافياً لتحقيق النسبة المستهدفة لعام 2010 للحد من المرض التي تبلغ 50 في المائة. وتشير التقديرات إلى وقوع 216 مليون حالة ملاريا في عام 2010، منها نحو 81 في المائة، أي 174 مليون حالة في أفريقيا. وحدث ما يقدر بنحو 000 655 حالة وفاة بسبب الملاريا في عام 2010، 91 في المائة منها في أفريقيا، وفي 86 في المائة من الحالات كان ضحاياها من الأطفال دون سن الخامسة.

36 - وعلى الصعيد العالمي، ما فتئت أعداد الحالات الجديدة للوفيات الناجمة عن السلّ تتراجع على مدى سنوات عديدة. وانخفضت حالات الإصابات بمعدل 2.2 في المائة بين عامي 2010 و 2011، في حين انخفض معدل وفيات السل بنسبة 41 في المائة منذ عام 1990. ويخطو العالم حثيثاً نحو تحقيق النسبة العالمية المستهدفة لخفض معدل وفيات السل، وهي 50 في المائة بحلول عام 2015، بيد أنه من غير المرجح أن يتحقق ذلك في أفريقيا.

الغاية 6 ألف: وقف انتشار فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز بحلول عام 2015 وبدء انحساره اعتباراً من ذلك التاريخ

37 - مازالت أفريقيا، باستثناء شمال أفريقيا، هي المنطقة الأشد تضرراً من فيروس نقص المناعة البشرية على الصعيد العالمي، حيث أن ما يقرب من 1 من كل 20 شخص بالغ في أفريقيا (4.9 بالمائة) مصاب بالفيروس، مما يشكل 69 في المائة من المصابين في العالم. وتقع في أفريقيا،

[11]- أنغولا وبوروندي والرأس الأخضر وجزر القمر وجيبوتي وغينيا الاستوائية وغامبيا وغينيا بيساو وليبيا والصومال.

باستثناء شمال أفريقيا ثلاثة وعشرون من البلدان التي حدث فيها تراجع حاد في حالات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية حيث انخفض عدد الإصابات بالفيروس في عام 2011 بنسبة 25 في المائة عن عددها في عام 2001 (برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز، 2012).

38 - بدأ عدد الوفيات المرتبطة بأسباب تتعلق بالإيدز في الانخفاض في العقد الأول من الألفية الثالثة بفضل تكثيف العلاج المضاد للفيروسات الرجعية والانخفاض المطرد في حالات الإصابة بالفيروس منذ أن بلغت ذروتها في عام 1997. واستمر هذا الانخفاض في عام 2011.وكان قد حدث انخفاض في عدد الوفيات المرتبطة بأسباب تتعلق بالإيدز في أفريقيا، باستثناء شمال أفريقيا، بنسبة 32 في المائة في الفترة من عام 2005 إلى عام 2011، على الرغم من أن المنطقة شهدت 70 في المائة من العدد الكلي للوفيات الناجمة عن الإيدز في عام 2011.

المؤشر 6-1: معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية في صفوف السكان الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 24 سنة

39 - حدث تغيير إيجابي على صعيد وضع الشباب المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية في أفريقيا باستثناء شمال أفريقيا. ومازالت الشابات في أفريقيا، باستثناء شمال أفريقيا، أكثر عرضة للإصابة بالفيروس من الذكور إلا أن معدلات الإصابة بين الإناث قد شهدت انخفاضاً أكثر حدة (من 5.1 في المائة إلى 3.1 في المائة) مقارنة بالرجال (من 2.0 الى 1.3 في المائة) في الفترة من عام 2005 إلى عام 2011.

المؤشر 6-2: استخدام الرفالات أثناء عملية الاتصال الجنسي المحفوف بالمخاطر

40 - حدثت تغييرات إيجابية واضحة في السلوك الجنسي غير المأمون في العديد من البلدان، بما في ذلك زامبيا وكينيا وملاوي وموزامبيق وناميبيا ونيجيريا. إلا أن بعض البلدان - مثل رواندا وكوت ديفوار - تشهد تزايداً للسلوكيات الخطرة، مما يبرز الحاجة إلى تكثيف الجهود لتغيير السلوك وخلق الوعي بشأن فيروس نقص المناعة البشرية وطرق انتقاله. وفي 26 من 31 بلداً ينتشر فيها الوباء، وجدت الدراسات الاستقصائية الأخيرة أن أقل من 50 في المائة من الشابات لديهن معرفة شاملة وصحيحة بفيروس نقص المناعة البشرية (برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز 2012). وباستثناء حالات قليلة (أوغندا وبنين وبوركينا فاسو وكوت ديفوار) تفيد التقارير بصورة عامة أن استخدام الرفالات في أفريقيا في ازدياد. ومع ذلك، لا يزال الوعي منخفضاً وخصوصاً بين الفتيات في بلدان عديدة ينتشر فيها الفيروس على نطاق واسع. وإضافة إلى ذلك، لا تزال إمدادات الرفالات غير كافِية.

الغاية 6 باء: تعميم إتاحة العلاج من فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز بحلول عام 2010 لجميع من يحتاجونه.

المؤشر 6- 5: نسبة السكان الذين بلغت إصابتهم بفيروس نقص المناعة البشرية مراحل متقدمة وبإمكانهم الحصول على عقاقير مضادة للفيروسات الرجعية

41 - منذ عام 1995، أضاف العلاج المضاد للفيروسات الرجعية 14 مليون سنة عمرية في البلدان منخفضة الدخل ومتوسطة الدخل، بما في ذلك 9 ملايين في أفريقيا، باستثناء شمال أفريقيا. وتعد التغطية في أفريقيا، باستثناء شمال أفريقيا، أعلى قليلاً من المتوسط العالمي، حيث يتلقى

العلاج 56 في المائة من الأفراد المؤهلين. وجدير بالذكر أن بوتسوانا ورواندا وناميبيا حققت التغطية الشاملة المقدّرة بما لا يقل عن 80 في المائة من التغطية العلاجية، وأن عدد البلدان التي تقلّ فيها التغطية عن نسبة 20 في المائة انخفض من 28 بلداً في عام 2009 إلى 10 بلدان في عام 2011 (برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز 2012).

42 - لا تزال معدلات التغطية فيما يتصل بالعلاج المضاد للفيروسات الرجعية أعلى بالنسبة للنساء (68 في المائة) مقارنة بالرجال (47 في المائة) في البلدان منخفضة الدخل ومتوسطة الدخل، مما قد يساهم في خفض معدلات الانتشار. ومع ذلك، فإن معدل توفير العلاج المضاد للفيروسات الرجعية للأطفال منخفض؛ حيث يبلغ حوالي 20 في المائة. وتعتبر زيادة فرص الحصول على العلاج المضاد للفيروسات الرجعية، لاسيما بالنسبة للأطفال، أمراً حيوياً لتحقيق هدف الوصول بالإصابات الجديدة إلى الصفر (برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز 2012).

الغاية 6 جيم: وقف انتشار الملاريا وغيرها من الأمراض الرئيسية بحلول عام 2015 وبدء انحسارها اعتباراً من ذلك التاريخ

المؤشر 6-6: معدلات الإصابة والوفيات المرتبطة بالملاريا

43 - حققت ثمانية بلدان (بوتسوانا وجنوب أفريقيا والجزائر والرأس الأخضر ورواندا وسان تومي وبرينسيبي وسوازيلند وناميبيا) من بين 43 بلداً يتواصل فيها انتقال الملاريا في المنطقة الأفريقية خفضاً لمعدل الإصابة بالملاريا أو لعدد مرضى الملاريا الذين يتلقون العلاج بالمستشفيات بنسبة 75 في المائة أو أكثر. وبالإضافة إلى ذلك، كما أن إريتريا في طريقها لتحقيق تخفيض يبلغ 75 في المائة أو أكثر في عدد مرضى الملاريا الذين يتلقون العلاج بالمستشفيات بحلول عام 2015، ومن المتوقع أن تحقق مدغشقر وزامبيا تخفيضات في عدد هذا النوع من مرضى الملاريا بنسبة 50 إلى 75 في المائة بحلول عام 2015. (منظمة الصحة العالمية، 2012أ).

المؤشران 6-7 و6-8: نسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين ينامون تحت ناموسيات معالجة بمبيدات الحشرات ونسبة الأطفال دون سن الخامسة المصابين بحمى ويعالجون بالأدوية المناسبة المضادة للملاريا

44 - تشير التقديرات إلى أن نسبة الأطفال الذين ينامون تحت الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات في أفريقيا باستثناء شمال أفريقيا قد زادت من 2 في المائة في عام 2000 إلى 39 في المائة في عام 2010. وبالإضافة إلى ذلك، ارتفعت النسبة المبلغ عنها للسكان المعرضين للخطر ممن توفرت لهم الوقاية بفضل الرش الموضعي للأماكن المغلقة من أقل من 5 في المائة في عام 2005 إلى 11 في المائة في عام 2010.

45 - وعلى الرغم من أن نسبة الحالات المشتبه فيها والتي أجري لها فحص الطفيليات قد ارتفعت في أفريقيا، وفقاً لأحدث دراسة استقصائية (2010-2011) في 12 بلداً أفريقياً إلا أن نسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين تلقوا العلاج المناسب لا تزال أقل من 40 في المائة. وبالإضافة إلى ذلك، فإن توزيع الأدوية المضادة للملاريا، سواء تلك التي يوفرها القطاع الخاص التي تبلغ نسبتها 30 في المائة، أو تلك التي يمكن الحصول عليها من الصيدليات مباشرة والتي تبلغ نسبتها 10 في المائة،يزيد من تفاقم عدم المساواة في فرص حصول الفئات ذات الدخل المنخفض على الأدوية.

المؤشر 6-9: معدلات الإصابة بالسل وانتشاره والوفيات المرتبطة به

46 - تتزايد أعداد مرضى السل الذين تتاح لهم إمكانية الحصول على علاج عالي الجودة، بيد أن أكثر من ثلث الحالات الجديدة لا يُبلغ عنها ولا تُعالج بالدورة العلاجية قصيرة الأجل بالملاحظة المباشرة. ومما يثير القلق أن أكثر من 84 في المائة من حالات السل المقاوم لأدوية متعددة المقدرة بنحو 290 000 حالة في عام 2010 في أفريقيا، لا يجري تشخيصها أو علاجها وفقاً للمبادئ التوجيهية الدولية. وعلاوة على ذلك، فإن الكثيرين من مرضى السل المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية لا يدركون أنهم مصابون بالفيروس، ولا يحصل معظمهم حتى الآن على العلاج المضاد للفيروسات الرجعية (منظمة الصحة العالمية 2012ب).

الهدف 7: كفالة الاستدامة البيئية

47 - تحقق أفريقيا بعض التقدم بشأن الهدف 7 من الأهداف الإنمائية للألفية. وعلى الرغم من تزايد انبعاثات ثاني أكسيد الكربون في عدد من البلدان، إلا أن معظم الزيادات بلغت أقل من واحد في المائة، ومازالت الانبعاثات التي تنتجها أفريقيا منخفضة بصورة عامة. وإضافة إلى ذلك، تسلك معظم البلدان الطريق المؤدي إلى بلوغ هذه الغاية. وقد تم بلوغ الغاية المتعلقة بمياه الشرب المأمونة في جميع أنحاء العالم؛ وعلى الرغم من أن أفريقيا أحرزت هي أيضاً بعض التقدم، لا تزال القارة متخلفة بفارق كبير عن بقية العالم.

الغاية 7 ألف: إدماج مبادئ التنمية المستدامة في السياسات والبرامج القطرية، وإيقاف فقدان الموارد البيئية

المؤشر 7 - 1: نسبة مساحة الأراضي المغطاة بالغابات

48 - لا تتوافر بيانات عن هذا المؤشر لعام 2011، إلا أن هناك أدلة من بلدان أفريقية عديدة تشير إلى أن نسبة مساحة الأراضي المغطاة بالغابات في تضاؤل وأن معدل إزالة الغابات ينذر بالخطر. ومن أسباب هذا الاتجاه قطع الأشجار غير المشروع واستخدام أراضي الغابات لأغراض الاستثمار. ففي ليبيريا على سبيل المثال، تم منح أكثر من نصف الغابات لشركات قطع الأخشاب بهدف الاستثمار (تاماسين فورد2012). وفي جمهورية الكونغو الديمقراطية، تجري إزالة الغابات لصالح أنشطة التعدين.

المؤشر 7 -2 : مجموع انبعاثات ثاني أكسيد الكربون، ونصيب الفرد منها لكل دولار من الناتج المحلي والإجمالي (تعادل القوة الشرائية)

49 - ظلت انبعاثات ثاني أكسيد الكربون منخفضة في أفريقيا على مر التاريخ، حيث تساهم القارة بأقل من 4 في المائة من إجمالي الانبعاثات في العالم. وكانت حصة ليبيا وجنوب أفريقيا وسيشل وغينيا الاستوائية والجزائر من انبعاثات القارة هي الأكبر. بيد أن أفريقيا لا تزال معرضة بشدة لخطر الأضرار الناجمة عن آثار تغير المناخ، وقد تجلى ذلك في السنوات القليلة الماضية من خلال الجفاف الشديد والفيضانات.

المؤشر 7 - 3: استهلاك المواد المستنفذة للأوزون

50 - يتتبع هذا المؤشر التقدم الذي تحرزه البلدان في الحد من استهلاك المواد المستنفذة للأوزون والتخلي عنها تدريجياً في نهاية المطاف وفقاً لالتزاماتها والجداول المدرجة في بروتوكول مونتريال لعام 1987 بشأن المواد المستنفدة لطبقة الأوزون. وهذا البرتوكول هو أكثر معاهدة تم التصديق عليها ومن بين أنجح المعاهدات في تاريخ الأمم المتحدة،حيث صدق عليها 197 طرفاً.

وقد أفضي البروتوكول إلى خفض المواد المستنفدة للأوزون بنسبة تزيد عن 97 في المائة علي نطاق العالم.

51 - وتقوم بلدان أفريقية كثيرة بخفض استهلاكها من المواد المستنفدة للأوزون بصورة مطردة وهي بهذا تسلك المسار المؤدي إلى تحقيق هذه الغاية. فقد سجلت أكثر من نصف البلدان التي قلصت استهلاكها للمواد المستنفدة للأوزون انخفاضاً يزيد عن 50 في المائة. وعلى العكس من ذلك، ففي البلدان التي زادت استهلاكها بلغت الزيادة نسبة تزيد عن 50 في المائة، وقد سجلت مصر أكبر زيادة في هذا الصدد، وتعزى هذه الزيادة إلى القفزة الهائلة في استهلاك مركب الكلور فلور كربون .

52 - وبالتأسيس على تجربة زمبابوي، عجلت البلدان الأفريقية بجهودها نحو الحد من المواد المستنفدة للأوزون من خلال السعي إلى إيجاد بدائل لاستخدام بروميد الميثيل في التبخير الزراعي (برنامج الأمم المتحدة للبيئة 2012). بيد أنه لا تزال هناك حاجة لتنظيم المزيد من التدريب على هذه البدائل وخلق الوعي العام وإشراك الجمهور في التخلص التدريجي من بروميد الميثيل والنهوض بالهياكل الأساسية والإصلاحات التنظيمية.

الغاية 7 جيم: تخفيض نسبة الأشخاص الذين لا يمكنهم الحصول على مياه الشرب المأمونة وخدمات الصرف الصحي الأساسية إلى النصف بحلول عام 2015

المؤشر 7 - 8 : نسبة السكان الذين يستخدمون مصادر مياه محسنة للشرب

53 - على الصعيد العالمي، تم تجاوز النسبة المستهدفة لاستدامة الحصول على المياه (88 في المائة) بنقطة مئوية واحدة (منظمة الصحة العالمية/اليونيسيف 2012)، إلا أن أفريقيا حادت عن الطريق الصحيح بصدد هذا المؤشر. ففيها يقيم أكثر من 40 في المائة من سكان العالم المحرومين من فرص الحصول علي مياه الشرب. وعلاوة على ذلك، هناك فوارق كبيرة بين المناطق الحضرية والريفية فيما يتصل بالوصول إلى مصادر المياه المحسنة. وفي كثير من الحالات، تؤدي الفرص المحدودة للحصول على المياه إلى تباطؤ التقدم في مجال الصرف الصحي وتسهم في تفشي أمراض مثل الكوليرا والإسهال.

54 - ومن بين التحديات التي تعوق التقدم عدم الاستقرار السياسي ومشكلة اللاجئين وتزايد عدد السكان، مما يشكل ضغطاً علي الموارد المتاحة. وبالإضافة إلى ذلك، تفتقر البلدان الأفريقية عموماً إلى التقنيات اللازمة لتحسين المياه والصرف الصحي. وحتى في الحالات التي توجد فيها تلك التقنيات، فهي لا تعود بالنفع علي الكثير من المناطق الريفية التي هي في حاجة إليها.

الهدف 8: إقامة شراكة عالمية من أجل التنمية

55 - نظراً لانهماك أوروبا بمعالجة أزمة الديون السيادية وارتفاع معدلات التضخم، فقد ترتب على ذلك الوضع تخفيض المساعدة الإنمائية الرسمية المقدمة للبلدان النامية. بيد أن المساعدة الإنمائية الرسمية لأفريقيا ازدادت بشكل طفيف. وبقيت واردات البلدان المتقدمة النمو من البلدان النامية دون تغيير يذكر في عام 2010. أما على صعيد تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، فأن التقدم الذي أحرزته أفريقيا يعتبر مشجعاً. فبفضل الأهمية المتنامية للانترنت؛ والاستخدام المتزايد للهواتف المحمولة، والنهوض بالاستثمارات في مجال الاتصالات السلكية واللاسلكية في أفريقيا تسنى تحسين وضع تكنولوجيا المعلومات والاتصالات .

الغاية 8 باء: تلبية الاحتياجات الخاصة لأقل البلدان نمواً

المؤشر 8 - 1: صافي ومجموع المساعدة الإنمائية الرسمية وما يقدم منها إلى أقل البلدان نمواً، كنسبة مئوية من الدخل القومي الإجمالي للدول المانحة الأعضاء في لجنة المساعدة الإنمائية التابعة لمنظمة التنمية والتعاون في الميدان الاقتصادي

56 - انخفضت المساعدة الإنمائية الرسمية من البلدان المانحة الأعضاء في لجنة المساعدة الإنمائية التابعة لمنظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي للمرة الأولي منذ 15 عاماً (منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي 2012). وفي عام 2011، خفضت بلدان كثيرة من صافي المساعدة الإنمائية الرسمية التي تقدمها في إطار لجنة المساعدة الإنمائية، كما أن معظم البلدان لا يزال بعيداً عن بلوغ النسبة المستهدفة وهي 0,7 من الدخل القومي الإجمالي للبلدان المانحة. ولم تبلغ هذه النسبة المستهدفة سوي خمس دول من 23 دولة من أعضاء لجنة المساعدة الإنمائية (الدانمرك والسويد ولكسمبورغ والنرويج وهولندا) كما أن سبع دول فقط زادت صافي المساعدة الإنمائية الرسمية التي تقدمها. وفي المتوسط ازداد صافي المساعدة الإنمائية الرسمية المقدمة لأقل البلدان نمواً كنسبة من الدخل القومي الإجمالي بشكل مطرد من 0,06 في المائة في عام 2006 إلى 0,11 في المائة في عام 2010، أي بما يقل بنسبة 0,04 في المائة عن العتبة الدنيا وهي 0,15 في المائة. وحققت 10 بلدان فقط من أصل البلدان الـ 23 الأعضاء في لجنة المساعدة الإنمائية النسبة المستهدفة التي تتراوح بين 0,15 و0,20 في المائة من المساعدة الإنمائية الرسمية لأقل البلدان نمواً في عام 2010، حيث جاءت لكسمبورغ في المرتبة الأولي بنسبة 0,4 في المائة، في حين سجلت كل من بلجيكا والدانمرك وفنلندا وايرلندا وهولندا والنرويج والسويد والمملكة المتحدة نسباً مئوية تساوي أو تزيد عن 0.2 في المائة. وحققت كندا الحد الأدنى من النسبة المستهدفة، وهو 0.15. وفي ضوء الغموض الذي يكتنف أزمة الديون السيادية التي ساهمت في تراجع صافي المساعدة الإنمائية الرسمية المقدمة من البلدان المانحة إلى البلدان النامية، لا أحد يعلم ما إذا كان سيتم الوفاء بتحقيق هذه النسبة المستهدفة على المدى المتوسط .

الغاية 8 جيم: معالجة الاحتياجات الخاصة للبلدان النامية غير الساحلية والدول الجزرية الصغيرة النامية

المؤشر 8-4: المساعدة الإنمائية الرسمية التي تتلقاها البلدان النامية غير الساحلية كنسبة من دخلها القومي الإجمالي

57 - لم تتجاوز الزيادة في مجموع المساعدة الإنمائية الرسمية المقدمة إلى جميع البلدان النامية غير الساحلية بين عامي 2009 و2010 نسبة 2 في المائة. وحصلت ليسوتو وملاوي والنيجر على أعلى قدر من الزيادة في حين شهدت بوتسوانا وتشاد وإثيوبيا وأوغندا وزامبيا وزمبابوي انخفاضاً في المساعدة المتلقاة. وتواجه البلدان النامية غير الساحلية تحديات فريدة من نوعها تضع قيوداً على نموها الاقتصادي وتنميتها. وتعاني هذه البلدان من زيادة الأسعار العالمية للنفط الخام والاعتماد على موانئ الدخول الموجودة في بلدان أخرى، الأمر الذي يؤكد أهمية التنسيق الحكومي الدولي الفعال فيما يتصل بالبلدان النامية غير الساحلية. وفي هذا السياق يكتسي دور التكامل الإقليمي وتيسير التجارة أهمية متزايدة.

58 - وفي عام 2012، قررت الجمعية العامة للأمم المتحدة عقد مؤتمر في عام 2014 لإجراء استعراض عشري شامل لبرنامج عمل ألماتي. ودعا الاجتماع السنوي الحادي عشر لوزراء خارجية البلدان النامية غير الساحلية إلى التعجيل بتنفيذ برنامج عمل ألماتي بسبل منها على سبيل المثال ضمان أن تراعي مبادرة المعونة من أجل التجارة (التي تمثل جزءاً من المساعدة الإنمائية الرسمية) الاحتياجات والمتطلبات الخاصة لهذه البلدان.

المؤشر 8-6: نسبة مجموع واردات البلدان المتقدمة النمو المعفاة من الرسوم الجمركية (حسب القيمة وباستثناء الأسلحة) من البلدان النامية وأقل البلدان نمواً

59 - لم تشمل زيادة واردات البلدان المتقدمة النمو (المعفاة من الرسوم الجمركية) من أفريقيا سوى عدد قليل من البلدان منذ عام 1996. ومن العوامل التي ساهمت في هذه الظاهرة الفشل في استكمال جولة الدوحة إلى جانب الأزمة الاقتصادية العالمية التي بدأت في عام 2008.

الغاية 8 واو: التعاون مع القطاع الخاص لإتاحة الاستفادة من منافع التكنولوجيات الجديدة، وبخاصة تكنولوجيا المعلومات والاتصالات

المؤشر 8-14: الخطوط الهاتفية الثابتة لكل 100 نسمة

60 - لا تزال الزيادة في أعداد الخطوط الهاتفية الثابتة محدودة في أفريقيا. وبين عام 1990 وعام 2011، لم تسجل سوى تسعة بلدان فقط [12] زيادة كبيرة في عدد الخطوط الهاتفية الثابتة. ولا يوجد أي بلد أفريقي يتجاوز فيه عدد الخطوط الثابتة 50 خطاً لكل 100 نسمة؛ كما أن سيشيل وموريشيوس هما البلدان الوحيدان اللذان يتجاوز فيهما عدد الخطوط 20 خطاً لكل 100 نسمة ويُعزى الركود في نمو الخطوط الهاتفية الثابتة إلى سرعة تبني الهواتف الخلوية من قبل السكان.

المؤشر 8- 15: المشتركون في شبكات الهاتف الخلوي لكل 100 نسمة

61 - عدد مشتركي الهاتف الخلوي في تزايد مستمر في البلدان الأفريقية، إذ ارتفع بمعدل 8 مشتركين لكل 100 نسمة في المتوسط بين عامي 2010 و2011. وتعتبر أفريقيا سوق الهاتف المحمول الأسرع نمواً في العالم (Natasha Lomas، 2012) . كما أن الابتكارات التكنولوجية في مجال استخدام الهواتف المحمولة تتزايد في أفريقيا، كما يتضح من خلال استخدام تلك الأجهزة للمعاملات المالية كتحويل الأموال والخدمات المصرفية ودفع الفواتير عبر الهاتف المحمول. وبين عامي 2010 و 2011، سجلت ناميبيا أعلى نمو في عدد المشتركين، تليها جنوب أفريقيا وبوتسوانا وزامبيا.

المؤشر 8-16: مستخدمو الإنترنت لكل 100 نسمة

62 - ارتفع عدد مستخدمي الإنترنت في أفريقيا بمعدل اثنين من المستخدمين لكل 100 نسمة في المتوسط في عام 2011، ويرجع ذلك جزئياً إلى زيادة استخدام الهواتف الذكية لخدمات الإنترنت. وكشفت دراسة حديثة أن عدد الكينيين الذين يستخدمون الهواتف المحمولة للإنترنت يفوق عدد من يستخدمونها للمكالمات الهاتفية. وتسعى كينيا إلى بلوغ هدف إتاحة الوصول إلى الإنترنت بنسبة 100 في المائة بحلول عام 2017 من خلال إدخال تحسينات في الهياكل الأساسية لتكنولوجيا المعلومات والاتصالات. وتعمل رواندا، التي تنفرد بأعلى سرعة للإنترنت في أفريقيا، على جعل سعر النطاق العريض أيسر منالاً للمستخدمين (All Africa، 2012).

63 - وسجل السودان زيادة في عدد مستخدمي الإنترنت بلغت أكثر من 100 في المائة بين عامي 2010 و2011، في حين سجلت كينيا زيادة بنسبة أكثر من 99 في المائة خلال الفترة نفسها. وزاد كل من جمهورية الكونغو الديمقراطية وسوازيلند والنيجر عدد مستخدمي الإنترنت بأكثر من 50 في المائة.

[12] بوتسوانا وتونس والجزائر والرأس الأخضر وسيشيل وليبيا ومصر والمغرب وموريشيوس.

الاستنتاجات والتوصيات المتعلقة بالسياسات

64 - يتباين التقدم نحو الأهداف الإنمائية للألفية بتباين المناطق والبلدان والأهداف والمؤشرات والغايات. ورغم أن أفريقيا، ككل، تحرز تقدماً كبيراً نحو تحقيق الكثير من الأهداف الإنمائية للألفية، لا تزال بلدان كثيرة بعيدة عن تحقيق معظم هذه الأهداف. وهناك قضايا لا تزال تحتل الصدارة في جدول الأعمال تتمثل في مستوى الجودة في تقديم الخدمات، ولاسيما في قطاعي التعليم والصحة، وعدم المساواة في الحصول على الخدمات، ونقص الوظائف اللائقة، والبطالة خصوصاً بين الشباب.

65 - يقتضي خلق فرص العمل أن تشرع البلدان في تصنيع السلع الأساسية، بما يتيح تنويع اقتصاداتها ويؤدي إلى إيجاد وظائف جديدة من خلال إضافة القيمة والإندماج في سلاسل القيمة العالمية. ويمكن ضخ استثمارات تكميلية في نظم التعليم والصحة من شأنها أن تؤدي إلى تحسين نوعية الخدمات الاجتماعية، وتعزيز القدرات الإنتاجية، وتحسين القدرة التنافسية في الأسواق. ومن شأن هذه الإجراءات أن تفضي ليس فقط إلى الحد من الفقر في القارة فحسب، بل أيضاً إلى المساعدة في تضييق فجوات الحصول على التعليم والخدمات الصحية والمياه النقية والصرف الصحي.

66 - وينبغي للتدخلات الصحية أن تعطي الأولوية للرعاية الصحية الأولية والشرائح الريفية والضعيفة من السكان. ويجب على صانعي السياسات أن يعملوا على كسب تأييد الشركاء الإنمائيين لتخصيص نسبة متزايدة من التمويل الراسي لتعزيز النظم الصحية. ولا بد من إيجاد نظام صحي متين قوامه مختصون صحيون مؤهلون ومعدات طبية ملائمة لدعم وتعزيز التدخلات التي تستهدفها الصناديق الرأسية. ولا بد أن تقوم البلدان الأفريقية أيضاً بتحسين نظم السجل المدني لكي يتسنى رصد الاتجاهات الصحية بكفاءة وخاصة في مجال صحة الأم والطفل.

67 - وينبغي للاستثمارات في مجال التعليم أن تركز على تعزيز فرص حصول القوى العاملة على المناهج التعليمية وتجويد هذه المناهج وجعلها أكثر ملاءمة لواقع الدارسين. وسيتطلب ذلك ضمان تكافؤ نسب عدد المعلمين إلى عدد التلاميذ، ورفع مستوى مهارات المعلمين وتشجيع دخول المدارس في العمر المناسب. وبالإضافة إلى ذلك، سيؤدي توفير وسائل النقل للأطفال في المناطق النائية، وسن التشريعات المتعلقة بالزواج المبكر إلى تحسين فرص الحصول على التعليم، والحد من معدلات التوقف عن الدراسة، وتحسين نوعية التعليم في أفريقيا بشكل عام.

68 - وستواصل اللجنة الاقتصادية لأفريقيا دعمها للدول الأعضاء في التعجيل باحراز التقدم نحو تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية، وذلك من خلال مبادراتها لبناء القدرات. وفي هذا السياق، تقوم اللجنة الاقتصادية لأفريقيا، بالتعاون مع مفوضية الاتحاد الأفريقي ومصرف التنمية الأفريقي، بمساعدة البلدان الأفريقية على تنفيذ إطار استراتيجي مرجعي إقليمي لبناء القدرات الإحصائية في أفريقيا يهدف إلى تعزيز القدرات الإحصائية في مجال جمع البيانات وتصنيفها ونشرها. وسيسهل هذا الإطار أيضاً إجراء مقارنات أكثر موثوقية بين البلدان بشأن مؤشرات التنمية ومن بينها الأهداف الإنمائية للألفية. وبالإضافة إلى ذلك، تساعد اللجنة الاقتصادية لأفريقيا البلدان في تصميم وتنفيذ ورصد خطط التنمية المستندة إلى الأهداف الإنمائية للألفية من خلال تقديم دورات تدريبية وتبادل المعارف ومبادرات التعلم من الأقران. ومن الأمثلة على ذلك شبكة مخططي التنمية التي أقيمت مؤخراً و''راصد أداء أقل البلدان نمواً'' الذي يساعد البلدان الأفريقية الأقل نمواً على تتبع التقدم المحرز فيما يخص الأهداف الإنمائية للألفية وبرنامج عمل إسطنبول. وتساهم اللجنة الاقتصادية لأفريقيا أيضاً في المناقشات بشأن سياسات الأهداف الإنمائية للألفية من خلال الأبحاث والدراسات القطرية. فقد أدت الدراسة القطرية التي أجرتها اللجنة لنظم الحماية الاجتماعية في 8

بلدان إلى تزويد صانعي السياسات بما استخلصته بدروس مستفادة في مجال تمكين الفئات الضعيفة والحد من عدم المساواة من خلال استخدام هذه الأداة.

69 - ولضمان أن تأخذ خطة التنمية لما بعد عام 2015 في الاعتبار أولويات القارة، تولت اللجنة الاقتصادية لأفريقيا، بالتعاون مع مفوضية الاتحاد الأفريقي والشركاء، تنظيم سلسلة من المشاورات الإقليمية ودون الإقليمية، تهدف إلى صياغة موقف أفريقي مشترك إزاء خطة ما بعد عام 2015، وسيرفع هذا الموقف إلى رؤساء دول الإتحاد الأفريقي لاعتماده في أيار/مايو 2013.

70 - ومع ذلك، يجب ألا تتسبب خطة التنمية لما بعد عام 2015 في تشتيت انتباه أفريقيا بعيداً عن مهمتها العاجلة المتمثلة في القضاء على الفقر، وتوفير التعليم الجيد للجميع، وتمكين المرأة، وتحسين صحة الأم والطفل، ومكافحة فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز والملاريا والسل، وضمان الاستدامة البيئية. وفي حين يتطلع العالم إلى الخطة الإنمائية الجديدة لما بعد عام 2015، يتعين على البلدان مواصلة السير على الطريق المؤدي لتحقيق أكبر قدر ممكن من التقدم بحلول الموعد النهائي المستهدف. لقد حققت القارة تقدماً كبيراً نحو بلوغ الأهداف الإنمائية للألفية منذ عام 2000، وتعلمت الكثير خلال السنوات الاثنتي عشرة الماضية. وينبغي للبلدان الأفريقية أن تتمكن بالاستفادة من العبر المستخلصة من التغلب على التحديات وتحقيق تقدم سريع خلال السنوات الثلاث المقبلة.

المراجع

شبكة أخبار AllAfrica (2012).Africa: Rwanda's Internet fastest. AllAfrica، 27 تشرين الثاني / نوفمبر. يمكن الاطلاع عليه في العنوان التالي: http://allafrica.com/stories/201211271318.html

منظمة الزراعة والاغذية (2012).Ten Central African countries agree to improve forest monitoring، 26 تموز / يوليه. يمكن الاطلاع عليه في العنوان التالي: http://www.fao.org/news/story/en/item/153735/icode/.

نتاشا لوماس (2012).ABI : Africa's mobile market to pass 80 % subscriber penetration in Q1 next year,13.9 per cent of globalcellular market by 2017 TechCrunch *(مجلة على الإنترنت)، 28 تشرين الثاني / نوفمبر.*

تماسين فورد (2012).Liberia's hasty forest sell-off risks conflict. صحيفة الغارديان، 5 تموز / يوليه.

برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) (2012).Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic/2012 . جنيف.

برنامج الامم المتحدة للبيئة (2012).Africa Accelerates methyl bromide phase-Out, ahead of the 2015 deadline. يمكن الاطلاع عليه في العنوان التالي:
http://www.unep.org/ozonaction/News/Features/2012/AfricaAcceleratesMBrPhaseOut/tabid/106658/Default.aspx

منظمة الامم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (اليونسكو) (2012). *الشباب والمهارات: تسخير التعليم لسوق العمل*، باريس.

منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) (2012). *بقاء الأطفال على قيد الحياة: تجديد الوعد*. نيويورك.

الأمم المتحدة (2012). *تقرير الأهداف الإنمائية للالفية 2012*. Sales No. E.12.I.4.

الأمم المتحدة، مكتب الممثل السامي لاقل البلدان نمواً والبلدان النامية غير الساحلية والدول الجزرية الصغيرة النامية (2012).Report of the 11th Annual Ministerial Meeting of Landlocked Developing Countries، نيويورك، أيلول / سبتمبر 2012

(منظمة الصحة العالمية واخرون، 2012ا). *التقرير العالمي حول الملاريا 2012*. جنيف.

منظمة الصحة العالمية (2012ب). *التقرير العالمي لمكافحة السل 2012*. جنيف.

منظمة الصحة العالمية (2012ج) *الاتجاهات السائدة في وفيات الأمومة: في الفترة بين عامي 1990 و2010*.جنيف.

منظمة الصحة العالمية / اليونيسيف 2012، برنامج الرصد المشترك *حول* إمدادات المياه والصرف الصحي، *2012* www.wssinfo.org

البنك الدولي (2012).Sever *droughts drive food prices higher*، 30 آن / أغسطس. يمكن الاطلاع عليه في العنوان التالي: http://www.worldbank.org/en/news/press-release/2012/08/30/sever-droughts-drive-food-prices-higher-thretening-poor.