AfricaCDC
Centres for Disease Control and Prevention

مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها



وفيات الأمهات والأطفال في أفريقيا

الأسباب والدوافع

تقرير صادر عن المراكز الأفريقية لمكافحة الأمراض والوقاية منها دعماً لولاية "بطل الاتحاد الأفريقي لصحة الأم والطفل

سبتمبر 2026

كيان من
الإتحاد الأفريقي

المراكز الأفريقية لمكافحة الأمراض والوقاية منها،
"الطريق الدائري، 16/17، ساحة "هيلا جارمنت،
صندوق بريد 3243، أديس أبابا، إثيوبيا.

وكالة صحية قارية مستقلة (Africa CDC) تُعد المراكز الأفريقية لمكافحة الأمراض والوقاية منها تابعة للاتحاد الأفريقي، أُنشئت لدعم مبادرات الصحة العامة في الدول الأعضاء وتعزيز قدرات مؤسسات الصحة العامة لديها على رصد التهديدات المرضية، والوقاية منها، ومكافحتها، والاستجابة لها بسرعة وفعالية.

دعماً لمهام (Africa CDC) تقرير صادر عن المراكز الأفريقية لمكافحة الأمراض والوقاية منها
""بطل الاتحاد الأفريقي لصحة الأم والطفل"
يستند التقرير إلى أدلة مستمدة من عمليات مراجعة حالات الوفاة في الدول الأعضاء، والتقييم القاري الذي شمل جميع الدول الأعضاء الـ 55، والسجلات العالمية.

إعداد:
وقسم الصحة والحقوق الجنسية (RMNCAH) قسم صحة الأم والمولود والطفل والمراهق (SRHR) والإنجابية
مركز الرعاية الصحية الأولية،
سبتمبر 2026 - (Africa CDC) المراكز الأفريقية لمكافحة الأمراض والوقاية منها

مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها

www.africacdc.org @africacdc

المحتويات

الاختصارات V

تقديم من سعادة الدكتورة سامية سولوحو حسن، رئيسة جمهورية تنزانيا المتحدة وبطلة الاتحاد الأفريقي لصحة الأم والطفل VII
تقديم من رئيس مفوضية الاتحاد الأفريقي IX

1. الملخص التنفيذي 1

الخلفية 1
الطرق 1
النتائج 2
التفسير 2
الخاتمة 3

2. الخلفية 4

2.1 لماذا هذا التقرير، وما الجديد فيه 4
2.2 الالتزامات التي يبلغ عنها هذا التقرير 4
2.3 العبء اليوم 5
2.4 وتيرة التقدم وحجم الفجوة 7
2.5 ما الذي تموت به النساء والمواليد الجدد 8
2.6 ارتفعت التغطية لكن الجودة لم تواكب الوتيرة 8
2.7 صدمة التمويل 9
2.8 هيكل السياسة القارية 10
2.9 هيكل هذا التقرير 11

3. الأهداف 11

4. الطرق 12

4.1 الأطر التحليلية 12
4.2 مصادر البيانات 12
تطوير أداة التقييم وإجراءات جمع البيانات 13
4.3 مراجعة تقارير الوفاة الوطنية للأمهات وفترة ما حول الولادة 14
الاستخراج 14
ما تم تسجيله 14
التحقق 14

4.4 تقييم جودة التقرير والنظام 15
4.5 تحديد وتصنيف نماذج الدول 15
4.6 التحليل 16
4.7 القيود 17
نسب الأسباب غير قابلة للمقارنة بين الدول 17
تغطية المراجعة منخفضة في معظم الأنظمة 17
تتركز قاعدة الأدلة على الفترة من 2013 إلى 2019 17
الدول الأعضاء ليست مجموعة وبائية 18
التغطية غير متساوية وغير مكتملة 18
معدل وفيات الأطفال بعد فترة حديثي الولادة أقل كفاءة 18

5. نتائج المسح القاري 19

5.1 السياسة والاستراتيجية (القسم ب) 19
التوافق مع خطة عمل مابوتو 19
أنظمة تقديم الخدمات 20
التوافق مع الأطر الدولية 21
5.2 التنسيق والحوكمة (القسم ج) 21
5.3 التمويل (القسم د) 21
5.4 المراقبة، جودة البيانات، والفرصة الضائعة 22
5.4.1 ما تراقبه الدول الأعضاء 23
5.4.2 مراقبة مؤشر ليست مثل وجود البيانات 23
5.4.3 تضيق سلسلة قيمة البيانات في كل خطوة 24
5.4.4 ما الذي تكشف عنه البيانات المقدمة عن الجودة 25
5.4.5 النقاط العمياء للقياس 26
5.4.6 تدفق البيانات للأعلى، وليس للخلف 26
5.4.7 ما يلي لاتخاذ القرار 27
5.5 حواجز التنفيذ والأولويات (القسم و) 28
5.6 البيئة القانونية وشمول التغطية الصحية الشاملة 28
5.7 الأنماط الإقليمية وبطاقة النتائج القطرية 29
5.8 بيانات تقديم الخدمة وفصل السياسة والبيانات 29
قوة السياسة لا تتنبأ بتوفر البيانات 30
5.9 ما الذي يؤسسه التقييم 31

6. التركيب: أسباب ودوافع وفيات الأمهات والأطفال في أفريقيا 32

6.1 أسباب وفاة الأمهات 32
هناك نتيجان لا تعكس التقديرات العالمية 33
الوفاة دون سبب مسجل 33
6.2 أسباب وفاة حديثي الولادة 34
6.3 أين يكمن التأخير 34
6.4 كم عدد هذه الوفيات التي كان بالإمكان تجنبها 36
6.5 السائقات، مرتبطة بوحدات بناء نظام الصحة 37
6.6 حلقة المساءلة: الفشل المركزي 38
6.7 ما الذي تضيفه الأدلة المحكمة 39
هل تعمل الآلة؟ 40

تأكيد مستقل للصورة القارية 41
لماذا تفشل خطوة الاستجابة 41
تحديد السبب نفسه غير مؤكد 42
ما يتم فعله حيال ذلك الآن: مراجعة الموت الافتراضي 42
ما تؤكده الأدبيات وما تضيفه 43
6.8 الإجابة على السؤال 43

7. فرص لتحسين صحة الأم والطفل في أفريقيا 44

7.1 كيف تم تحديد هذه الفرص 44
7.2 الفعل أولا: ثلاث فرص لا تكلف شيئا تقريبا 45
الفرصة 1. إغلاق حلقة المساءلة 45
الفرصة 2. قم بتصحيح الإشعار قبل تحسين المراجعة 45
الفرصة 3. اعتماد معايير جودة البيانات قبل المكالمة التالية 45
7.3 الفرص السريرية: التدخلات التي تعالج معظم حالات الوفيات 45
الفرصة 4. حزمة حديثي الولادة 45
الفرصة 5. حزمة النزيف وإمداد الدم 46
الفرصة 6. تحويل الاستثمار إلى جودة الرعاية بعد الوصول 46
7.4 الفرص الهيكلية 46
فرصة 7. التمويل يعقد اتفاقيات مع مجموعة محددة من الدول الأعضاء 46
فرصة 8. شمول التغطية الصحية الشاملة 47
الفرصة 9. صنع ما يقتل النساء الأفريقيات 48
الفرصة 10. المراهقون: أوسع فجوة بين الأولوية وتوفير الرعاية 48
7.5 التسلسل 48
7.6 كيف سيبدو النجاح بحلول عام 2030 49

8. الحواجز والنماذج حسب أساس نظام الرعاية الصحية 50

8.1 كيف تم بناء هذا القسم 50
عتبة الإدراج وتقييم الأدلة 51
8.2 الأمثلة من نظرة واحدة 52
8.3 تقديم الخدمة 53
8.4 القوى العاملة الصحية 55
8.5 أنظمة المعلومات الصحية 57
8.6 الوصول إلى الأدوية والتقنيات الأساسية 58
8.7 التمويل 59
السجل الأوسع لآليات التمويل في أفريقيا 61
8.8 القيادة والحوكمة 62
8.9 موثق، لم يتم إثبات بعد 64
8.10 ما الذي ينتقل وما لا ينتقل 65
8.11 التسلسل المشترك 65

المراجع 67

الملحق 1. ملفات تعريف الدول 72

الملحق 2. أمثلة الدول: ما الذي نجح بالفعل في أفريقيا 101

A2.1 الغرض والنهج 101
A2.2 الأمثلة من نظرة واحدة 102
A2.3 التمويل 103
إثيوبيا — اتفاقية تنظيم الأسرة متعددة المانحين (2023) 103
رواندا — التأمين الصحي المجتمعي والتمويل القائم على الأداء 103
A2.4 القوى العاملة الصحية 104
أوغندا — إصلاح الرواتب الريفية بالإضافة إلى تمويل قائم على النتائج في مركز الصحة الرابع 104
إسواتيني — كادر واحد من العاملين في الصحة المجتمعية 104
A2.5 تقديم الخدمة 104
تنزانيا — نقل الطوارئ M-MAMA ضمن توسعة وطنية لشبكة EmONC 105
إسواتيني — حزمة 'التأخير الثالث' لحضور الولادة المهرة 105
إثيوبيا — SMART START: خدمات منع الحمل التي تركز على المراهقين على نطاق واسع 105
A2.6 الوصول إلى الأدوية والتقنيات الأساسية 106
رواندا — تسليم جوي للدم والسلع المنقذة للحياة في الميل الأخير 106
إثيوبيا — توفر السلع المضمونة المدمجة 106
A2.7 نظم المعلومات الصحية 106
نيجيريا (ولاية كانو): GEO ST4R: جعل المجتمعات غير المرئية مرئية 107
A2.8 القيادة والحوكمة 107
الصومال — حكم تحول في بيئة هشة 107
مدغشقر — اتفاقية دائمة متعددة القطاعات مع السلطات الإيمانية والتقليدية 107
مالاوي — إغلاق القانون: إنهاء زواج الأطفال 108
ج2.9 ماذا تخبر هذه النماذج القارة 108
A2. المراجع لهذا الملحق 109

الاختصارات

يتم تعريف أسماء البرامج الخاصة بكل دولة ورموز أقسام الاستبيان حيث تظهر لأول مرة في النص.

AfDB	البنك الأفريقي للتنمية
AIDS	متلازمة نقص المناعة المكتسب
AMA	وكالة الأدوية الأفريقية
ANC	الرعاية قبل الولادة
APH	نزيف ما قبل الولادة
ART	العلاج المضاد للفيروسات القهقرية
AU	الاتحاد الأفريقي
BEmONC	الرعاية الأساسية الطارئة للتوليد وحديثي الولادة
CARMMA	حملة لتسريع تقليل وفيات الأمهات في أفريقيا
CBHI	التأمين الصحي المجتمعي
CEmONC	رعاية شاملة طارئة للتوليد وحديثي الولادة
CEMD	تحقيق سري في وفيات الأمهات
CHW	عامل صحي مجتمعي
CI	فترة الثقة
CS	العملية القيصرية
CSE	التعليم الجنسى الشامل
CSO	منظمة المجتمع المدني
DHIS	برنامج معلومات الصحة في المنطقة
DHS	المسح الديموغرافى والصحى
DRC	جمهورية الكونغو الديمقراطية
EDHS	المسح الديموغرافي والصحي لإثيوبيا
EFY	السنة المالية الإثيوبية
EmONC	رعاية طارئة في التوليد وحديثي الولادة
EPMM	إنهاء وفيات الأمهات التى يمكن الوقاية منها
EWENE	كل امرأة، كل مولود حديث، في كل مكان
FGM	تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية
FP	تنظيم الأسرة
GBV	العنف القائم على النوع الاجتماعى
GFF	التسهيل المالي العالمي
HDP	اضطرابات ارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل
HIS	نظام المعلومات الصحية
HIV	فيروس نقص المناعة البشرية
HRH	الموارد البشرية من أجل الصحة
IBRD	البنك الدولي لإعادة الإعمار والتنمية
ICD	التصنيف الدولي للأمراض
ICPD	المؤتمر الدولي للسكان والتنمية
IDA	الجمعية الدولية للتنمية
IGME	مجموعة الأمم المتحدة المشتركة لتقدير وفيات الأطفال

IPT	العلاج الوقائي المتقطع
LMIC	دولة ذات دخل منخفض ومتوسط
LMIS	نظام معلومات إدارة اللوجستيات
MDG	هدف التنمية الألفية
MDR	مراجعة وفاة الأمهات
MDSR	مراقبة وفاة الأمهات والاستجابة لها
MMEIG	مجموعة الأمم المتحدة لتقدير وفيات الأمهات بين الوكالات
MMR	نسبة وفيات الأمهات
MNCAH	صحة الأم والمواليد الجدد والطفل والمراهقين
MPDSR	مراقبة وفاة الأم ومرحلة ما قبل الولادة والاستجابة
NCCEMD	اللجنة الوطنية للتحقيقات السرية في وفيات الأمهات (جنوب أفريقيا)
ODA	المساعدات التنموية الرسمية
PBF	التمويل القائم على الأداء
PMNCH	الشراكة لصحة الأم والمواليد والأطفال
PMTCT	الوقاية من انتقال العدوى من الأم إلى الطفل
PPH	نزيف ما بعد الولادة
RBF	التمويل القائم على النتائج
RMNCAH	الصحة الإنجابية، الأمومة، حديثي الولادة، الطفل والمراهقين
SBA	حضور الولادة الماهر
SDG	هدف التنمية المستدامة
SDMR	مراقبة واستجابة وفاة الأمهات (Surveillance des décès maternels et reposte)
SDMPR	Surveillance des décès maternels et périnatals et riposte
SRH	الصحة الجنسية والإنجابية
SRHR	الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق
SRMNCAH	الصحة الجنسية، الإنجابية، الأمومة، حديثي الولادة، الأطفال والمراهقين
STC	اللجنة الفنية المتخصصة (الاتحاد الأفريقي)
TB	السل
TDHS	مسح تنزانيا الديموغرافي والصحي
UHC	التغطية الصحية الشاملة
UN	الأمم المتحدة
UNDESA	إدارة الأمم المتحدة للشؤون الاقتصادية والاجتماعية
UNFPA	صندوق الأمم المتحدة للسكان
UNGA	الجمعية العامة للأمم المتحدة
UNICEF	صندوق الأمم المتحدة لطفولة الأطفال
USAID	وكالة الولايات المتحدة للتنمية الدولية
VMDR	مراجعة وفاة الأم الافتراضية
WHO	منظمة الصحة العالمية

تقديم من سعادة الدكتورة سامية سولوحو حسن، رئيسة جمهورية تنزانيا المتحدة وبطلة الاتحاد الأفريقي لصحة الأم والطفل



تتوفى حوالي 178,600 امرأة سنويا في دولنا الأعضاء لأسباب تتعلق بالحمل والولادة، وحوالي 1.18 مليون من حديثي الولادة لا يعيشون حتى يروا شهرهم الأول. هذان الرقمان يمثلان 69٪ و51٪ من إجمالي الحالات في العالم. مقابل هذه الحالات، هناك نتيجة من مستشفياتنا ولجان المراجعة الخاصة بنا، مسجلة في الصفحات التالية: الغالبية العظمى من تلك الوفيات تم الحكم عليها بأنها قابلة للوقاية من قبل الأطباء الذين راجعوها، مع رعاية معروفة بالفعل، ورخيصة بالفعل، وتقدم بالفعل في مكان ما في هذه القارة.

لهذا السبب قبلت هذا التفويض. هذا ليس حدودا للاكتشاف الطبي. إنه سؤال ما إذا كنا نحكم بشكل جيد بما يكفي لتقديم ما نعرفه بالفعل.

آلية بطل الاتحاد الأفريقي موجودة بحيث يمكن لأولوية قارية أن تحمل وزن أعلى منصب متاح لها. يختار زملائي رئيس دولة يشغل منصبه ليتولى حقيبة، ويدافع عنها بين زملائه القادة، ويعزز ملكية برامجنا على مستوى القمة، ويشجع التعلم والمراجعة بين الأقران، ويبلغ عن التقدم والعقبات للجمعية. تعمل هذه الأداة عندما تستخدم الآن. دخلت منطقة التجارة الحرة القارية الأفريقية حيز التنفيذ لأن بطلا كان عضوا تلو الآخر لتأمين التصديقات. تقدم الإصلاح المؤسسي لاتحادنا بنفس الطريقة. أنوي استخدام هذه الوثيقة من أجل بقاء أمهاتنا وأطفالنا، وأطلب من رؤساء الدول والحكومات زملائي أن يلزموني بذلك.

هذا التقرير يخبرني بشيء أريد أن يقرأه كل واحد منهم عن كثب. قيودنا الملزمة ليست التزاما سياسيا، وليست سياسة. ثلاثة وخمسين من أصل خمسة وخمسين دولة عضو لدينا لديها سياسة أو استراتيجية للصحة الجنسية والإنجابية، وربعنا فقط يذكرون الالتزام السياسي الضعيف كعقبة أمام التنفيذ. ما ينقص بين السياسة والخدمة: خطة تشغيلية مكلفة في أقل من ثلاث من كل خمس دول أعضاء، آلية تنسيق تجتمع فعليا في ثلاثة من كل خمسة، وبند في ميزانية يخصص لهذا الغرض. وعندما تراجع أنظمتنا وفيات نسائنا، فقط أربعة عشر من أصل أربع وثلاثين دولة عضو تنشر مثل هذه المراجعات تفيد بما إذا كانت توصيات العام الماضي قد تم تنفيذها أم لا.

هذه ليست مشاكل سريرية. إنها مشاكل إدارية، وتمويل، ومتابعة. هي بالضبط الأشياء التي تتحرك عندما يطلب الرئيس أو رئيس الوزراء ذلك بالاسم، أو رسمياً، أو في موعد معين.

دعوني أكون واضحا بنفس القدر بشأن ما حققناه. انخفضت وفيات الأمهات عبر دولنا الأعضاء من 666 حالة وفاة لكل 100,000 ولادة حية في عام 2000 إلى 388 في عام 2023، أي انخفاض بنسبة 42٪ تحقق خلال جائحة. وقد وصلت ثماني دول من أعضائنا بالفعل إلى هدف التنمية المستدامة بأقل من 70 دولار. لذا، ما نطلبه من القارة قد تحقق بالفعل داخلها. ولكن بمعدل 2.4٪ سنوي الحالي سنصل إلى عام 2030 عند حوالي 330 عاما، أي حوالي خمسة أضعاف الهدف، وسيتعين علينا التحرك بسرعة أكبر بعشر مرات لتحقيق ذلك. يجب أن نفعل ذلك بينما تنخفض المساعدات التنموية للصحة في أفريقيا من 25.8 مليار دولار أمريكي في 2021 إلى حوالي 13 مليار دولار أمريكي هذا العام. الأموال التي مولت جزءًا من تقدمنا الأخير تُسحب بسرعة غير مسبوقة، ولن تعود خلال هذا العقد.

ولا ينقسم العبء بالتساوي، ولا ينبغي أن يكون ردنا كذلك أيضا. تسجل غرب أفريقيا 682 حالة وفاة أمهات لكل 100,000 ولادة حية وتتحمل 55٪ من جميع وفيات الأمهات في الاتحاد. لذا وجب تركيز الجهد حيث توجد الوفيات.

في بلدي، انخفضت نسبة وفيات الأمهات الوطنية من 556 لكل 100,000 مولود حي في 2016/2015 إلى 104 في 2022، إلى جانب الاستثمار المستمر في مرافق الرعاية الأولية، وتدريب الممرضات الماهرات، وتوسيع شبكة الرعاية الطارئة للولادة، ونظام النقل الطارئ (m-mama)، الذي يغطي الآن البلاد بأكملها بأقل من مليوني دولار أمريكي سنوياً. لا أقدم هذا كنموذج ينسخ بالكامل، بل هذا التقرير يقيم بصدق ما يتم تحويله بين بلداننا وما لا يتم. ويعد ذلك دليل على أن المنحنى ينحني عندما تقرر الحكومة ذلك.

وتعد خارطة الطريق الأفريقية لبطل الاتحاد الأفريقي لصحة الأمهات وحديثي الولادة والأطفال والمراهقين (2026-2030) هي المنصة لهذا التفويض. وهذا يلتزم بنا بثلاثة أهداف، تم الإعلان عنها كأهداف مطلقة: صفر ولادات منزلية، صفر وفيات أمهات وحديثي الولادة يمكن الوقاية منها، وصفر أطفال غير ملقحين. يمكن متابعتها من خلال أربعة مجالات للتركيز: تعزيز أنظمة المساءلة، تعبئة التمويل المستدام، تحسين التصنيع المحلي للسلع الصحية، وتعزيز التنسيق الذي يقوده الدول. أكدت جمعيتنا على هذه الأولويات في دورتها العادية التاسعة والثلاثين، ومرة أخرى في أكرا في يوليو 2026 تحت شعار تعزيز العدالة والمساواة والتغطية الصحية الشاملة.

لذا أتوجه إلى زملائي رؤساء الدول والحكومات بخمسة طلبات محددة، كل منها يعتمد على أدلة في هذا التقرير ولا يتطلب أي منها أموالاً جديدة للبدء.

أولا، اطلب من وزير الصحة أن يرفع تقريراً مرة واحدة في السنة عن وفيات الأمهات وحديثي الولادة التي تمت مراجعتها في بلدك، وعن ما تم فعله بشأن نتائج العام السابق. فقط أربعة عشر من أصل أربع وثلاثين دولة عضو يمكنهم الإجابة على هذا السؤال اليوم. ولا يكلف طرحه أي تكلفة، وكل شيء يتبع طرح هذا السؤال.

ثانيا، قم بإصلاح الإشعارات قبل أن تستثمر أكثر في المراجعة. النظام الذي يراجع جزءًا صغيراً من الوفيات التي لم يحسبها لا يمكنه توجيه استجابة وطنية.

ثالثا، حدد في دورة ميزانيتك القادمة بند ميزانية يخصص لصحة الأمهات والمواليد الجدد والأطفال والمراهقين، وحدد موعداً عاما تصل فيه حكومتك إلى التزام أبوجا بنسبة 15٪ من الإنفاق على الصحة. ثلاثة منا يحققون هذا الرقم اليوم. يجب ألا يكون هذا العدد ثلاثة بعد انتهاء خارطة الطريق هذه.

رابعا، اكتب خدمات الأم والمواليد والأطفال بشكل صريح في حزمة التغطية الصحية الشاملة الوطنية، حتى لا يتم رفض أي امرأة بسبب الرسوم.

خامسا، الاستثمار في قيام أفريقيا بالتصنيع الخاص للسلع التي تنقذ هذه الأرواح. تستورد أفريقيا حوالي 80٪ من سلعها الصحية، بما في ذلك الأدوية التي تعالج السبب الرئيسي لموت الأمهات في هذه القارة. قارة لا تستطيع أن تصنع ما تموت نساؤها بدونه لا تضمن بعد بقائهن على قيد الحياة.

وإلى وزراء الصحة والمالية لدينا، وإلى أفريقيا، ومراكز السيطرة على الأمراض والمجتمعات الاقتصادية الإقليمية، وإلى الجمعيات المهنية، وإلى المجتمع المدني وشركائنا أقول: الأدلة التي جمعت هنا أفريقية. تم جمعها أطباء أفارقة يراجعون وفيات أفريقيا، ومن قبل الحكومات الأفريقية التي تطبق أنظمتها الخاصة. أطلب منكم استخدامها، وتحديثها لإزالة الأخطاء، وأطلب منك أن تكملوا ذلك في كل مكان.

لن يُحكم علينا بناء على الالتزامات التي وقعناها، بل بناء على ما إذا كانت امرأة تبدأ المخاض الليلة في قرية بعيدة عن المستشفى ستصل إلى رعاية ماهرة في الوقت المناسب، وتعيش. هذا هو المعيار. دعونا نلتزم بذلك.

سعادة سامية سولوح حسن
رئيس جمهورية تنزانيا المتحدة
بطل الاتحاد الأفريقي لصحة الأم والطفل

تقديم من رئيس مفوضية الاتحاد الأفريقي



سعادة محمود علي يوسف،
رئيس المجلس
مفوضية الاتحاد الأفريقي

يقيم هذا التقرير القاري صحة الأمهات والمواليد والأطفال في جميع أنحاء أفريقيا، موضحا أين يتقدم التقدم أو يتوقف أو يجب أن يتسارع. يدعم تنفيذ الدول الأعضاء لخطة عمل مابوتو 2016–2030، "الوصول الشامل إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية الشاملة في أفريقيا"، وحملة كارما بلس 2030- 2021 (CARMMA Plus) الحملة المعززة لتقليل معدلات وفيات الأمهات في أفريقيا بشكل معزز. أشيد بمركز مكافحة الأمراض في أفريقيا وبطل صحة الأم والطفل، معالي الدكتورة سامية سولوحو حسن، رئيسة جمهورية تنزانيا المتحدة، على هذا العمل الصارم والواضح.

تتطلب النتائج اتخاذ إجراءات، ولا تزال النساء والمواليد الجدد والأطفال يموتون لأسباب يمكن الوقاية منها. يوفر هذا التقرير أدلة على لتحويل الالتزامات القارية إلى تنفيذ فعلي لها، وتعزيز خطة عمل مابوتو، والحفاظ على القيادة والدعوة والمساءلة لحملة (CARMMA Plus). استنادا إلى حملة CARMMA لعام 2009 للاتحاد الأفريقي، وتوسع حملة (CARMMA Plus) الطموح لتحسين الصحة الإنجابية للنساء والأطفال والمراهقين بحلول عام 2030.

يظهر التقرير أيضا أن صحة الأم والمواليد والأطفال تعتمد على رعاية صحية أولية قوية. تعد خدمات ما قبل الولادة، والولادة، وما بعد الولادة، وتنظيم الأسرة، والتطعيم مقياساً رئيسياً لأداء النظام الصحي.

يسلط التقرير الضوء على الحلول التي تعمل بالفعل في جميع أنحاء أفريقيا. يجب أن نتعلم من هذه التجارب، ونتكيف مع ما ينجح، ونسرع التنفيذ على مستوى القارة.
وهذا أمر عاجل بشكل خاص مع تراجع المساعدات التنموية الصحية. يجب على أفريقيا تعزيز سيادة الصحة من خلال استخدام الموارد المحلية بشكل أكثر فعالية، وتوسيع التصنيع المحلي للمنتجات الصحية الأساسية، والاستفادة من آلية الشراء المشتركة الأفريقية (APPM) لتعزيز الوصول إلى السوق وأمن المنتجات الصحية. يجب أن تضمن هذه القدرات وصولاً موثوقاً إلى الأدوية الأساسية واللقاحات والتشخيصات والسلع للنساء وحديثي الولادة والأطفال. يجب أن تتحرك الاستثمارات والإنتاج الأفريقي والتوصيل الفعال كلها معاً.

ستستخدم المفوضية هذا التقرير لتعزيز المساءلة وتسريع الالتزامات القائمة. مع المركز الإفريقي للسيطرة على الأمراض، والمجتمعات الاقتصادية الإقليمية والدول الأعضاء، وسندفع خطة عمل مابوتو، وحملة (CARMMA Plus)، وأجندة البطل الأفريقي الثلاثة للأصفار: صفر ولادات منزلية، صفر وفيات أمهات وحديثي الولادة يمكن الوقاية منها، وصفر أطفال غير ملقحين. يجب أن يكون التقدم مرئيا في حياة النساء وحديثي الولادة والأطفال.

أشكر الدول الأعضاء على شهادتهم ومركز مكافحة الأمراض في أفريقيا على قيادته في إعداد هذا التقرير.
وأدعو الدول الأعضاء والمجتمعات الاقتصادية الإقليمية والشركاء إلى اتخاذ إجراءات بناء على هذه النتائج: الاستثمار فيما ينجح، تعزيز المساءلة، توسيع الحلول الأفريقية، وسد الفجوة بين الأدلة والتنفيذ. التزاماتنا واضحة؛ التنفيذ هو الأولوية الآن.

سعادة محمود علي يوسف
رئيس لجنة الاتحاد الأفريقي

المدير العام لمركز مكافحة الأمراض في أفريقيا



تم تأسيس مراكز أفريقيا لمكافحة الأمراض والوقاية منها لتزويد هذه القارة بالذكاء الوبائي الذي تحتاجه لحماية شعبها، ولتحويل تلك المعلومات إلى عمل منسق من الدول الأعضاء. هذا التقرير هو الهدف التأسيسي الذي تم تطبيقه، لأول مرة على المستوى القاري، على وفاة الأمهات وحديثي الولادة في أفريقيا. أشكر بصدق جميع الدول الأعضاء ال 55 على فتح أنظمتها لهذا التدقيق، وعلى مراجعتها لبياناتها بصدق لا يتزعزع، وثقتها بأن الحقيقة التي يرويها هذا التقرير هي الخطوة الأولى نحو الإجراء الذي نطالب به.

والطريقة التي يستخدمها التقرير طريقة متعمدة. فبدلا من إضافة تقدير نموذجي آخر إلى مجال مزدحم بالفعل، جمعت مراكز مكافحة الأمراض في أفريقيا وقرأت بالكامل 199 تقريراً وطنياً لمراجعة وفيات الأمهات وحالات ما قبل الولادة من 34 دولة عضو، إلى جانب تقييم قاري للسياسات والتمويل والتنسيق وأنظمة البيانات التي اكتملت وتم التحقق منها من جميع الدول ال55. والنتيجة هي أول قاعدة أدلة من نوعها: حساب لأسباب وفاة النساء والمواليد الجدد في أفريقيا، مستمد من المراجعات التي يجريها الأطباء ووزارات الصحة الأفارقة على أنظمتهم الخاصة، ومقارنة مباشرة بتقارير تلك الدول الأعضاء نفسها عن الآلية التي تهدف إلى اتخاذ إجراءات بناء على تلك النتائج.

تحمل النتائج تداعيات استراتيجية مباشرة على هذه المؤسسة والدول الأعضاء التي تخدمها. أولا، القيد الذي يحدده هذا التقرير ليس المعرفة الطبية أو حتى الالتزام السياسي — فحوالي 96٪ من الدول الأعضاء تتبع سياسة صحة جنسية وتكاثرية، ولا يستشهد سوى بالإرادة السياسية كعائق أمام تنفيذها. القيد هو هيكل التنفيذ: خطط تشغيلية مكلفة، آليات تنسيق وظيفية، بنود ميزانية مخصصة، وقبل كل شيء، الانضباط في التصرف بناء على الأدلة التي جمعتها الدولة بالفعل. فقط أربعة عشر من أصل أربع وثلاثين دولة عضو لديها أنظمة مراجعة للوفيات يمكنها إثبات أن توصيات العام السابق قد تم تنفيذها. يجب قراءة هذا الرقم الواحد كمؤشر الأداء المركزي لحوكمة صحة الأمهات والمواليد في هذه القارة، ويقترح هذا التقرير، وثلاثة أخرى مستمدة بنفس الطريقة، إطار للمساءلة يجب متالعة التقدم بناء عليه.

ثانيا، ينشر هذا التقرير ضمن بيئة تمويل تغيرت جوهريا. تقلصت المساعدات التنموية للصحة في أفريقيا بحوالي 70٪ منذ عام 2021 ولن تعود إلى مستواها السابق خلال هذا العقد. تستند الاستجابة الاستراتيجية لمركز مكافحة الأمراض في أفريقيا لهذا الانكماش — دعم الدول الأعضاء لتعزيز التمويل الصحي المحلي، واستضافة الأمانة القارية لتنفيذ أجندة لوساكا — مباشرة من نتائج التمويل في هذا التقرير: حيث تتلقى ست وعشرين دولة عضوا تمويلا خارجيا لصحة الإنجاب وصحة الأمهات وحديثي الولادة والأطفال دون أن تظهر ارتفاعاً مماثلاً في الاستثمار المحلي، وأن أفريقيا تستورد حوالي 80٪ من السلع الصحية التي تحدد أدلتها السريرية على أنها الأكثر حاجة بشكل عاجل. تعزز هذه النتائج الحجج حول أولويات التصنيع المحلي وتعبئة الموارد المحلية التي اعتمدتها هذه المؤسسة بالفعل، كبديل عن تقليلها.

ثالثا، يؤكد هذا التقرير أن الحلول موجودة بالفعل داخل القارة، تم تطويرها ومثبتة من قبل الدول الأعضاء نفسها. ويوثق، بالاسم ومع الأدلة المثبتة، تدخلات أدت إلى تقليل الوفيات بشكل ملموس أو عززت الأنظمة التي تمنعه — مثل نظام النقل الطارئ الوطني في تنزانيا، واتفاقية التمويل المشترك المحلية لإثيوبيا لمنتجات تنظيم الأسرة، وتسليم منتجات الدم جوا في رواندا، وحزمة النزيف بعد الولادة في الخطوط الأمامية في غينيا. إن دور مركز مكافحة الأمراض في أفريقيا، الموضح بوضوح

في القسم 8 من هذا التقرير، هو دعم اعتماد وتكييف هذه النماذج عبر الدول الأعضاء، وأن تكون صريحة، كما هو الحال في هذا التقرير، حول تلك النماذج التي يمكن نقلها مباشرة وتعتمد على الظروف الخاصة بالدولة التي أنتجتها.

رابعا، والأهم من ذلك، يعزز هذا التقرير نقطة طرحتها هذه المؤسسة في أماكن أخرى لكنها الآن تثبت بشكل مباشر: لا يمكن تقديم RMNCAH كبرنامج عمودي بجانب الرعاية الصحية الأولية — بل هو هدف الرعاية الصحية الأولية. جهات الاتصال قبل الولادة، والولادة، وما بعد الولادة، والتطعيم التي يفحصها هذا التقرير هي من أكثر نقاط الاتصال شيوعا بين الأسر الأفريقية وأنظمتها الصحية، ومراجعات الوفيات التي تم جمعها هنا تتبع مرارا وتكرارا الوفيات التي يمكن الوقاية منها إلى فجوات في المستوى الأولي والإحالة الأولى — علامة خطر لا يتم التعرف عليها في مركز صحي، نزيف لم يدار قبل الوصول إلى المنشأة، ولا إنعاش مولود جديد لأن أقرب فريق لم يكن مجهزا لذلك. لذلك، فإن تعزيز الرعاية الصحية الصحية ليس أولوية موازية لتقليل وفيات الأمهات وحديثي الولادة؛ بل هو الآلية الرئيسية التي يغلق بها فجوة المساءلة التي يحددها هذا التقرير عند النقطة التي يطلب فيها النساء والأطفال الرعاية فعليا.

تم إعداد هذا التقرير لدعم تفويض بطل الاتحاد الأفريقي لصحة الأم والطفل، ويجب قراءته كأساس تقني لهذا التفويض بدلا من كونه وثيقة مستقلة. سيستخدم مركز مكافحة الأمراض في أفريقيا هذا التقرير لتوجيه برامجها الخاصة، ولتتبع مؤشرات المساءلة التي يقترحها سنويا، وتقديم تقرير للجمعية حول ما إذا كانت الفجوة التي يحددها هذا التقرير — بين الأدلة التي تولدها الدول الأعضاء بالفعل والإجراءات المتخذة بشأنها — قد تغلق.
الأدلة المجمعة هنا من أصل أفريقي وملكية أفريقية. مسؤولية مركز مكافحة الأمراض في أفريقيا هي ضمان استخدامها.

وأخيرا، أود أن أعبر عن شكري لقسم صحة الأم والمواليد الجدد والطفل والمراهقين (MNCAH) والصحة الجنسية والإنجابية (SRH)، ضمن مركز الرعاية الصحية الأولية في مركز أفريقيا CDC، على قيادتهم لهذا العمل. الخطوة الحاسمة التالية هي نقل نفس الأدلة والانضباط إلى الأمام — من الصفحات إلى التسليم — كمحرك تقني لتنفيذ خريطة طريق الاتحاد الأفريقي، حتى يذكر هذا التقرير ليس كتشخيص، بل كلحظة بدء تنفيذ خارطة طريق AU Champion بجدية مع أدلة من جميع الدول الأعضاء ال 55 في الاتحاد الإفريقي.

سعادة الدكتور جين كاسيا، المدير العام،
مراكز أفريقيا لمكافحة الأمراض والوقاية منها

1. الملخص التنفيذي

لرؤساء الدول والحكومات الأفارقة، ووزراء الصحة والمالية، والجمعية العامة للأمم المتحدة

يقدم هذا الملخص نتائج مراجعة أدلة كلفت بها رابطة الاتحاد الأفريقي بطل صحة الأم والطفل. يذكر العبء، والأساليب المستخدمة، وما تظهره الأدلة، وما يترتب عليه. يتم ذكر مصادر لكل رقم في نقطة الاستخدام في نص التقرير.

1 من 34	**10×**	**69%**	**388**
تحلل الدول الأعضاء التأخيرات وإمكانية التجنب واتخاذ إجراءات بناء على النتائج	يتطلب التقدم الأسرع للوصول إلى هدف أهداف التنمية المستدامة بحلول عام 2030	أما وفيات الأمهات فى العالم فتفى الدول الأعضاء في الاتحاد الأفريقي	وفيات الأمهات لكل 100,000 ولادة حية عبر دول الاتحاد الأفريقى الأعلى، 2023

الخلفية

تظل وفيات الأمهات وحديثي الولادة مركزة في أقلية من دول الاتحاد الأفريقي. في عام 2023، يقدر أن 260,000 امرأة توفين حول العالم لأسباب تتعلق بالحمل والولادة، منهن حوالي 178,600، أي حوالي 69٪، توفين في دول الاتحاد. بلغت نسبة وفيات الأمهات عبر الدول الأعضاء 388 حالة وفاة لكل 100,000 ولادة حية، مقابل متوسط عالمي يبلغ 197. تمثل الدول الأعضاء أيضا حوالي 1.18 مليون حالة وفاة حديثة الولادة سنويا، أي 51٪ من إجمالي العالم.

الدول الأعضاء الخمس والخمسين في الاتحاد الأفريقي ليست مجموعة وبائية واحدة. تتراوح وفيات الأمهات من 17 حالة وفاة لكل 100,000 ولادة حية إلى 993، ويركز العبء حسب المنطقة. تسجل غرب أفريقيا 682 وفاة لكل 100,000 ولادة حية وتمثل 55٪ من جميع وفيات الأمهات في القارة الأفريقية؛ تسجل وسط أفريقيا 439 لكل 100,000 مولود حي، وشرق أفريقيا 260 لكل 100,000 مولود حي، وجنوب أفريقيا 162 لكل 100,000 مولود حي، وشمال أفريقيا 50 لكل 100,000 مولود حي. تحمل أربع من المناطق الخمس معا 99٪ من وفيات الأمهات في أفريقيا. يجب قراءة المجمعات القارية مع وضع هذا التركيز في الاعتبار.

انخفضت وفيات الأمهات عبر الدول الأعضاء بنسبة 42٪ بين عامي 2000 و2023، من 666 إلى 388 وفاة لكل 100,000 ولادة حية. وبمعدل الانخفاض السنوي الملحوظ البالغ 2.4٪، ستسجل الدول الأعضاء حوالي 330 وفاة لكل 100,000 ولادة حية في عام 2030، أي ما يقارب خمسة أضعاف هدف التنمية المستدامة. لتحقيق هذا الهدف يتطلب زيادة معدل الانخفاض بحوالي عشرة أضعاف. بدأ التباطؤ بعد عام 2016، أي قبل عدة سنوات من الانكماش الأخير في المساعدات التنموية مؤخرا.

الطرق

تم دمج خمسة أدلة. أولا، مراجعة منظمة ل 199 تقرير مراجعة وطني لمراجعة وفيات الأمهات والولادة والوثائق ذات الصلة التي تغطي 62٪ (34) من الدول الأعضاء، تم استخراج 78 سجلا تغطي أسباب الوفاة، التأخيرات المساهمة، إمكانية التجنب، وما إذا كان كل تقرير يتتبع التقدم مقابل توصياته السابقة. ثانيا، تقييم قاري لسياسة الصحة الجنسية والإنجابية، والتنسيق، والتمويل، والمراقبة، وتقديم الخدمات للفترة من 2021 إلى 2025، يتم إكمالها من قبل جميع الدول الأعضاء ال55 وتم التحقق منه في ورشتين إقليميين. ثالثا، أمثلة الدول على التدخلات والمشاريع ذات التأثير العالي التي رشحتها الدول الأعضاء وتم تقييمها بناء على قوة الأدلة. رابعا، الأدبيات المحكمة حول مراقبة واستجابة وفيات الأمهات والولادة. خامسا، تقديرات عامة منشورة لوفيات الأمهات وحديثي الولادة.

توزيعات الأسباب المأخوذة من مراجعات الوفيات الوطنية غير قابلة للمقارنة بين الدول، لأن المقامات، وأنظمة التصنيف، وتغطية المراجعة تختلف. يتم الإبلاغ عنها هنا كأنماط، ولا تستخدم لترتيب الدول الأعضاء.

النتائج

سبب الوفيات. يعد النزيف التوليدي السبب الرئيسي المسجل لوفاة الأمهات في 18 من أصل 25 دولة عضو تبلغ عن توزيع كمي، أي 72٪ منها. تأتي اضطرابات ارتفاع ضغط الدم في المرتبة الثانية في معظم الحالات وتتزايد في عدة حالات. فقر الدم أكثر وضوحا في المراجعات الوطنية الأفريقية منه في التقديرات العالمية: فهو يتصدر في النيجر ويمثل 70٪ من وفيات الأمهات غير المباشرة في جمهورية الكونغو الديمقراطية. بين حديثي الولادة، يشكل الخدج والاختناق أثناء الولادة معا حوالي ثلاثة أرباع الوفيات المسجلة.

التأخيرات (تأخير في قرار طلب الرعاية، تأخير في السفر للوصول إلى الرعاية وتأخر في تلقي الرعاية الجيدة في المرافق الصحية). مع توسع حضور الولادة الماهرة، انتقل التأخير الحاسم في عدد متزايد من الدول من الوصول إلى الحصول على رعاية كافية داخل واحدة. سجلت أوغندا ارتفاع التأخير في تلقي الرعاية بينما انخفضت الاثنتان الأخريان، كما نسب تدقيق وطني رواندي ل 987 حالة وفاة رعاية مرافق دون المستوى إلى 61.1٪ منها. لا يزال الوصول هو القيد الملزم في أماكن أخرى، وبشكل واضح في جمهورية الكونغو الديمقراطية.

قابلية التجنب. كل دولة عضو قامت بتقييم السؤال تحكم أن غالبية الوفيات التي تم مراجعتها كانت قابلة للمنع، في نطاق يتراوح بين 58٪ إلى 96٪.

المساءلة. من بين 34 دولة عضو تم فحص تقارير مراجعة الوفاة التي فحصتها، تطبق تسع دول نموذج التأخير الثلاثة بشكل كموي، وتسع تقيم إمكانية التجنب، وأربعة عشر تقريرا عن تقدم مقابل التوصيات الصادرة في الدورات السابقة. هذه مجموعات دول مختلفة إلى حد كبير، وتقوم دولة عضو واحدة بكل هذه الثلاثة. توفر نيجيريا أول مقياس وطني لنقطة انقطاع الدورة: تم الإبلاغ عن 83.6٪ من وفيات الأمهات لكن تم مراجعة 17.8٪ فقط، وللوفيات حول الولادة 37.1٪ و1.7٪ على التوالي. انخفضت نسبة وفيات الأمهات المسجلة التي اجتازت المراجعة في نيجيريا من 41٪ في 2022 إلى 17٪ في 2025، مما يقيس تدهورا في المراقبة بدلا من الوفيات.

الأنظمة. تدمج 49 من أصل 55 دولة أعضاء مؤشرات الصحة الإنجابية في نظام المعلومات الصحية الوطني، و39 قدمت بيانات تقديم الخدمات من أي نوع، وتمكنت 14 من الإبلاغ عن أسباب الوفاة لحديثي الولادة. أبلغت سبعة وثلاثون عن نظام تدقيق حول الولادة وظيفي. ولدى ثمانية وعشرين دولة خط ميزانية مخصص للصحة الجنسية والإنجابية، و26 تتلقى تمويلا خارجيا دون زيادة في الإنفاق المحلي.

التمويل. انخفضت المساعدات التنموية للصحة في أفريقيا من 25.8 مليار دولار أمريكي في عام 2021 إلى حوالي 13 مليار دولار أمريكي في عام 2025. تستورد أفريقيا حوالي 80٪ من سلعها الصحية، بما في ذلك 60٪ من حمض الترانيكساميك المستخدم في علاج نزيف ما بعد الولادة، وهو السبب الرئيسي لوفيات الأمهات في القارة.

التفسير

تم تحديد أسباب وفاة الأمهات والمواليد الجدد في أفريقيا، ويعتبر الأطباء الذين راجعوها الغالبية العظمى من هذه الوفيات قابلة للوقاية. القيد الملزم ليس المعرفة بل إكمال دورة الاستجابة: يتم توليد الأدلة وتوثيقها ثم لا يتم التصرف بناء عليها بشكل منهجي.

تدعم أدلة التجارب مراجعة وفاة الأمهات كجزء من تدخل معقد يجمع بين المراجعة وتطوير القيادة والتدريب السريري. بهذا الشكل، من المحتمل أن تقلل من وفيات الأمهات الداخلية في المستشفيات المحولات الأولى، وتزيد بشكل أوضح نسبة النساء

اللاتي يتلقين رعاية عالية الجودة. لا تدعم مراجعة الوفاة كنشاط مستقل. حيث تم إكمال الدورة على المستوى الوطني، انخفضت الوفيات.

ونظرا لأن التباطؤ في التقدم يسبق تقليص المساعدات الإنمائية، فإن استعادة التمويل الخارجي وحدها لن تعيد المسار. القيود هيكلية، والرئيسية منها تحت سيطرة الدول الأعضاء.

الخاتمة

يحدد القسم 7 عشر فرص. الثلاث الأولى، وهي إغلاق حلقة المساءلة، وإصلاح الإشعارات قبل تحسين جودة المراجعة، واعتماد معايير جودة البيانات قبل المكالمة التالية، تتطلب قرارات بدلا من تمويل جديد ويمكن تنفيذها خلال فترة بطل واحدة. يمكن تقييم التقدم نحو الثلاثة أصفار في خارطة الطريق ضمن دورة سياسية مقابل أربعة مؤشرات وسيطة، كل منها مستمد من أدلة أنتجتها الدول الأعضاء ووضعتها في الجدول 1.

الجدول 1. *علامات المساءلة المقترحة لفترة البطل وخلفاءه. انظر القسم 7.6.*

بحلول عام 2030	خط الأساس اليوم	العلامة
الجميع	14 من 34	الدول الأعضاء التي تسجل تقريرها الوطني لمراجعة الوفيات تقدما مقارنة بالتوصيات السابقة
الأغلبية	أقل من 30٪	وفيات الأمهات المسجلة فى أنظمة المعلومات الوطنية التى يتم إخطارها للمراجعة
الجميع	14 من أصل 55 قدموا بيانات أسباب حديثي الولادة؛ 16 قدموا لا شيء	الدول الأعضاء التي تقدم بيانات كاملة لتقديم الخدمات، بما في ذلك أسباب وفاة حديثي الولادة
الجميع	28 من أصل 55 لديهم خط أدوار؛ 18 أبلغوا عن زيادة	الدول الأعضاء التى لديها خط ميزانية مخصص للصحة النسبية وارتفاع الإنفاق المحلى بالمعادلات الحقيقية

2. الخلفية

هذا التقرير أعده مراكز أفريقيا لمكافحة الأمراض والوقاية منها دعما لتفويض بطل الاتحاد الأفريقي لصحة الأم والطفل. يوضح ما الذي يقتل الأمهات والمواليد الجدد والأطفال في أفريقيا، ولماذا، وما الذي تعرف القارة بالفعل كيف تفعله حيال ذلك. كتب أولا لرؤساء الدول والحكومات الأفارقة، ووزراء الصحة والمالية، والمسؤولين في الدول الأعضاء الذين سيتعين عليهم اتخاذ إجراءات بناء عليه.

2.1 لماذا هذا التقرير، وما الجديد فيه

التقارير حول وفيات الأمهات والأطفال في أفريقيا ليست نادرة. ما كان مفقودا هو تركيب قاري يقرأ أدلة الدول الأعضاء حول وفياتها على نطاق واسع، ويقارن بما تقاربه تلك الدول الأعضاء نفسها عن سياساتها وتمويلها وأنظمة بياناتها.

يفعل هذا التقرير ذلك لأول مرة. يجمع بين مراجعات الوفاة الأمومة وفترة ما قبل الولادة التي أعدتها 34 دولة عضو (199 وثيقة، تمت مراجعتها بالكامل) مع التقييم القاري الذي أكملته جميع الدول الأعضاء ال 55 في عام 2026 وتم التحقق منه في ورش العمل الإقليمية [15]. يجيب مجموعتا الأدلة على أسئلة مختلفة. يحدد التقييم الأنظمة الموجودة. تحدد مراجعات الوفاة ما يحدث للنساء والمواليد الجدد داخل تلك الأنظمة، وما هو التأخير الذي ساهم، وما إذا كانت الوفيات قد حكمت بأنها قابلة للتجنب. عند قراءتها معا، تسمح باستنتاج لا يدعمه أي منهما بمفرده.

التقرير مبني عمدا على الأدلة الأفريقية. تستخدم التقديرات العالمية للحجم والمقارنة والاتجاه، وهي ضرورية لهذه الأغراض. لكن تفسير سبب وفاة النساء والأطفال الأفارقة يستمد حيثما أمكن من المراجعات التي يجريها الأطباء الأفريقيون ووزارات الصحة على أنفسهم، لأن هذه هي السجلات الوحيدة التي تحدد الدم المفقود، وسيارة الإسعاف الغائبة، والبارتوغراف غير المستخدم، والتوصية التي أعدت ثلاث سنوات متواصلة ولم تنفذ أبدا.

2.2 الالتزامات التي يبلغ عنها هذا التقرير

لا تفتقر أفريقيا إلى الالتزامات القارية في صحة الأم والطفل. إن كان لديها، إن كان هناك شيء، هيكل كثيف بشكل غير معتاد لهم، موضح في **الجدول 2.1**، وهذا التقرير مكتوب وفقا لتلك البنية وليس إلى جانبها.

***الجدول 2.1** الالتزامات القارية والعالمية التي يقيم بناء عليها هذا التقرير التقدم.*

ما يلتزم به الدول الأعضاء	نقطة على السطر	الآلة
الوصول الشامل إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية الشاملة، المنظمة حول عشرة مجالات ذات أولوية	2016–2030	خطة عمل مابوتو
إطار النظام الصحى القارى الذى تقع ضمنه الاستراتيجيات الوطنية	2016–2030	استراتيجية الصحة فى أفريقيا
مخطط التنمية طويل الأمد للاتحاد، بما في ذلك مواطنين أصحاء وذوي تغذية جيدة	2013–2063	أجندة 2063
تسريع تقليل وفيات الأمهات، تماشيا مع أجندة 2063، وأهداف التنمية المستدامة، وخطة عمل مابوتو المعدلة	2009; إعادة تعزيزه فى 2021–2030	CARMMA و CARMMA Plus
حقوق المرأة فى أفريقيا، بما فى ذلك الحقوق الإنجابية	2003	بروتوكول مابوتو
تخصيص ما لا يقل عن 15٪ من الإنفاق الحكومى للصحة	2001	إعلان أبوجا

ما يلتزم به الدول الأعضاء	نقطة على السطر	الآلة
الهدف 3.1: معدل MMR أقل من 70 لكل 100,000. الهدف 3.2: وفيات حديثي الولادة عند أو أقل من 12 لكل 1,000	2015–2030	أهداف التنمية المستدامة
خمسة تحولات في كيفية عمل المبادرات الصحية العالمية، بما في ذلك تحفيز خدمات صحية مستدامة وممولة محليا وتنسيق التصنيع الإقليمي. تمت الموافقة من رؤساء دول الاتحاد الإفريقي والحكومات في فبراير 2024؛ أفريقيا CDC تستضيف الأمانة القارية لتنفيذ ذلك	2023	أجندة لوساكا
صفر وفيات أمهات، ولا وفيات حديثة الولادة يمكن الوقاية منها، وصفر أطفال غير ملقحين، يتم السعي إليه من خلال أنظمة المساءلة، والتمويل المستدام، والتصنيع المحلي للسلع الصحية، والتنسيق الذي تقوده البلاد	2026–2030	خارطة طريق أبطال الاتحاد الأفريقي

تتبع ثلاث ملاحظات من ذلك الجدول تشكل التقرير. أولا، الالتزامات ليست محل شك ولا تتطلب إعادة صياغة: فقد اعتمدتها الدول الأعضاء مرارا وتكرارا ومؤخرا. ثانيا، تتقاطع هذه الالتزامات على نفس العدد القليل من النتائج القابلة للقياس، مما يجعل التقدم قابلا للتقييم. ثالثا، سجل التنفيذ ضدها غير متساو بطرق موثقة لكنها نادرا ما تجمع، فثلاث دول فقط (رواندا، بوتسوانا وكابو فيردي) حققت هدف أبوجا في أحدث الأرقام المبلغ عنها في يوليو 2026 [5]، ومن المتوقع أن تفشل القارة في تحقيق هدف التنمية المستدامة 3.1 بفارق خمسة أضعاف [2].

لقد قلصت أفريقيا أكثر من النصف من المخاطر التي تواجهها المرأة في الولادة منذ مطلع القرن. كما أصبحت، خلال نفس الفترة، المنطقة التي تحدث فيها الغالبية العظمى من وفيات الأمهات والمواليد والأطفال في العالم الآن. كلا التصريحين صحيحان، والحفاظ عليهما معا هو بداية لتحليل صادق للوضع. القارة لا تفشل في إحراز تقدم. إنها تحقق تقدما ببطء شديد، من قاعدة عالية جدا، مقابل عدد سكان ينمو أسرع من النظام الصحي الذي يخدمها، وهي تفعل ذلك الآن بينما يتم سحب التمويل الخارجي الذي دعم جزءا من هذا التقدم بسرعة غير مسبوقة.

2.3 العبء اليوم

في عام 2023، يقدر أن 260,000 امرأة توفين حول العالم لأسباب تتعلق بالحمل والولادة [1]. حوالي 178,600 منهم، أي حوالي 69٪ من إجمالي العالم، توفين في الدول الأعضاء في الاتحاد الأفريقي، إلى جانب حوالي 1.18 مليون وفاة حديثة الولادة سنويا [1,3].

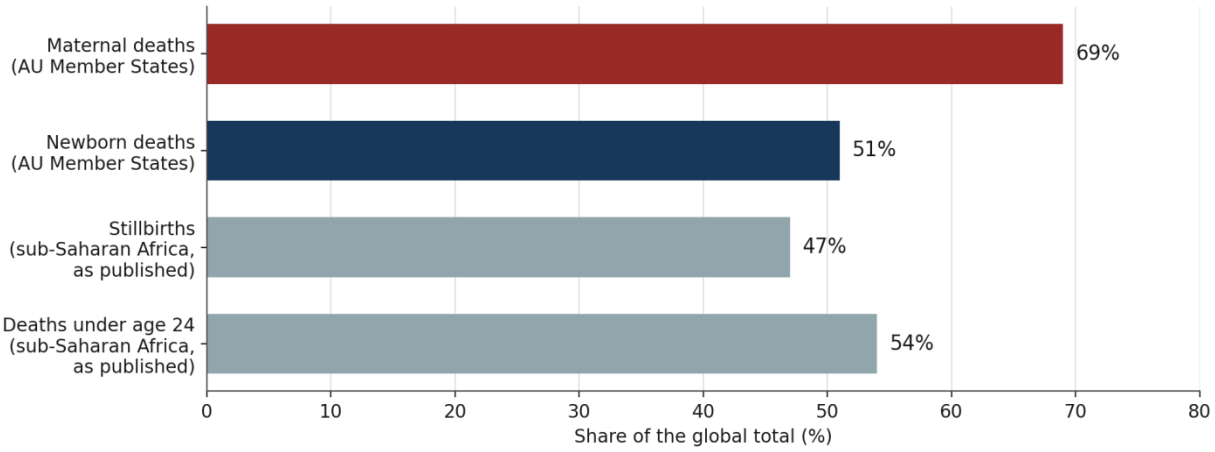
بلغت نسبة وفيات الأمهات عبر دول الاتحاد الأفريقي 388 حالة وفاة لكل 100,000 ولادة حية في عام 2023، مقابل متوسط عالمي يبلغ 197 [1]. لذلك، تواجه المرأة التي تلد في دولة عضو تقريبا ضعف خطر الوفاة العالمي المتوسط، والفارق مع المناطق ذات الدخل المرتفع أوسع بكثير. الأرقام المنشورة لنفس العام هي 442 لمنطقة منظمة الصحة العالمية الأفريقية، التي تضم سبعة وأربعين عضوا، و454 لأفريقيا جنوب الصحراء، وهي مجموعة إحصائية تابعة للأمم المتحدة [1,2]؛ ولا يتوافق أي منهما مع عضوية الاتحاد، ولا يستخدم أي من الرقمين في هذا التقرير كرقم قاري.

العبء لا يقتصر على الأمهات. تمثل الدول الأعضاء في الاتحاد حوالي 1.18 مليون حالة وفاة حديثة الولادة سنويا، أي 51٪ من إجمالي الأمهات العالمي، محسوبة على نفس أساس الأرقام السابقة للأمهات؛ معدل وفيات حديثي الولادة عبر الدول الأعضاء هو 25.7 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية مقابل متوسط عالمي يبلغ 17.6 [3]. لا تنشر حالات الولادة الميتة ووفيات الأطفال لأعضاء الاتحاد: وفقا لتقديرات الأمم المتحدة لأفريقيا جنوب الصحراء، التي تغطي جميع الدول الأعضاء في الاتحاد ما عدا الشمالية، تمثل هذه المجموعة 47٪ من حالات الولادة الميتة في العالم، وتسجل معدل ولادة ميتة يبلغ 22.2 لكل 1000 ولادة ميتة مقابل متوسط أوروبي غربي يبلغ 2.6، وتسجل معدل وفيات تحت سن الخامسة 71.2 لكل 1000 ولادة حية،

وهو الأعلى في جميع مناطق العالم وثمانية عشر ضعف معدل أستراليا ونيوزيلندا [23.4]. يحدد الشكل 2.1 هذه الأسهم مقابل الإجمالي العالمي.

هناك تمييز واحد يمتد عبر هذا التقرير بأكمله ويسهل ضياعه. الاتحاد الأفريقي لديه خمسة وخمسين دولة عضوا؛ ومنطقة أفريقيا التابعة لمنظمة الصحة العالمية لديها سبع وأربعون؛ وأفريقيا جنوب الصحراء، التي يستخدمها النظام الإحصائي للأمم المتحدة، هي المجموعة الثالثة مرة أخرى. هما ليسا قابلين للتبادل. كل رقم قاري في هذا التقرير يخص الدول الأعضاء في الاتحاد ويحسب من التقديرات على مستوى الدول في سلسلة وفيات الأمهات للأمم المتحدة من 2000 إلى 2023 من خلال جمع وفيات الأمهات والولادة الحية عبر الدول الأعضاء؛ وبتطبيق نفس الطريقة على مجموعات البنك الدولي الأفريقية نفسها، تعيد إنتاج المجمعات المنشورة بدقة. تتوفر تقديرات لأربع وخمسين دولة عضوا؛ ولا ينشر أي منها لجمهورية العرب العربية الديمقراطية الصحراوية. حيث يمكن الحصول على رقم فقط لتجميع آخر، يسمى هذا التصنيف حيث يعطى الرقم.

العبء ليس قاريا بشكل متساو. تختلف المناطق الخمس في الاتحاد الأفريقي بأكثر من ثلاثة عشر ضعفا: حيث تسجل غرب أفريقيا 682 حالة وفاة أمهات لكل 100,000 مولود حي، ووسط أفريقيا 439، وشرق أفريقيا 260، وجنوب أفريقيا 162، وشمال أفريقيا 50. تمثل غرب أفريقيا وحدها 55٪ من جميع وفيات الأمهات في الدول الأعضاء، وتمثل المناطق الأربع غير شمال أفريقيا 99٪ منها بينها. تمثل خمس دول أعضاء، نيجيريا، جمهورية الكونغو الديمقراطية، إثيوبيا، جمهورية تنزانيا المتحدة وتشاد، 64٪ من وفيات الأمهات في الاتحاد، ونيجيريا وحدها 42٪. لهذا نتيجتان على كيفية استخدام التقرير. وعندما يتحدث عن العبء وأسباب الوفاة وسرعة التقدم، فإنه يصف مناطق غرب ووسط وشرق وجنوب أفريقيا، والتحليل والفرص في القسمين 6 و7 موجهة بشكل رئيسي إلى الدول الأعضاء في تلك المناطق الأربع. وعندما يتحدث عن السياسات والتمويل وأنظمة البيانات، يصف جميع المناطق الخمسة والخمسين، لأن التقييم القاري وصل إلى جميع الخمسة وخمسين ولأن نقاط الضعف التي حددها في المساءلة والقياس لا تقتصر على الدول الأعضاء ذات أعلى معدلات وفيات. تظهر الدول الأعضاء في شمال أفريقيا أقل كجزء من المشكلة وأكثر كمصدر للممارسة القابلة للنقل وكمشاركين في العمل المعياري القاري الذي يقترحه القسم 7.



الشكل 2.1 حصة أفريقيا من العبء العالمي. المصادر: UN IGME (2025); UN MMEIG (2025). يتم حساب حصص الأمهات وحديثي الولادة عبر دول الاتحاد الأفريقي الأعضاء بناء على تقديرات على مستوى الدول. يتم نشر حصص الولادة الميتة وتحت سن 24 فقط لأفريقيا جنوب الصحراء وتعرض على هذا الأساس.

العبء يتحول نحو أفريقيا، لا بعيدا عنها

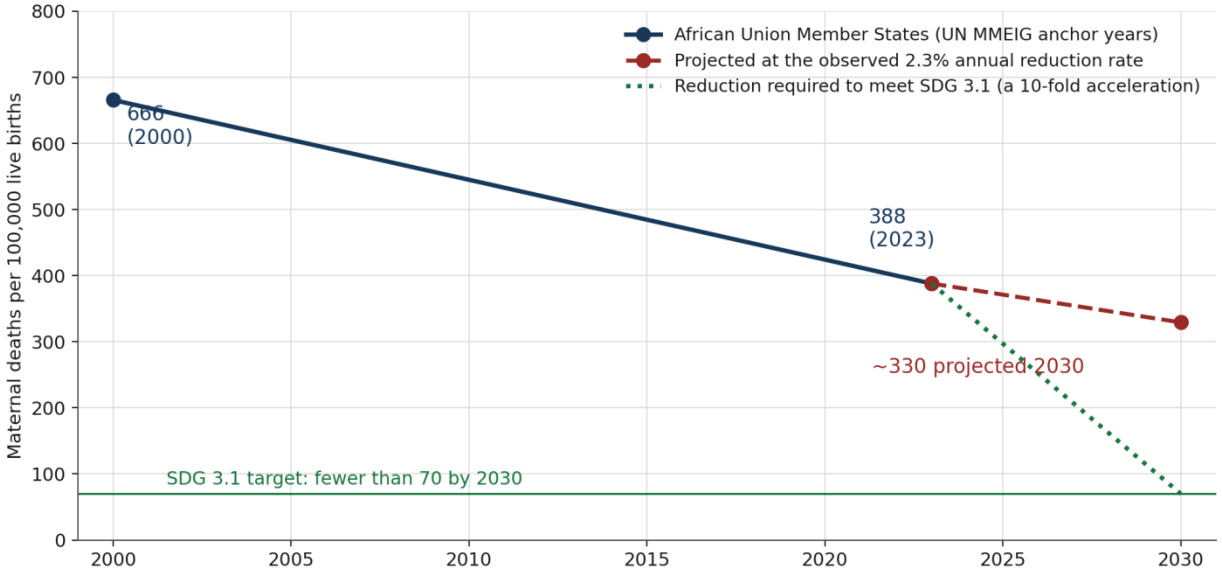
ارتفعت حصة أفريقيا من الوفيات العالمية بين الأطفال والمراهقين والشباب حتى سن 24 من 38٪ فى عام 2000 إلى 54٪ فى عام 2024 [3]. يعكس هذا التحول ثلاثة أمور فى آن واحد: النمو السكانى السريع، معدلات الانخفاض الأبطأ من المتوسط العالمي، واستمرار الأسباب التي يمكن الوقاية منها والتي تناولت مناطق أخرى إلى حد كبير العلاج.

وفقا للمسارات الحالية، يقدر أن 16.8 مليون طفل أفريقي سيموتون قبل بلوغهم الخامس بين الآن وعام 2030 [3]. لذلك، من المتوقع أن يستمر الحصة القارية من العبء العالمي في الارتفاع حتى مع استمرار انخفاض معدلات الوفيات في أفريقيا.

2.4 وتيرة التقدم وحجم الفجوة

بين عامي 2000 و2023، انخفضت وفيات الأمهات في دول الاتحاد الأفريقي بنسبة 42٪، من 666 إلى 388 وفاة لكل 100,000 ولادة حية [1]. هذا إنجاز كبير، تحقق خلال فترة شملت جائحة، ويجب ذكره بوضوح قبل وصف الصعوبة.

الصعوبة تكمن في الوتيرة. كان معدل الانخفاض السنوي الملحوظ بين عامي 2000 و2023 هو 2.4٪. وبهذا المعدل، ستسجل الدول الأعضاء حوالي 330 حالة وفاة أمهات لكل 100,000 ولادة حية في عام 2030، أي ما يقارب خمسة أضعاف هدف أهداف التنمية المستدامة البالغ أقل من 70. لتحقيق هذا الهدف يتطلب زيادة معدل الانخفاض السنوي بحوالي عشرة أضعاف. الصورة عالميا متشابهة في الشكل: فقد انخفضت نسبة وفيات الأمهات بنسبة 1.5٪ فقط سنويا منذ 2016، وهو تباطؤ ملحوظ مقارنة بالفترة السابقة [1]. يوضح الشكل 2.2 المسافة الناتجة بين المسار الحالي والهدف.



الشكل 2.2: وفيات الأمهات عبر دول الاتحاد الأفريقي مقابل هدف SDG 3.1. فقط سنوات الركيزة لمجموعة الأمم المتحدة MMEIG 2000 و2023 تم رسمها كنقاط بيانات ملاحظة. المصدر: UN MMEIG (2025)، تقديرات على مستوى الدول المجمعة عبر الدول الأعضاء.

تتبع صورة حديثي الولادة نفس النمط. انخفضت معدلات وفيات المواليد الميتة وحديثي الولادة في أفريقيا بنسبة 30٪ و33٪ على التوالي بين عامي 2000 و2023، لكن من المتوقع أن تسجل القارة معدل وفيات حديثي الولادة يقارب ضعف هدف التنمية المستدامة 3.2 ب 12 وفاة أو أقل لكل 1,000 ولادة حية بحلول عام 2030 [2]. من بين 27.3 مليون وفاة دون سن الخامسة المتوقع عالميا بين 2025 و2030، من المتوقع حدوث ما يقرب من 13 مليون في فترة حديثي الولادة [3].

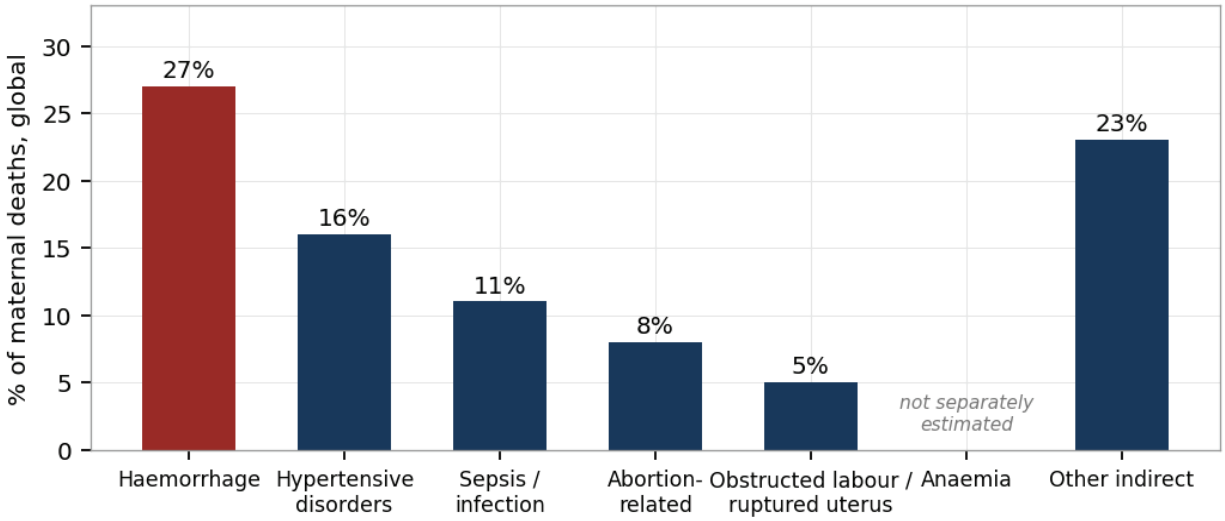
أهم ملاحظة في هذا القسم هي أن التباطؤ سبق صدمة التمويل الحالية. التقدم الذي خفض وفيات الأمهات والأطفال بنسبة تقارب 40٪ منذ أوائل الألفينات تباطأ بشكل حاد بعد 2016، أي قبل عدة سنوات من التخفيضات في المساعدات الإنمائية الموصوفة في القسم 2.7 [5]. لذلك، فإن أسباب التباطؤ هيكلية وليست مالية فقط، ولن يتم عكسها باستعادة التمويل الخارجي فقط.

كما يخفي المتوسط القاري النجاح الحقيقي. لقد وصلت ثماني دول أعضاء بالفعل إلى هدف الهدف المستدام 3.1 بأقل من 70 حالة وفاة أمهات لكل 100,000 ولادة حية: مصر (17)، تونس (36)، كابو فيردي (40)، سيشيل (42)، ليبيا (59)، الجزائر (62)، موريشيوس (66) والمغرب (70). ست دول أخرى ضمن ضعف الهدف، حيث تبلغ 140 أو أقل: ساو تومي وبرينسيبي (75)، زامبيا

(85)، موزمبيق (99)، إسواتيني (118)، جنوب أفريقيا (118) وناميبيا (139). لذلك، فإن أربعة عشر من أصل أربع وخمسين دولة عضو توجد تقديرات لها عند أو أقل من 140، وتشمل دولا أعضاء من أربع من خمس مناطق في الاتحاد الأفريقي. ما يجب أن تحققه القارة قد تحقق بالفعل داخلها.

2.5 ما الذي تموت به النساء والمواليد الجدد

الصورة العالمية واضحة وواضحة. أحدث تحليل منهجي لمنظمة الصحة العالمية لأسباب وفاة الأمهات، الذي شمل الفترة من 2009 إلى 2020، وجد أن النزيف هو السبب الرئيسي عالميا بنسبة 27٪ من الوفيات، مع أعلى نسبة في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وفي غرب آسيا وشمال أفريقيا [6]. تتبع اضطرابات ارتفاع ضغط الدم. معا، شكلت هاتان السببتان حوالي 80,000 و50,000 وفاة على التوالي في عام 2020 [7]. تشكل حالات أخرى مثل الأمراض المعدية والمزمنة بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية، والملاريا، وفقر الدم، والسكري، أساس ما يقرب من ربع جميع وفيات الأمهات [6]. يوضح **الشكل 2.3** التوزيع العالمي.



الشكل 2.3 *التوزيع العالمي لأسباب وفاة الأمهات، 2009–2020. لا يتم تقدير فقر الدم بشكل منفصل في التحليل العالمي، لكنه مسجل كسبب رئيسي من قبل عدة أنظمة مراجعة وطنية أفريقية (انظر القسم 6). المصدر: تحليل منهجي منظمة الصحة العالمية، لانست جلوبال هيلث (2025).*

تحدد تقييم منظمة الصحة العالمية لإقليمها الأفريقي الأسباب الرئيسية هي النزيف، اضطرابات ارتفاع ضغط الدم، العدوى، الإجهاض غير الآمن والمخاض المعدود، وكل واحدة منها، كما تشير المنطقة نفسها، إلى حد كبير قابلة للوقاية أو العلاج مع توفر الرعاية الجيدة في الوقت المناسب [2]. تشمل الأسباب الرئيسية بين حديثي الولادة: الولادة المبكرة، والمضاعفات أثناء الولادة، وتعفن الدم وعدوى حديثي الولادة الأخرى، والشذوذات الخلقية [2].

يختبر القسم 6 من هذا التقرير هذه الصورة العالمية مقارنة بما تسجله الدول الإفريقية في مراجعاتها الخاصة بالوفيات. الهاتان متسقتان إلى حد كبير فيما يتعلق بالنزيف، ويختلفان بطرق تعليمية في أماكن أخرى، لا سيما في فقر الدم، ووزن الأسباب غير المباشرة في البيئات ذات الانتشار العالي لفيروس نقص المناعة البشرية، ونسبة الوفيات التي لم يسجل لها أي سبب على الإطلاق.

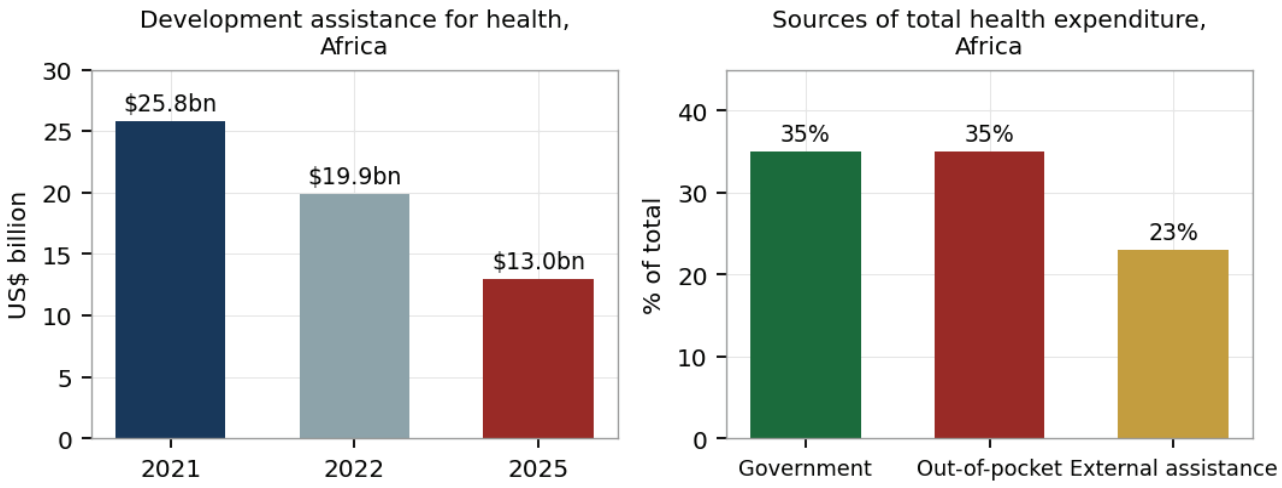
2.6 ارتفعت التغطية لكن الجودة لم تواكب الوتيرة

تحسنت تغطية الخدمات بشكل ملحوظ. أكثر من 60٪ من الدول الأفريقية الآن تبلغ أن أكثر من 80٪ من الولادات يرعاها كوادر صحي مهرة، مقابل 28٪ فقط في 2010 [2]. وهذا أحد أوضح المكاسب في حقبة أهداف التنمية المستدامة ويمثل جزءا كبيرا من انخفاض الوفيات الموصوف أعلاه.

ومع ذلك، فإن التغطية ليست هي نفسها الرعاية. تختلف التحديات بشكل حاد داخل الدول، حيث تستمر المناطق الريفية والمتأثرة بالأزمات في مواجهة نقص حاد [2]. والنتيجة المركزية لمراجعات الوفاة الوطنية التي حللت في القسم 6 هي أنه في عدد متزايد من الدول، فإن التأخير الحاسم لم يعد الوصول إلى منشأة بل في تلقي الرعاية الكافية بعد الوصول. تحدد منظمة الصحة العالمية العوائق الرئيسية أمام التقدم الإضافي هي نقص التمويل، وضعف الحوكمة، ونقص القوى العاملة الصحية، والصدمات المتكررة بما في ذلك التفشي والصراعات، مع تعرض النساء والأطفال في البيئات الهشة والمتأثرة بالأزمات لخطر خاص [2].

2.7 صدمة التمويل

يختلف السياق الذي كتب فيه هذا التقرير بشكل جذري عن أي تقييم قاري حديث. انخفضت المساعدات التنموية للصحة في أفريقيا من 25.8 مليار دولار أمريكي في 2021 إلى 19.9 مليار دولار أمريكي في 2022 وإلى حوالي 13 مليار دولار أمريكي في 2025، أي انخفاض بحوالي 70٪ خلال الفترة [8]. في عام 2025 وحده، انخفضت المساعدات الإنمائية الرسمية بنسبة 23٪، وهو أكبر انخفاض في سنة واحدة على الإطلاق، مع توقع انخفاض إضافي في 2026؛ انخفضت المساعدة الصحية تحديدا بنسبة 21٪، وامتصبت أفريقيا أعمق خسائر في أي منطقة بنسبة 25٪ [5]. يوضح الشكل 2.4 حجم الانكماش وتركيبة الإنفاق الصحي الذي يجب أن يستوعبه.



الشكل 2.4 *سياق التمويل. المصادر: مركز مكافحة الأمراض في أفريقيا، تمويل الصحة في عصر جديد في أفريقيا (2025)؛ PMNCH ومفوضية الاتحاد الأفريقي، أبيدجان (يوليو 2026).*

تقع العواقب بشكل غير متناسب على الخدمات التي يهتم بها هذا التقرير. رعاية الأم، وصحة حديثي الولادة، وتنظيم الأسرة، وخدمات المراهقين هي من أكثر المكونات التي تعاني من نقص مزمن في التمويل في أي ميزانية صحية، وعادة ما تكون أول خط يتم تقليصه عند التعاقد مع منحة أو انسحاب المتبرع [8]. وجد مسح لمنظمات أعضاء PMNCH أن ما يقرب من 90٪ قد تأثروا مباشرة بتخفيضات التمويل، وأكثر من 60٪ اضطروا بالفعل إلى تقليص البرامج، بشكل غير متناسب في الصحة المجتمعية والصحة الجنسية والإنجابية، وهي الخدمات التي تصل إلى النساء والمراهقين أولا [5]. تشير نمذجة سحب المساعدات الأمريكية من ست دول في غرب ووسط أفريقيا إلى زيادة في وفيات الأمهات بنسبة تقارب 45٪ بين السكان المحتاجين للرعاية الإنسانية في عام 2025، مما يعادل أكثر من ألف وفاة إضافية [9].

لم يملأ التمويل المحلي الفجوة وهو نفسه مقيد بنفسه. في جميع أنحاء أفريقيا، تمثل الحكومات حوالي 35٪ من إجمالي الإنفاق الصحي، والمساعدات الخارجية حوالي 23٪، والمدفوعات من جيبها لحوالي 35٪ [8]. وهذا يعني أن أكثر من ثلث تكلفة الرعاية لا تزال تقع مباشرة على الأسر عند نقطة الاستخدام، وهو أكبر حاجز مالي بين المرأة والرعاية التي تحتاجها. وفقا لأحدث الأرقام المبلغ عنها، في يوليو 2026، حققت ثلاث دول فقط (رواندا، بوتسوانا وكابو فيردي) هدف أبوجا بتخصيص 15٪ من الإنفاق الحكومي للصحة [5]، وفي أربع من كل عشرة دول تنفق الحكومات الآن أكثر على خدمة الديون مقارنة بالصحة والتعليم مجتمعة [5].

نقطة ضعف ذات صلة هي التصنيع. تستورد أفريقيا حوالي 80٪ من سلعها الصحية، بما في ذلك 60٪ من حمض الترانيكساميك المستخدم للسيطرة على نزيف ما بعد الولادة (PPH). يعد PPH السبب الرئيسي لوفيات الأمهات في القارة [5]. الضعف السريري الرئيسي للقارة ونقطة ضعف سلسلة التوريد الرئيسية فيه، في هذه الحالة، هما نفس الشيء.

الاستجابة لهذا الانكماش بدأت بالفعل تتشكل بالفعل، وليس في الأساس بحثا عن مانحين جدد. تسعى الحكومات الأفريقية والمؤسسات القارية إلى فرض ضرائب صحية مخصصة، وإصلاح التأمين الوطني، وتحويل الديون، وأدوات إقليمية مشتركة، وتسهيلات السيولة لشراء السلع. وضعت مركز مكافحة الأمراض في أفريقيا خطة من مرحلتين: تحديث خطط التمويل الصحي الوطنية في 30 دولة وتجربة آليات إيرادات مبتكرة حتى عام 2026، ثم دعم ما لا يقل عن 20 دولة لتمويل 50٪ أو أكثر من ميزانياتها الصحية من مصادر محلية مستدامة بحلول عام 2030 [36]. يقيم القسم 8.7 ما تظهره الأدلة عن كل من هذه الآليات، ويحدد القسم 7.4 ما يلي لصحة الأمهات وحديثي الولادة تحديدا.

2.8 هيكل السياسة القارية

أفريقيا لا تفتقر إلى الأطر. توفر خطة عمل مابوتو 2016–2030 الأداة القارية للوصول الشامل إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، وتتألف حول عشرة مجالات ذات أولوية [10]. حددت استراتيجية الصحة الأفريقية المعدلة 2016–2030 وأجندة 2063 البنية الأوسع للصحة والتنمية التي تقع ضمنها [10،11]. تم تعزيز حملة تقليل الوفيات النسبية المتسارعة في إفريقيا، التي أطلقت في 2009 تحت شعار "أفريقيا تهتم: لا ينبغي لأي امرأة أن تموت أثناء منح الحياة"، تحت شعار "كارما بلس" للفترة 2021–2030، التي تتماشى صراحة مع أجندة 2063، وأهداف التنمية المستدامة، واستراتيجية الصحة الأفريقية المعدلة، وخطة عمل مابوتو المعدلة [12،13]. وتقع هذه الخطط جنبا إلى جنب مع الهدفين 3.1 و3.2 من أهداف التنمية المستدامة، والاستراتيجية العالمية لصحة المرأة والأطفال والمراهقين 2016–2030، وبروتوكول مابوتو لحقوق المرأة.

يجب إضافة أجندة لوساكا إلى هذه البنية القارية، التي تم اعتمادها في ديسمبر 2023 كخاتمة لعملية مستقبل المبادرات الصحية العالمية وتم اعتمادها من قبل رؤساء دول وحكومات الاتحاد الأفريقي في فبراير 2024 [43]. وهي موجهة إلى المبادرات الصحية العالمية نفسها وتدعو إلى خمسة تحولات، منها اثنان يرتكزان مباشرة على هذا التقرير: تحفيز خدمات صحية مستدامة وممولة محليا، وتنسيق الأساليب للمنتجات والبحث والتطوير والتصنيع الإقليمي. تستضيف أفريقيا CDC الأمانة القارية لتنفيذها، مع إطار مساءلة مرفق [43]. الأهمية فيما يلي تكمن في أن الانتقال المالي الموصوف في القسم 2.7 ليس فقط ضرورة مالية مفروضة على القارة من الخارج؛ بل هو معيار اعتمده القادة الأفارقة بأنفسهم ويمكن محاسبة الشركاء الخارجيين ضده بشكل مشروع.

يجد التقييم القاري المبلغ عنه في **القسم 5** أن هذا الهيكل ينعكس الآن في السياسات الوطنية في كل مكان تقريبا: حيث تبلغ الغالبية العظمى من الدول الأعضاء عن وجود سياسة أو استراتيجية للصحة الاستراتيجية النسائية الجنسية، ومعظمها اعتمدها أو عدلها خلال السنوات الخمس الماضية. القيود الملزمة التي حددتها الدول الأعضاء تقع في أبعد السياسات، في خطط التشغيل المتكلفة وآليات التنسيق وخطوط الميزانية المخصصة، وأنظمة البيانات اللازمة لمعرفة ما إذا كانت أي منها تعمل.

القيادة السياسية على أعلى مستوى هي الآلية التي اختارها الاتحاد الأفريقي لسد هذه الفجوة. تعيين سعادة سامية سولوحو حسن، رئيسة جمهورية تنزانيا المتحدة، كبطلة في صحة الأم والطفل والصحة الجنسية والإنجابية والحقوق (الذي تم اعتماده في الدورة العادية التاسعة والثلاثين للجمعية) يضع تنسيق وتعبئة جهود الدول الأعضاء على مستوى رؤساء الدول [14]. تحدد

خارطة طريق البطل ثلاثة أهداف كتب عليها القسمان 7 و8 من هذا التقرير: صفر وفيات أمهات، صفر وفيات حديثة الولادة يمكن الوقاية منها، وصفر أطفال غير ملقحين، وتسعى لتحقيق ذلك من خلال أربعة مجالات تركيز: أنظمة المساءلة، التمويل المستدام، التصنيع المحلي للسلع الصحية، والتنسيق الذي يقوده البلد [34]. يوفر الإعلان الوزاري الذي اعتمد في اللجنة الفنية المتخصصة في أكتوبر 2025، وآليات المساءلة التي طرحت في جلسة اللجنة في أبيدجان في يوليو 2026، الآلية الحكومية الدولية التي تمارس من خلالها هذه القيادة [5]. وضعت الجلسة الاستثنائية لجمعية رؤساء الدول والحكومات في أكرا صحة الأمهات إلى جانب إنهاء الإيدز والسل في أعلى جدول أعمال صحي للاتحاد [35].

2.9 هيكل هذا التقرير

يلخص القسم الأول النتائج والإجراءات التي تلت منها. يحدد هذا القسم، **القسم 2،** الوضع: العبء، توزيعه عبر مناطق الاتحاد الخمس، وتيرة التقدم نحو الأهداف التي اعتمدتها القارة، والصدمة المالية التي تعيد تشكيل بيئة التشغيل الآن، والالتزامات التي يحكم عليها التقدم. **يحدد القسم 3** الأهداف. **يحدد القسم 4** الأساليب والقيود التي تحد كل استنتاج. يقدم **القسم 5** تقريرا عن التقييم القاري لجميع الدول الأعضاء ال55. يجمع **القسم 6** ما تظهره مراجعات الوفيات الخاصة بالدول الأعضاء حول أسباب وعوامل وفيات الأمهات وحديثي الولادة ويختبر تلك النتائج مقابل التقييم. يحدد **القسم 7** الفرص الناتجة، ويضع **القسم 8** الحواجز والنماذج المبنية على الأدلة ضد لبنات نظام الصحة الصحي لمنظمة الصحة العالمية. يوفر **الملحق 1** ملفا تعريفيا لكل دولة عضو؛ يقدم **الملحق 2** نماذج الدولة كاملة.

مجتمعة، يحدد الموقف المذكور أعلاه ما يجب أن يؤسسه هذا التقرير. العبء كبير، يتركز في أربع من مناطق الاتحاد الخمس، وينخفض ببطء شديد لتحقيق الهدف الذي وضعته القارة لنفسها. ارتفعت تغطية الرعاية دون تحقيق تحسن مماثل في النتائج، مما يشير إلى جودة الرعاية بدلا من الوصول إليها كقيد ملزم في عدد متزايد من الدول الأعضاء. التمويل الذي يعتمد عليه الكثير من الاستجابة القائمة قد تقلص بشكل حاد ولن يعود إلى مستواه السابق خلال هذا العقد. والالتزامات القارية التي يحكم عليها التقدم كثيرة وحديثة وغير محققة إلى حد كبير. ما لم يتضح من أي من هذا هو سبب موت النساء والمواليد الجدد في دول عضو معينة، أو ما ثبت بالفعل أنه يعمل ضد تلك الأسباب المحددة. الإجابة على هذين السؤالين تتطلب أدلة لا تستطيع التقديرات العالمية توفيرها: المراجعات التي تجريها الدول الأفريقية الأعضاء حول وفاتها، والحسابات التي تقدمها الدول الأعضاء عن أنظمتها. جمع وقراءة هذين المجموعتين من الأدلة ضد بعضهما البعض هو التحليل الذي يجريه هذا التقرير.

3. الأهداف

تم تكليف هذا التقرير للإجابة على سؤال واحد: ما هي أسباب ودوافع وفيات الأمهات والأطفال في أفريقيا، وما الذي ثبت بالفعل أنه يعمل ضدها؟ لم يتم تحديد أهداف رسمية في البداية. تم ذكرها هنا، مستمدة من هذا السؤال، ومطابقة مع الأساليب والنتائج التي تلتها.

أولا، تحديد العبء الحالي لوفيات الأمهات وحديثي الولادة والأطفال عبر دول الاتحاد الأفريقي الأعضاء، وتوزيعه بين مناطق الاتحاد الخمس، وسرعة التغير التي يتغير بها مقابل الأهداف التي اعتمدتها القارة (القسم 2، من تقديرات الأمم المتحدة على مستوى الدول).

ثانيا، وصف وضع السياسات والتنسيق والتمويل والمراقبة وتقديم الخدمات لكل دولة عضو، كما تبلغ الدول الأعضاء نفسها (القسم 5، من التقييم القاري).

ثالثا، تحديد ما الذي تسجله مراجعات الوفيات الأمومة وفترة ما قبل الولادة من الدول الأعضاء حول أسباب تلك الوفيات، والتأخيرات التي ساهمت فيها، وعدد الوفاة التي تم الحكم عليها بإمكانية التجنب (القسم 6، من مكتبة مراجعة الوفاة).

رابعا، قراءة هذين المجموعتين من الأدلة ضد بعضهما البعض لتحديد إخفاقات النظام التي تربطهما، ولاختبار ما إذا كانت القارة تتصرف بناء على الأدلة التي تولدها بالفعل (الأقسام 6.5 إلى 6.8).

خامسا، تحديد الفرص التي تلي ذلك، وتوثيق التدخلات التي نفذتها الحكومات الأفريقية بالفعل ضد هذه القضايا مع قوة الأدلة لكل منها (المادتان 7 و8، والملحق 2).

4. الطرق

يجيب هذا التقرير على سؤال واحد: **ما هي أسباب ودوافع وفيات الأمهات والأطفال في أفريقيا؟** ويقوم بذلك من خلال جمع خمسة مجموعات من الأدلة لم تقرأ من قبل ضد بعضها البعض؛ مراجعات الوفيات التي تجريها الدول الأفريقية على نفسها، والتقييم القاري للسياسات وتقديم الخدمات التي أكملتها الدول الأعضاء في عام 2026، والتقديرات العالمية التي أعدتها وكالات الأمم المتحدة، والأدبيات المحكمة التي أجريت من قبل الأقران، ومداولات الدول الأعضاء في ورش عمل التحقق من السياسات الإقليمية التي أجريت في يوليو 2026. يتم توجيه الطريقة عمدا نحو أولها، للسبب الموضح في نهاية القسم 2.

4.1 الأطر التحليلية

تنظم ثلاثة أطر تحليلية التحليل، كل منها يختار لأنه مستخدم بالفعل من قبل الدول الأعضاء وبالتالي يوفر لغة مشتركة بين هذا التقرير والأنظمة التي يصفها.

نموذج التأخيرات الثلاثة (ثاديوس وماين) يحدد أسباب وفاة الأم في تسلسل الأحداث التي سبقتها: التأخير في اتخاذ قرار طلب الرعاية، التأخير في الوصول إلى منشأة، وتأخر تلقي الرعاية الكافية بمجرد وصولها هناك. وهو الإطار الأكثر تطبيقا في مراجعات وفيات الأمهات الأفريقية، وله ميزة تحليلية في تمييز مشاكل الطلب والوصول والجودة، التي تتطلب استجابات مختلفة تماما [17].

تنظم لبنات بناء نظام الصحة في منظمة الصحة العالمية، وتقديم الخدمات، والقوى العاملة الصحية، وأنظمة المعلومات الصحية، والوصول إلى الأدوية والتقنيات الأساسية، والتمويل، والقيادة والحوكمة، تحليل المحركات والتدخلات التي تعالجها. توفر اللبنات الأساسية مفردات مشتركة بين وزارات الصحة ووزارات المالية والتخطيط، وتظهر نتيجة تتكرر طوال هذا التقرير: لا تدخل واحد ينجح بمفرده [16].

يستخدم تسلسل الرعاية من الحمل مرورا بالولادة إلى فترة المولود والطفولة لضمان تحليل نتائج الأمومة، والولادة الميتة، والمواليد الجدد، والأطفال كظواهر مترابطة وليس كظواهر منفصلة. حيثما تدعم الأدلة ذلك، يتم تطبيق إطار إنهاء وفيات الأمهات القابلة للوقاية (EPMM) وتركيزه على الجودة والمساواة والكرامة إلى جانب هذه [18].

4.2 مصادر البيانات

تم استخدام خمسة مصادر للأدلة ويتم تلخيصها في **الجدول 4.1**. يتم الإشارة إلى كل منها في نقطة الاستخدام طوال هذا التقرير. تم إغلاق كل من التقييم القاري ومكتبة مراجعة الوفاة أمام مواد جديدة في 30 يوليو 2026؛ سيتم عكس الطلبات المستلمة بعد ذلك التاريخ في المراجعة التالية. تم وصف تقييم أفريقيا من CDC للقارات وورش عمل التحقق من السياسات الإقليمية بالكامل في **القسم 5** [15].

استجابت جميع الدول الأعضاء ال 55 إلى التقييم القاري. استمر المحتوى في التحسن بعد النتائج الأولية: حيث قدمت عشر دول أعضاء (بنين، بوركينا فاسو، جمهورية أفريقيا الوسطى، غامبيا، غينيا، المغرب، نيجيريا، السنغال، جنوب أفريقيا وتونس) أحد عشر أداة وطنية لجمع البيانات خلال ورشة عمل كوتونو وبعدها مباشرة، وسبع دول أخرى (بوركينا فاسو مرة أخرى، الكاميرون،

جمهورية الكونغو الديمقراطية، الغابون، مالي، موزمبيق وساو تومي وبرينسيبي) قدمت أدوات الدول بين يونيو وسبتمبر 2026، ولأول مرة في الغابون وموزمبيق، وهذه الأدوات لها الأولوية على عوائد الاستطلاعات السابقة لأنها الأداة التي قامت الدولة العضو نفسها بالتحقق منها. يتركز التأثير في وحدة تقديم الخدمات بدلا من الردود السياسية: انخفض عدد الدول الأعضاء التي لم تقدم بيانات تقديم الخدمات من 19 إلى 16، وتضاعف اكتمال البيانات في شمال أفريقيا. تمت إضافة ثلاثة تقارير وطنية لمراجعة الوفيات (من الكاميرون والمغرب وجنوب أفريقيا) إلى المكتبة في يوليو 2026، وخمس وثائق إضافية (التقرير الوطني لجمهورية الكونغو الديمقراطية لعام 2025، وتقريران وطنيان نيجيريان لمجلس الديمقراطية والتنمية الديمقراطية للكونغو، وجهازان موزمبيقيان) في سبتمبر 2026.

تطوير أداة التقييم وإجراءات جمع البيانات

التقييم القاري الذي يقوم عليه هذا التقرير لم يتم تكليفه من خارج القارة ثم أعيد إليه. بل تم تصميمه ونشره ومتابعته حتى الاكتمال من قبل المؤسسات الأفريقية التي تعمل مع الدول الأعضاء نفسها ومن خلالها.

تم تطوير أداة التقييم بشكل مشترك من قبل قسم صحة الأم والمواليد والأطفال والمراهقين (RMNCAH) والصحة الجنسية والإنجابية والحقوق (SRHR) في مركز مكافحة الأمراض في أفريقيا ووزارة الصحة في جمهورية تنزانيا المتحدة، مستفيدا من خبرة تنزانيا كدولة عضو أدارت أحد أنظمة المراقبة الأكثر تقدما في القارة. كانت هذه الشراكة متعمدة. أداة بنتها مؤسسة قارية بمعزل عن نفسها تخاطر بقياس ما يعتبره التقنيون مهمين؛ أداة صممت بالاشتراك مع وزارة دولة عضو عاشت مع هذه المؤشرات في دورات ميزانيتها واجتماعات التنسيق تقيس ما تحتاجه الحكومة فعليا لاتخاذ إجراء.

كان النشر متعمدا بنفس القدر في هيكله. لم تدير إدارة صحة الأم والمواليد والأطفال والمراهقين (RMNCAH) والصحة الجنسية الإنجابية وحقوقها (SRHR) هذا التقييم مركزيا إلى خمسة وخمسين دولة عضوا وتنتظر الإرجاع. عمل بشكل مباشر ومن خلال مراكز التعاون الإقليمية الخمسة لمراكز مكافحة الأمراض في أفريقيا (RCCs)، التي منحت أساسا إقليميا التمرين القرب والمتابعة التي لم يكن مكتب قاري واحد قادرا على الحفاظ عليها بمفرده، وبشراكة مع صندوق الأمم المتحدة لطفولة الأطفال (اليونيسف)، وصندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA)، ومنظمة الصحة العالمية (WHO)، وشراكة صحة الأم والمواليد والأطفال (PMNCH)، وشبكة القيادة العالمية (GLN)، ومجتمع الصحة في شرق ووسط وجنوب أفريقيا (ECSA)، ومنظمة Pathfinder الدولية. قدم كل شريك ميزة مقارنة مميزة: خبرة تقنية في مجالات SRMNCAH محددة، علاقات دائمة مع وزارات الصحة بنيت على مدى سنوات من البرامج الوطنية، والقدرة على الجمع لإعادة الدول الأعضاء إلى الطاولة عندما تكون النتائج غير مكتملة أو تتطلب تحقق.

هذا المزيج هو السبب في أن هذا التقرير يمكن أن يدعي ما يمكن أن تدعي التقييمات القارة القليلة التي يمكن أن تدعيها: رد من جميع الدول الأعضاء الخمس والخمسين في الاتحاد الأفريقي، مع متابعة التقارير بنشاط بدلا من جمعها بشكل سلبي. عندما كان العرض الأولي غير مكتمل، عملت اللجان الإقليمية والشركاء مع الدولة الأعضاء المعنية لإكماله. عندما تطلب التقديم توضيحا أو تصحيحا، وفرت ورش عمل التحقق من السياسات الإقليمية في نيروبي وكوتونو منتدى للدول الأعضاء لمراجعة بياناتها الخاصة في حوار مع الشركاء الفنيين ومع بعضها البعض.

هذا ليس هامشا على طريقة التقرير. ولهذا السبب فإن النتيجة المركزية للتقرير موثوقة: أن القيد على بقاء الأمهات وحديثي الولادة في أفريقيا ليس غياب التزام سياسي بل فجوة في هيكل التنفيذ. لا يمكن إثبات هذا النتيجة بثقة إلا لأن التقييم وصل إلى كل دولة عضو، وتم متابعته حتى تستجيب كل دولة عضو بأكبر قدر ممكن، وتم التحقق منه من قبل الدول الأعضاء نفسها بدلا من تأكيدها من الخارج.

***الجدول 4.1** تدفقات الأدلة المستخدمة في هذا التقرير.*

المصادر الرئيسية	ما الذي يضيفه	تدفق الأدلة
تقارير MPDSR وSDMR والتحقيق السري (CEMD) التي تنتجها دول الاتحاد الأفريقي الأعضاء	المصدر الوحيد الذي يحدد سبب وفاة النساء والمواليد الجدد، وما ساهم التأخير، وما إذا كان الموت قابلا لتجنب	مراجعات وطنية لوفيات الأمهات وفترة ما قبل الولادة

المصادر الرئيسية	ما الذي يضيفه	تدفق الأدلة
مسح أفريقيا CDC القاري، جميع الدول الأعضاء ال55 في الاتحاد الإفريقي	الحالة الحالية لسياسات SRMNCAH والتنسيق والتمويل، والأطر المراقبة، والأطر القانونية، وبيانات تقديم الخدمات المبلغ عنها 2021–2025	تقييم أفريقيا CDC القاري 2026
نيروبي، 8–10 يوليو 2026؛ كوتونو، 29–31 يوليو 2026	التحقق والتصحيح من قبل الدول الأعضاء لبيانات التقييم، وروايات الدول حول ما نجح	ورش عمل التحقق من السياسات الإقليمية
الأمم المتحدة MMEIG؛ UN IGME؛ منظمة الصحة العالمية؛ اليونيسف؛ UNFPA؛ البنك الدولي؛ UNDESA	تقديرات نمذجة قابلة للمقارنة لمستويات الوفيات واتجاهها، وتوزيع الأسباب العالمية	الأمم المتحدة والتقديرات العالمية
المجلات المفهرسة؛ العد التنازلي حتى عام 2030؛ ملفات تعريف دول إيوين؛ تقارير CARMMA	تحليل مستقل للأسباب وأداء أنظمة المراقبة وتأثير التدخلات	الأدبيات المحكمة والرمادية

4.3 مراجعة تقارير الوفاة الوطنية للأمهات وفترة ما حول الولادة

جوهر الطريقة هو مراجعة منظمة لتقارير الوفيات التي تنتجها الدول الإفريقية بنفسها. تم إجراء مراجعة نطاقية لتقارير مراجعة الوفيات الوطنية للأمهات وفترة الولادة التي نشرت منذ عام 2000 لجمعها. تم تجميع ومراجعة مكتبة تضم 199 وثيقة تحتفظ بها إدارة صحة الأم والإنجاب في مركز مكافحة الأمراض في أفريقيا، شملت 34 دولة عضو في الاتحاد الإفريقي، وتمت مراجعتها بالكامل [15]. تم طلب الوثائق من وزارات الصحة في الدول الأعضاء والمعاهد الوطنية للصحة العامة، ومن مستودعات أفريقيا CDC ومنظمة الصحة العالمية، ومن الأدبيات المحكمة العلمية.

الاستخراج

تمت مراجعة كل وثيقة من قبل فريق التقرير. تم استرجاع تقريرين ممسوحين ضوئيا باستخدام التعرف البصري على الحروف، وتم توسيع أرشيف مضغوط واحد، بحيث لم يتم استبعاد أي وثيقة من المكتبة لأسباب تقنية. ثم تم تحديد مواقع النتائج المرشحة بشكل منهجي عبر المجموعة الكاملة باستخدام مفردات محكمة تغطي أسباب الوفاة، والتأخيرات الثلاثة، وإمكانية التجنب، والرعاية غير المستوى، والتوصيات. تمت قراءة كل مقطع مرشح في سياقه وتسجيله يدويا مقابل مخطط منظم.

ما تم تسجيله

لكل تقرير تم تسجيل ما يلي حيثما وجدت: فترة التقرير والمستوى الجغرافي؛ عدد الوفيات التي تم إبلاغها أو مراجعتها أو تدقيقها؛ توزيع أسباب وفاة الأمهات، وبشكل منفصل، الوفيات المحيطة وحديثي الولادة؛ التقسيم بين الأسباب المباشرة وغير المباشرة؛ توزيع التأخيرات المساهمة؛ نسبة الوفاة التي تم الحكم عليها بأنها قابلة للتجنب أو مرتبطة برعاية دون المستوى؛ نسبة وفيات الأمهات المبلغ عنها ومصدرها؛ وما إذا كان التقرير يتتبع التقدم مقابل التوصيات المقدمة في الدورات السابقة. كل رقم مسجل يحمل اسم الوثيقة التي جاء منها.

التحقق

تحتوي قاعدة الأدلة الناتجة على 78 سجلا منظما عبر جميع المجلدات ال 34 دوليا. تم التحقق بشكل مستقل من سبعة وثلاثين رقما رئيسيا (تم اختيارها لتشمل كل دولة تحتوي على بيانات جوهرية وكل فئة من النتائج) مقابل النص الأصلي (جميع ال 37 تطابقا)، وتم التحقق من الأرقام التي أضيفت في سبتمبر 2026 بنفس الطريقة. يتم نشر قاعدة الأدلة كدليل عمل مرافق لهذا التقرير بحيث يمكن تتبع أي رقم يستخدم هنا إلى وثيقته الأصلية.

لماذا تعامل مراجعات الوفيات الوطنية كمصدر أساسي

التقديرات العالمية النموذجية ضرورية لتحديد حجم العبء ولمقارنة الدول والمناطق، لكنها ليست مصممة لتفسير الوفيات الفردية. لا يمكنها تحديد أن امرأة توفيت لأن مستشفى المنطقة لم يكن فيه دم، أو لأن سيارة الإسعاف لم يكن بها وقود، أو لأن البارتوغراف لم يستخدم.

أنظمة مراقبة واستجابة الوفيات للأمهات ومرحلة ما قبل الولادة مصممة للإجابة على تلك الأسئلة بالضبط، وهي مملوكة وتديرها الدول الأعضاء نفسها. عندما تعمل هذه الأنظمة، تنتج أدلة متاحة من أي مصدر آخر. وعندما لا تعمل ذلك، فإن هذا الغياب هو اكتشاف بحد ذاته، ويتم الإبلاغ عنه بذلك في القسم 6.

4.4 تقييم جودة التقرير والنظام

نظرا لأن جودة نظام مراجعة الوفيات في الدولة تحدد جودة الأدلة التي ينتجها، فقد تم تقييم كل تقرير وطني أيضا كأداة للمساءلة وليس فقط كمصدر للبيانات. تم تسجيل ثلاث خصائص.

- سواء كان التقرير يطبق نموذج التأخيرات الثلاثة، أو إطارا مكافئا، لتحليل العوامل المساهمة بدلا من مجرد سرد الأسباب السريرية.
- ما إذا كان التقرير يقيم إمكانية التجنب. وهذا يعني ما إذا كان يتوصل إلى حكم حول الوفيات التي كان يمكن منعها وما الذي كان سيمنعها.
- ما إذا كان التقرير يتتبع التقدم مقابل التوصيات المقدمة في الدورات السابقة، وبالتالي يغلق حلقة "الاستجابة" التي أعطت MPDSR اسمها.

كما تم فحص التوصيات لمعرفة ما إذا كانت محددة، قابلة للقياس، وتسند إلى جهة مسؤولة، وموارد محددة ومحددة زمنيا. يتم الإبلاغ عن هذا التقييم في **القسم 6** إلى جانب النتائج الجوهرية، لأن قوة حلقة المساءلة تبين أنها واحدة من أوضح المحددات لانخفاض معدل الوفيات.

4.5 تحديد وتصنيف نماذج الدول

تقدم القسمان 7 و8 تدخلات استخدمتها الدول الأفريقية الأعضاء لمعالجة الحواجز التي يحددها هذا التقرير. ونظرا لأن التقرير الموجه لرؤساء الدول يجب أن يكون واضحا حول مدى وزن كل مثال، فقد تم تحديد النماذج وتقييمها بطريقة محددة بدلا من اختيارها تحريريا.

التعريف. تم ترشيح الأمثلة من قبل الدول الأعضاء نفسها في ورشتين إقليميتين للتحقق من السياسات السياسية، عقدتا لشرق وجنوب أفريقيا في نيروبي في 8–10 يوليو 2026، وللغرب والشمال ووسط أفريقيا في كوتونو في 29–31 يوليو 2026. استخدمت كلتا الورشتين تنسيقا متطابقا، وقالب تقارير متطابقا، ونفس مدة الجلسة. طلب من كل وفد تسمية أحد الحواجز الثمانية التي تم الإبلاغ عنها في التقييم القاري، ووصف التدخل الذي استخدمته حكومته لمعالجته، وتحديد النطاق والعوامل التمكينية، وتقديم الأدلة على نجاح التدخل. تم دعم الترشيحات، حيثما توفر، بتقييم مستقل محكم للبرنامج المعني.

عتبة الشمول. يقدم التدخل كنموذج فقط عندما يتم قياس التأثير. يتم تسجيل التدخلات التي تم ترشيحها وتصميمها بشكل جيد، ولكن لم تتوفر لها نتائج أو تغطية أو بيانات استخدام، بشكل منفصل ويتم تحديدها على هذا الأساس، بحيث يبقى التمييز بين ما مثبت وما هو واعد مرئيا للقارئ.

التصنيف. كل نموذج مدرج يحمل واحدة من أربع درجات، محددة في الجدول 4.2 وتطبق بشكل متسق حيثما تظهر النماذج في هذا التقرير.

__الجدول 4.2__ درجات الأدلة المطبقة على نماذج الدول.

معيار الأدلة	الدرجة
أدلة عشوائية أو شبه تجريبية على تأثير على الوفيات أو المراضة الشديدة.	A
تقييم مستقل من قبل الأقران للبرنامج الوطنى.	B
بيانات المسوح الوطنية أو الإحصاءات الوطنية الرسمية التي تظهر التغير عبر الزمن.	C
بيانات مراقبة البرامج المصادقة التى تظهر التغير فى التغطية أو الاستخدام أو توفر الخدمات.	D

تحكم قاعدتان استخدام هذه الدرجات. أولا، لا يتم الإبلاغ عن تغير في التغطية كتغير في الوفيات: حيث يظهر نموذج ما زيادة في الاستخدام أو توفر الخدمة دون تأثير مقياس على معدلات الوفيات، ينص النص على ذلك. ثانيا، تعكس الدرجة الأدلة المتاحة حول التدخل، وليس جدارته أو أهميته. البرامج التي عملت لعقد أو أكثر كان لديها وقت لتراكم تقييم مستقل؛ عادة ما تحمل البرامج الحديثة أو الجارية بيانات مراقبة البرامج فقط، مهما كانت مصممة بشكل جيد. لذا يجب قراءة التقييم كبيان عن نضج التقييم، وليس على جودة عمل الدولة الأعضاء.

يتم الاحتفاظ بالدرجة D عمدا. الحد الأدنى الذي يسمح فقط بأدلة عشوائية سيستبعد تقريبا كل برنامج حكومي في القارة وسيترك رؤساء الدول بدون أي شيء قابل للتنفيذ.

4.6 التحليل

تم تحليل النتائج في ثلاث محاولات. أولا، داخل الدولة: تم قراءة تسلسل التقارير من دولة عضو واحدة كسلسلة زمنية، بحيث يمكن تمييز التغيرات في توزيع الأسباب، ملف التأخير، وتغطية المراجعة عن الضوضاء السنوية. ثانيا، عبر الدول: تمت مقارنة الأنماط لتحديد ما هو قاري وما هو خاص بالدولة. ثالثا، مقابل الأطر التحليلية الموصوفة: تم ربط النتائج بثلاثة تأخيرات ولبنات نظام الصحة لربط أسباب الوفاة بفشل النظام الذي يسببها وبالتدخلات في **القسم 8** التي ثبت أنها تعالجها.

يتم تحليل بيانات التقييم القاري بشكل منفصل في **القسم 5** وتستخدم هنا لتحديد السياق السياسي والتمويل والمراقبة الذي تقع فيه نتائج الوفيات.

بطاقة تقييم السياسات المستخدمة في القسم 5.7 وفي ملفات الملحق 1 تحصي ثلاثة عشر مؤشرا ثنائيا، تغطي المجالات الأربعة التي يغطيها التقييم. السياسة: سياسة أو استراتيجية للتقييم النفسي الذاتي، استراتيجية وطنية مستقلة للتقييم النفسي الذاتي، ونظام تدقيق وظيفي للمرحلة المحيطة بالولادة. التنسيق: آلية تنسيق وطنية، وخطة تشغيلية مكلفة. التمويل: خط ميزانية مخصص للتقييم النفسي النسبي، تمويل خارجي للصحة النسبية الذاتية، خطة تمويل استراتيجية متعددة السنوات، وزيادة محلية كبيرة خلال ثلاث سنوات. المراقبة: مؤشرات الصحة النسبية المدمجة في نظام المعلومات الصحية الوطني، التحليل الكامل لتلك المؤشرات، ملاحظات العملاء أو آليات بطاقة الأداء المجتمعية، والتقارير السنوية العامة مقابل الأهداف الوطنية. تقوم دولة عضو بتقييم حالة أجابت فيها بنعم وصفر بخلاف ذلك. دولتان عضوتان، موريشيوس وسيراليون، لم ترد على أي بند من بنود بطاقة التقييم؛ عدم الاستجابة ليس دليلا على الغياب، لذا يتم استبعادهما من متوسط كل بطاقة تقييم بدلا من أن يتم تقييمهما صفر، وبالتالي فإن المتوسطات أدناه تتجاوز الدول الأعضاء الثلاث والخمسين المستجيبة.

يقارن القسم 5.4.2 ما تبلغ الدول الأعضاء عن مراقبته مع ما تمكنت من توفيره. تحتسب الدولة العضو قادرة على توفير فئة من البيانات حيث أعادت قيمة واحدة على الأقل في القسم المقابل من الجزء ب لأي سنة بين 2021 و2025: القسم د لبيانات خدمات صحة الأم، القسم هـ لأسباب وفاة الأم، القسم ج لبيانات خدمات المراهقين، القسم G لأسباب وفاة حديثي الولادة، والمؤشرات من DR10 إلى DR12 لحضور الولادة المهرة والولادة في المرافق. هذا اختبار سخي متعمدا، لذا فإن الفجوات التي يكشفها هي حدود أدنى.

التثليث. لا تعامل تدفقات الأدلة كقياسات مستقلة لنفس الكمية؛ كل منها يجيب على سؤال مختلف، وتقرأ مع بعضها البعض بثلاث طرق محددة. أولا، ما تقلله الدولة العضو عن أنظمتها في التقييم القاري يقارن بما تظهره مراجعاتها المنشورة للوفيات التي أنتجتها تلك الأنظمة فعليا، بحيث يكون نظام التدقيق السابق للولادة المبلغ عنه بدون مخرجات مراجعة منشورة مرئيا على هذا النحو (القسمان 5.9 و6.6). ثانيا، تتم مقارنة توزيعات السبب والتأخير المأخوذة من المراجعات الوطنية مع التقديرات العالمية والإقليمية لنفس الفترة، ويتم الإبلاغ عن الاتفاق أو التباعد بدلا من حله (القسمان 2.5 و6.1). ثالثا، عندما يوجد أكثر من وثيقة واحدة لدولة عضو، تقرأ السلسلة كسلسلة زمنية ويحل أحدث تقرير وطني محل السجلات السابقة أو دون الوطنية، مع الاحتفاظ بالرقم المستبدل في قاعدة الأدلة وتسجيل الاستبدال. عندما تختلف التدفقات، يتم ذكر الاختلاف في النص؛ لا يتم حساب المتوسط لها. عندما يستند الاكتشاف إلى تيار واحد، يقول النص ذلك.

4.7 القيود

ستة قيود تقيد الاستنتاجات الواردة في هذا التقرير ويجب قراءتها إلى جانبها. كل منها مذكور مع الإجراءات المتخذة للحد من تأثيره على النتائج؛ ولا ترفع أي من هذه الإجراءات هذا القيد، وعندما لا يزال الاستنتاج قائما على أدلة متأثرة، ينص النص على ذلك عند نقطة الاستخدام.

نسب الأسباب غير قابلة للمقارنة بين الدول

وهذا هو القيد الأهم. تختلف الدول في ما تعد، فمثلا بعض الدول تبلغ عن جميع الوفيات المبلغ عنها، وأخرى فقط عن تلك التي تم مراجعتها أو تدقيقها، وفي كيفية تصنيف الأسباب، ونسبة الوفيات التي تدخل نظام المراجعة أصلا. يسجل تقرير وطني في هذه المكتبة أن لجان المناطق قد أعادت تصنيف الأسباب بشكل خاطئ وأن الإدارة الوطنية أعادت تصنيفها قبل النشر. لذلك تستخدم توزيعات الأسباب في هذا التقرير لتحديد الأنماط، دون تصنيف الدول الأعضاء مقابل بعضها البعض.

التخفيف. لا يتم أبدا جمع نسب الدول في متوسط قاري. يتم الإبلاغ عن كل رقم مع الدولة الأعضاء، والفترة ومقامه، والمقارنة التي يعتمد عليها التقرير بين الدول الأعضاء هي رتبة السبب الرئيسي، وهو قوي أمام الفروق في التصنيف؛ عندما تعرض الحصص جنبا إلى جنب، كما في الشكل 6.1، يذكر النص والتعليق أنهم كما نشروا ولا يمكن مقارنتهما بين الدول. عندما يذكر التقرير الوطني مقامه الخاص، سواء كان السبب المباشر أو جميعه، يدرج هذا المقام في النص؛ عندما تعيد المديرية الوطنية تصنيف إقرارات الدوائر الانتخابية، يستخدم الرقم المصحح ويسجل التصحيح في قاعدة الأدلة.

تغطية المراجعة منخفضة في معظم الأنظمة

في معظم الدول، يتم مراجعة أقلية فقط من وفيات الأمهات المبلغ عنها، والإشعار نفسه غير مكتمل. دراسة محكمة لمنطقة واحدة من المغرب شملت هذه المراجعة تقيس النقص في الإبلاغ بشكل مباشر. لذلك، تصف نتائج مراجعات الوفيات الوفيات التي دخلت النظام، والتي عادة ما تكون وفيات في المنشأة، وتمثل الوفيات التي تحدث في المنزل أو أثناء النقل بشكل كاف، وهي بالضبط الوفيات المرتبطة بأضعف وصول.

التخفيف. يتم استخراج تغطية الإشعارات والمراجعة والإبلاغ عنها كبيانات مستقلة أينما نشرتها دولة عضو، حتى يتمكن القارئ من رؤية نسبة الوفيات التي تستند إليها كل نتيجة بدلا من الاستنتاج. تؤكد نتائج أنظمة المراجعة مع التقييم القاري والتقديرات العالمية قبل تطبيقها في الاستنتاجات، وحيث قد يتغير الاكتشاف إذا اختلفت الوفيات غير المدمجة بشكل منهجي عن تلك التي تراجعها، كما يقول النص.

تتركز قاعدة الأدلة على الفترة من 2013 إلى 2019

فقط أقلية من الدول الأعضاء نشرت مراجعة وطنية تغطي عام 2024 أو بعده. عدة دول في المكتبة ليس لديها تقرير وطني منذ 2015، وبالنسبة للبعض أحدث وثيقة متاحة هي تقرير مؤسسي أو منشأة. عندما تستند النتيجة إلى بيانات قديمة، يتم ذكر ذلك.

التخفيف. كل رقم مؤرخ في النص وفي قاعدة الأدلة، وعندما نشرت دولة عضو أكثر من مرة، فإن أحدث تقرير وطني يحل محل التقرير السابق. لدى اثنتي عشرة دولة عضو تقرير في المكتبة يغطي عام 2023 أو بعده، ثماني منها تغطي 2024 أو بعده، وهذه تتجاوز المواد القديمة للدول المعنية. لا يتم إصدار أي بيان اتجاه من نقطة بيانات قديمة واحدة.

الدول الأعضاء ليست مجموعة وبائية

الدولة العضو هي فئة سياسية، وليست تصنيفا وبائيا. تشمل الدول الأعضاء الخمس والخمسين في الاتحاد نسب وفيات الأمهات التي تختلف بأكثر من خمسين ضعفا، وبالتالي تصف المتوسطات القارية، بما في ذلك عدة أدوارا وردت في القسم 5، توزيعا وليس حالة. عندما قد يضلل الرقم القاري، يذكر التقسيم حسب منطقة الاتحاد الأفريقي إلى جانبه. يوضح القسم 2.3 كيفية اشتقاق الأرقام القارية لدول الاتحاد الأعضاء وكيف تختلف عن الأرقام المنشورة لمنظمة الصحة العالمية لمنطقة أفريقيا، ويجب أن يذكر هذا التمييز في كل إجمالي في هذا التقرير.

التخفيف. يتم حساب الأرقام القارية عبر الدول الأعضاء من بيانات على مستوى الدول بدلا من أخذها من بيانات إقليمية، ويتم تقديم التوزيع حسب منطقة الاتحاد الأفريقي إلى جانب كل رقم قاري قد يضلل خلاف ذلك. يذكر القسم 2.3 الاشتقاق، ويعطي الملحق 1 الموقع الأساسي لكل دولة عضو.

التغطية غير متساوية وغير مكتملة

تحتفظ المكتبة بوثائق من 34 من أصل 55 دولة عضوا، والتقييم القاري الآن يشمل جميع الدول ال55. معا، يصل التياران إلى كل دولة عضو في الاتحاد. الدول ذات أنظمة مراجعة قوية ممثلة بشكل زائد في النتائج النوعية تحديدا لأنها تنشر المزيد. غياب تقرير ليس دليلا على أن الوفيات لا تراجع، لكنه دليل على أن النتائج غير مسؤولة علنا.

التخفيف. التياران متكاملان عمدا: حيث يصل التقييم القاري إلى جميع الدول الأعضاء ال55، لذا لا توجد دولة عضو غائبة عن نتائج السياسات والتمويل والبيانات، وتوفر مكتبة مراجعة الوفاة نتائج الوفيات لل34 التي تنشر. يسجل غياب التقرير على أنه غياب أدلة منشورة، وليس كغياب نظام، ويذكر الملحق 1 على أي من المسارين يستند كل ملف تعريفي.

معدل وفيات الأطفال بعد فترة حديثي الولادة أقل كفاءة

تلتقط أنظمة MPDSR وفيات الأمهات والولادة الميتة وحديثي الولادة بشكل جيد حيث تعمل، لكن القليل منها يشمل وفيات الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين شهر واحد وخمس سنوات. بالنسبة لوفيات الأطفال بعد فترة حديثي الولادة، يعتمد هذا التقرير بشكل أكبر على تقديرات الأمم المتحدة لمؤشر IGME، وبيانات مسح الأسر، والأدبيات المحكمة المحكمة، ويقول ذلك عند نقطة الاستخدام.

التخفيف. حيث يتحدث التقرير عن وفيات الأطفال بعد فترة حديثي الولادة، فإنه يستند إلى تقديرات UN IGME والأدبيات المحكمة بدلا من مكتبة المراجعات، ويذكر من أي مصدر يأتي كل رقم. لا يتم التوصل إلى استنتاج حول الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين شهر إلى خمس سنوات فقط من أدلة مراجعة الوفاة.

5. نتائج المسح القاري

يقدم هذا القسم نتائج التقييم القاري الموضح في القسم 4.2. جميع الدول الأعضاء الخمسة والخمسين في الاتحاد الأفريقي ممثلة [15].

هذا القسم يسرد ما قالته الدول الأعضاء عن نفسها. يضع القسم 6 تلك التصريحات مقابل ما تظهره مراجعاتهم الخاصة بالوفاة. يشكل القسمان معا قاعدة الأدلة للفرص المحددة في **القسمين 7 و8**.

النتيجة الرئيسية للتقييم القاري

لقد فازت أفريقيا إلى حد كبير فى الجدل حول السياسة. أبلغ 96٪ من الدول الأعضاء عن سياسة أو استراتيجية وطنية للصحة الاستراتيجية النسائية النسائية، وثلاثة أرباع الدول التى لديها سنة اعتماد مسجلة اعتمدتها أو تعديلها منذ 2020، ولا أبلغ أي من الدول الأعضاء عن عدم وجود أي منها.

ما لا تملكه الدول الأعضاء، فى حوالى نصف الحالات، هو الآليات اللازمة لتنفيذها: خطة تشغيلية مكلفة، آلية تنسيق تلتقى بذلك، خط ميزانية مخصص، وأنظمة بيانات قادرة على إظهار ما إذا كان أي منها يعمل. الفجوة التى يحددها هذا التقييم ليست في الالتزام السياسي بل في بنية التنفيذ.

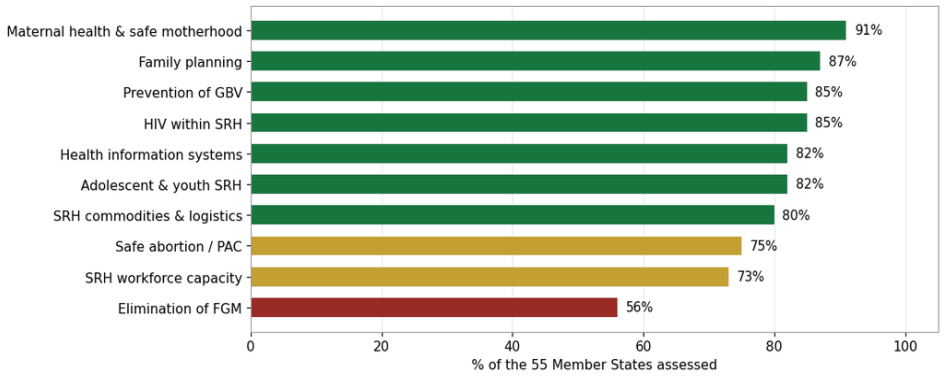
5.1 السياسة والاستراتيجية (القسم ب)

أفادت الدول الأعضاء بوجود سياسة أو استراتيجية للصحة الاستراتيجية من أصل خمسة وخمسين دولة عضو (96٪). لم تجب أي دولة عضو ب "لا"؛ ولم تكمل الاستثناءان قسم السياسات، ووضعهما غير معروف وليس سلبي. تم تخصيص جزء كبير من كلتا الوورشتين للتحقق من ردود الدول الأعضاء على الاستبيان؛ تم منح الدول الأعضاء وقتا إضافيا بعد كل ورشة عمل لتحديثها وتوضيحها، وكل رد موثق تم استلامه حتى 30 أغسطس 2026 مدرج في هذا التحليل. ستة وثلاثون (65٪) تحتفظ باستراتيجية وطنية مستقلة للصحة الجنسية (SRH) بدلا من الأحكام المدمجة ضمن استراتيجية صحية أوسع.

مخزون السياسات حديث بشكل غير معتاد. من بين 38 دولة عضو أبلغت عن سنة اعتماد كاملة، اعتمدت 30 (79٪) أو عدلت سياستها في 2020 أو بعدها، ومتوسط سنة الاعتماد هو 2022. لذلك، تقع معظم القارة ضمن دورة التنفيذ الأولى للاستراتيجية الحالية، وهي النافذة التي تبنى خلالها أو تؤجل إلى أجل غير مسمى ترتيبات التكلفة، والتنسيق، والمراقبة.

التوافق مع خطة عمل مابوتو

تغطية المجالات ذات الأولوية العشرة في خطة عمل مابوتو واسعة لكنها غير متساوية. تغطي الدول الأعضاء متوسط 8.0 من المجالات العشرة، و19 تغطي جميع العشرة (الشكل 5.1). صحة الأم وتنظيم الأسرة رائدة؛ القضاء على تشويه الأعضاء التناسلية للإناث يمر بفارق كبير في كل منطقة أخرى.

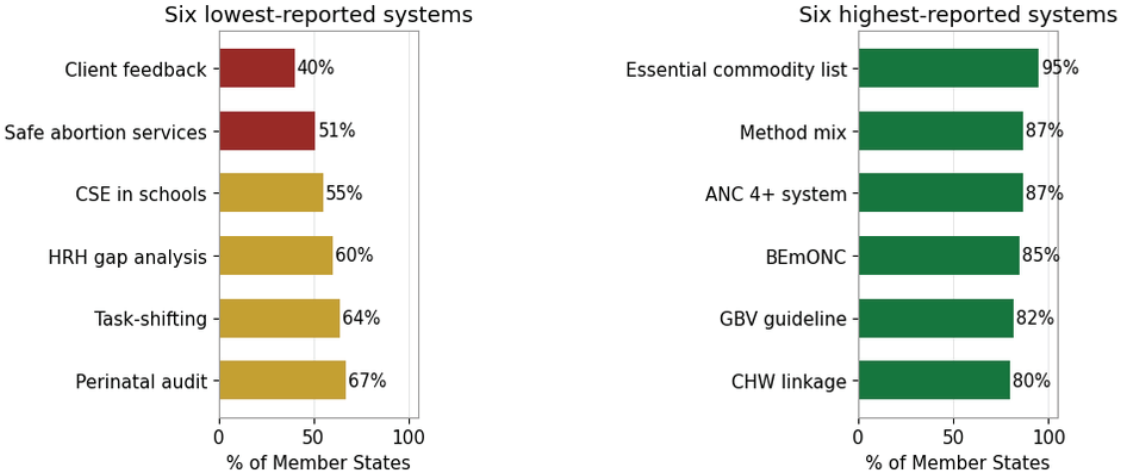


الشكل 5.1 *تغطية المجالات ذات الأولوية العشرة في خطة عمل مابوتو، 55 دولة عضو. المصدر: تقييم أفريقيا لمراكز مكافحة الأمراض القاري لعام 2026 [15].*

يظهر التحليل الإقليمي في القسم 5.7 أن هذا المقياس العميق يختلف الآن بين المناطق، من 6.7 منطقة في شمال أفريقيا إلى 9.3 في وسط أفريقيا. ومع ذلك، فإن النمط الموضوعي هو نفسه في كل مكان: نفس المجالات الثلاثة؛ القضاء على ختان الإناث، والإجهاض الآمن والرعاية بعد الإجهاض، والقدرة على القوى العاملة، تم تجاهلها في كل مكان على حد سواء. سيصل العمل المعياري القاري إلى هذه الفجوة بكفاءة أكبر من الدعم الإقليمي لآخر.

أنظمة تقديم الخدمات

ثمانية عشر سؤالا تستكشف الأنظمة التشغيلية التي تعطي تأثيرا سياسيا. أنظمة السلع والأنظمة السريرية قوية؛ وأنظمة المساءلة والقوى العاملة ضعيفة (الشكل 5.2).



الشكل 5.2 *أنظمة تقديم الخدمات الأعلى والأدنى المبلغ عنها، القسم B2. المصدر: تقييم أفريقيا CDC القاري لعام 2026 [15].*

يستحق اثنان من أدنى أنظمة الإبلاغ عن ستة أنظمة اهتماما خاصا لأنهما يرتكزان مباشرة على نتائج الوفيات في القسم 6. يتم الإبلاغ عن ملاحظات العملاء وآليات بطاقات تقييم المجتمع من قبل 40٪ فقط من الدول الأعضاء (أضعف نظام في القارة)، مما يعني أنه في معظم الدول لا توجد النساء لديهن طريق رسمي للإبلاغ عن سوء المعاملة. ويتم الإبلاغ عن أنظمة التدقيق الوظيفية حول الولادة، بما في ذلك مراجعة وفاة الأمهات، بنسبة 67٪: وهو رقم يجب قراءته إلى جانب النتيجة في القسم 6 بأن أربعة عشر دولة عضو فقط تنشر تقارير تتبع التقدم مقارنة بتوصياتها السابقة.

التوافق مع الأطر الدولية

تبلغ ثمانية وأربعون دولة عضو (87٪) أن سياسة الصحة الذاتية الخاصة بهم تشير إلى أهداف التنمية المستدامة و46 (84٪) إلى برنامج عمل ICPD. أبلغ 37 (67٪) - وهو الأضعف بين الثلاثة، إشارة صريحة إلى بروتوكول مابوتو لحقوق المرأة - وهو الأضعف بين الثلاث، وهو نتيجة بارزة لأداة قارية اعتمدتها الدول الأعضاء بنفسها.

5.2 التنسيق والحوكمة (القسم ج)

تمتلك 33 دولة عضو (60٪) آلية تنسيق وطنية للصحة الاستراتيجية الجنسية، مع ثماني دول أخرى تبلغ عن وجود خطة تشغيلية مع ميزانية وجدول زمني مرفق. لذلك، فإن الآلية المؤسسية غائبة أو غير مكتملة في 40٪ من الدول الأعضاء، وهي فجوة تنفيذ أكبر من أي فجوة تم تحديدها في مجال السياسات.

حيثما توجد آليات، تكون عادة واسعة النطاق. عبر جميع الدول الأعضاء ال 55، يبلغ متوسط عدد مجموعات الفاعل المشاركة 4.3 من تسع؛ ومن بين 33 دولة لديها آلية يرتفع إلى 6.5 من أصل تسع. المشكلة ليست في عدد الأعضاء الضعيف بل في غياب الآلات.

الجدول 5.1 المشاركة في آليات التنسيق الوطنية للنسق الذاتي والمخاطر النفسية. المصدر: تقييم أفريقيا لمراكز مكافحة الأمراض القاري 2026 [15].

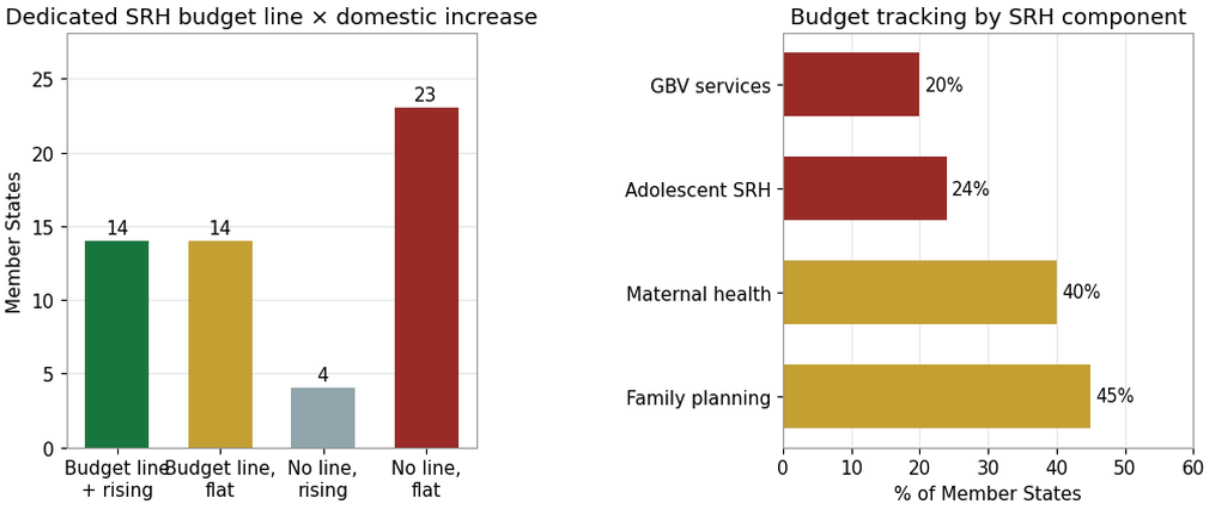
نسبة من 55	الدول الأعضاء	مجموعة الممثلين
%55	30	مشاركة المجتمع المدني
%51	28	وزارة التعليم
%51	28	تمثيل الشباب
%49	27	قادة المجتمع
%49	27	وزارة الجندر
%47	26	الحكومة التى ترأسها
%45	25	المشاركة في القطاع الخاص
%42	23	وزارة المالية
%42	23	وزارة العدل

تجلس وزارة المالية على الطاولة في 42٪ فقط من الدول الأعضاء، وهي الأدنى المشترك بين المجموعات التسع الفاعلة. نظرا لأن التقييم يحدد في الوقت نفسه التمويل كأعلى عائق تنفيذي، فإن غياب وزارات المالية في تنسيق الصحة الاستراتيجية هو من أهم النتائج الهيكلية في هذا القسم.

5.3 التمويل (القسم د)

التمويل هو المكان الذي تتباعد فيه أكثر حدة بين الالتزام السياسي والتنفيذ. لدى ثمانية وعشرون دولة عضو (51٪) خط ميزانية مخصص للصحة النسبية النسبية في ميزانية الصحة الوطنية. تتلقى ثلاثة وأربعون (78٪) تمويلا من المانحين الخارجيين يدعم صراحة الصحة النفسية. فقط ثمانية عشر (33٪) أفادت بزيادة كبيرة في الإنفاق المحلي على الصحة الذاتية خلال السنوات الثلاث الماضية، و35٪ (55٪) أفادوا بأن المدفوعات من جيوبهم تشكل عائقا أمام المستخدمين.

يفصل جدول الميزانية المخصص مقابل زيادة داخلية الدول الأعضاء إلى أربع مجموعات ذات احتياجات مختلفة جوهريا (الشكل 5.3، الجدول 5.2).



الشكل 5.3 وضع التمويل وتتبع الميزانية. يسار: خط ميزانية SRH مخصص مقابل الزيادة المحلية المبلغ عنها خلال ثلاث سنوات. يمين: تتبع الميزانية مفصل حسب مكون SRH. المصدر: تقييم القارة لمراكز مكافحة الأمراض في أفريقيا لعام 2026 [15].

الجدول 5.2 ربع التمويل، 55 دولة عضو. المصدر: تقييم أفريقيا لمراكز السيطرة على الأمراض 2026 [15].

التفسير	الدول الأعضاء	الوضع التمويلي
تخصيص مسور في الحلقة يزداد: توثيق ونقل الآلية	14	خط الميزانية وارتفاع الإنفاق المحلي
التخصيص موجود لكنه لا يدافع عنه بمصطلحات حقيقية	14	خط الميزانية، الإنفاق المحلي الثابت
الأموال تتدفق دون تخصيص قابل للتتبع؛ الربح هش	4	لا يوجد خط ميزانية، وارتفاع الإنفاق المحلي
لا التخصيص ولا النمو: الفجوة الهيكلية	23	لا يوجد خط ميزانية، ونفقات داخلية ثابتة

ثلاث وعشرون دولة عضو (أكبر مجموعة منفردة) ليس لديها خط ميزانية مخصص ولا زيادة محلية. والأهم من ذلك، أن ست وعشرين دولة عضوا تتلقى تمويلا خارجيا للتقييم الذاتي بينما لا تبلغ عن أي زيادة محلية. وبالنظر إلى سياق التمويل الموضح في القسم 2.7، فهذا هو أشد بيان متاح لتعرض القارة: ففي ما يقرب من نصف الدول الأعضاء، كان التمويل الخارجي يحل محل الاستثمار المحلي بدلا من تحفيزه، في الوقت الذي يتم فيه سحب التمويل الخارجي.

تتبع الميزانية تسلسلا هرميا متسقا وكاشفا. يتتبع تنظيم الأسرة 45٪ من الدول الأعضاء، وصحة الأمهات بنسبة 40٪، بينما تتابع صحة المراهقين فقط 24٪ وخدمات العنف ضد النوع الاجتماعي بنسبة 20٪. المكونان اللذان تحدنهما الدول الأعضاء نفسها من بين أولوياتها للـ2026–2030 هما الأقل وضوحا في ميزانياتها. فقط تسع دول عضو تتبع جميع المكونات الأربعة؛ تتابع تسع وعشرون لا شيء.

5.4 المراقبة، جودة البيانات، والفرصة الضائعة

هذا القسم أطول من غيره لأن نتائج التقييم على البيانات أكثر أهمية مما تبدو في البداية. عادة ما تعامل أنظمة البيانات كملحق تقني لسياسة الصحة. تشير الأدلة هنا إلى أنها أقرب لأن تكون القيد الملزم على كل شيء آخر: قارة لا تستطيع تحديد سبب وفاة نسائها وحديثي الولادة بشكل موثوق لا تستطيع توجيه مواردها المتقلصة نحو الأشياء التي تنقذهم.

5.4.1 ما تراقبه الدول الأعضاء

تدمج 49 دولة عضو (89٪) مؤشرات الصحة الجنسية الإيجابية في نظام المعلومات الصحية الوطني، وهذا أحد أقوى النتائج في التقييم. تراقب الدول الأعضاء متوسط 7.5 من أصل أحد عشر مؤشرا مدرجا، و22 دولة تراقب عشرة أو أكثر (الجدول 5.3). لم تكمل الدول العشر التي أبلغت عن أي منها القسم، بل كانت تفتقر إلى أنظمة المراقبة.

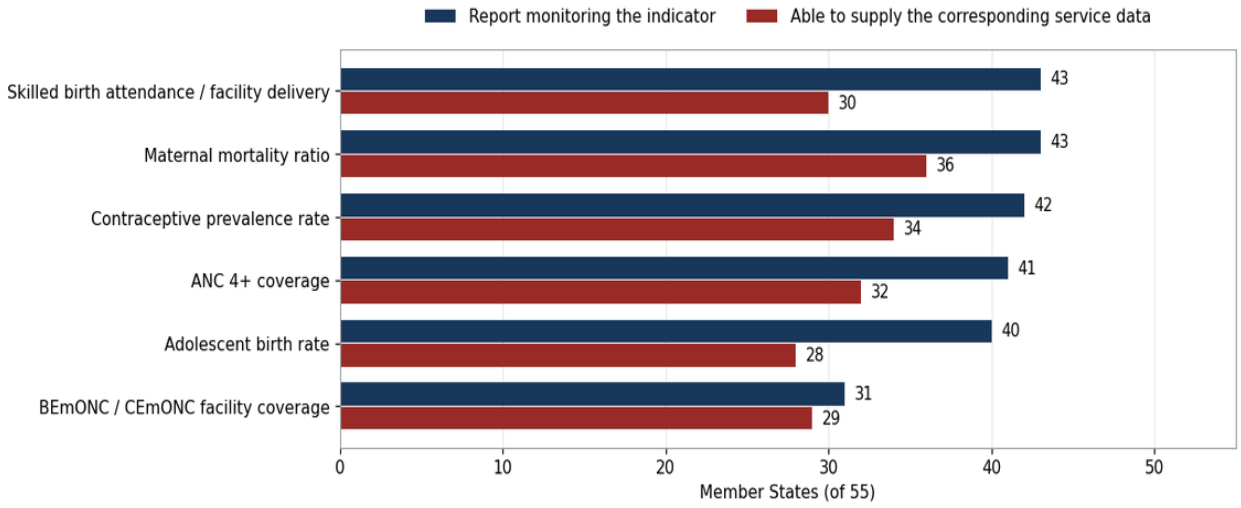
للقراءة الأولى، هذا نجاح. تتم مراقبة المؤشرات الأساسية للأمهات من قبل حوالي أربعة أخماس الدول الأعضاء: معدل الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية بين النساء ب 44؛ نسبة وفيات الأمهات، وحضور الولادة المهرة وتغطية PMTCT ب 43 لكل منها؛ وانتشار وسائل منع الحمل بنسبة 42 وتغطية ANC 4+ ب 41. على السطح، تعرف القارة ما يحدث لأمهاتها.

الجدول 5.3 مؤشرات SRH التي تم مراقبتها ضمن أنظمة المعلومات الصحية الوطنية. المصدر: تقييم قارة أفريقيا CDC لعام 2026 [15].

نسبة من 55	الدول الأعضاء	مراقبة المؤشر
%78	43	الحضور المهني للولادة والولادة في المنشأة
%78	43	نسبة وفيات الأمهات
%78	43	تغطية PMTCT واختبار فيروس نقص المناعة البشرية أثناء الحمل
%76	42	معدل انتشار وسائل منع الحمل
%75	41	تغطية ANC 4+
%73	40	معدل ولادة المراهقين
%64	35	معدل نفاد الأسهم للسلع الرئيسية في SRH
%56	31	المرافق التى توفر وظائف إشارة BEmONC / CEmONC
%56	31	معدل الإبلاغ عن العنف القائم على النوع الاجتماعي
%35	19	المدارس التى تطبق مناهج علوم الحاسب والتعليم

5.4.2 مراقبة مؤشر ليست مثل وجود البيانات

يسمح التقييم بإجراء اختبار نادرا ما تسمح به أسئلة المراقبة التي يتم الإبلاغ عنها ذاتيا. أبلغت الدول الأعضاء عن المؤشرات التي تراقبها في القسم E وقدمت بشكل منفصل بيانات تقديم الخدمات الأساسية في الجزء B. تكشف مقارنة الاثنين عن فجوة لا يكشفها أي من السؤالين بمفرده (الشكل 5.4).



الشكل 5.4 الدول الأعضاء تبلغ عن أنها تراقب مؤشرا، مقابل تلك القادرة على توفير بيانات تقديم الخدمات المقابلة لعام 2021–2025. المصدر: تقييم أفريقيا لمراكز مكافحة الأمراض القاري لعام 2026 [15].

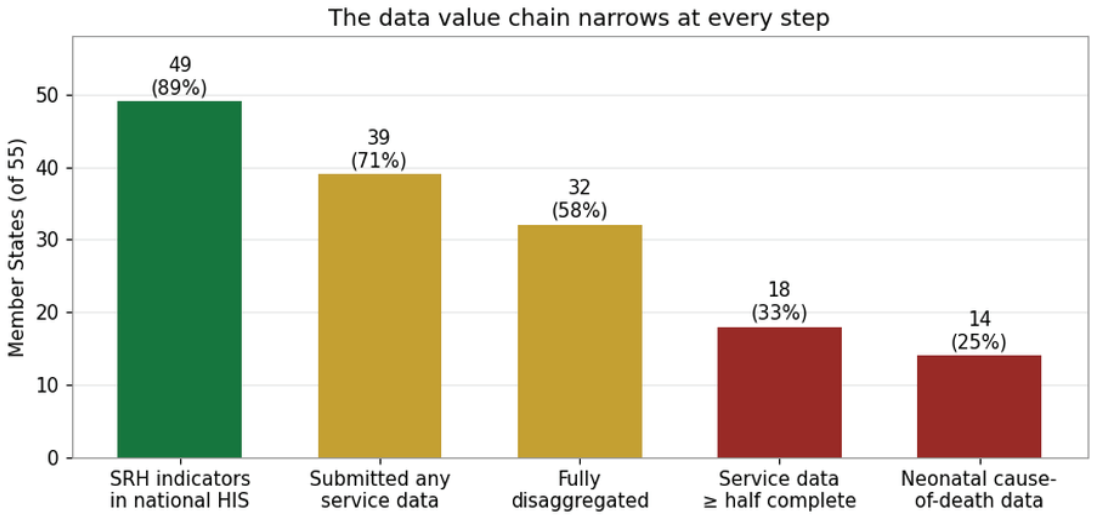
أفادت 43 دولة عضو بمراقبة نسبة وفيات الأمهات؛ وقدمت ستة وثلاثون بيانات خدمات صحة الأمهات، وخمسة وعشرون فقط قدمت بيانات أسباب وفاة الأمهات. وأربعة وأربعون تقريرا يرصد حضور الولادة المهرة والولادة في المرافق؛ وتوفر ثلاثون تقريرا هذه الأرقام. وأربعون تقريرا يراقب معدل الولادة بين المراهقين؛ وثمانية وعشرون تقريرا يمكنهم توفير بيانات خدمات المراهقين. كل مؤشر يظهر نفس الشكل.

المقارنة الأكثر كشفا ليست في الجدول. تبلغ سبع وثلاثون دولة عضو عن وجود نظام تدقيق وظيفي للولادة حول الولادة، بما في ذلك مراجعة وفاة الأمهات. قدمت أربعة عشر دولة بيانات أسباب الوفاة لحديثي الولادة. هذا هو أوسع فجوة بين أي مؤشر في التقييم. النظام الذي يراجع الوفيات حول الولادة ولا يستطيع الإبلاغ عن سبب تلك الوفيات لا يؤدي الوظيفة التي يصفيها اسمه.

هناك تفسيرات بريئة لجزء من هذه الفجوة. قد تجلس البيانات في نظام وطني بشكل لا يمكن استخراجه ضمن نافذة المسح؛ بعض المؤشرات مستمدة من المسح ويتم الإبلاغ عنها فقط كل ثلاث إلى خمس سنوات. لكن حجم واتساق الفجوة عبر كل مؤشر يشير إلى شيء أكثر هيكلية: أن "المراقبة" في العديد من الأنظمة الوطنية تعني أن المؤشر يظهر في وثيقة إطارية، وليس أن هناك قيمة حالية قابلة للاسترجاع ومضمونة الجودة.

5.4.3 تضيق سلسلة قيمة البيانات في كل خطوة

ترتيب نتائج التقييم بترتيب؛ من وجود مؤشرات في النظام، مرورا بتقديم البيانات، إلى تفكيكها، إلى تقديمها بالكامل، إلى تقديم بيانات أسباب الوفاة التي تسمح باتخاذ إجراء سريري، يظهر التراجع في كل مرحلة (الشكل 5.5).



الشكل 5.5 سلسلة قيمة البيانات، 55 دولة عضو. المصدر: تقييم أفريقيا لمراكز السيطرة على الأمراض 2026 [15].

89 في المئة من الدول الأعضاء لديها مؤشرات SRH في النظام الوطني للمعلومات الصحية. يمكن ل 25 في المئة الإبلاغ عن سبب وفاة المواليد الجدد. المسافة بين هذين الرقمين هي المسافة بين وجود إطار مراقبة والقدرة على استخدامه.

يستحق التفكيك اهتماما خاصا لأنه المكان الذي يقع فيه تحليل العدالة. فقط اثنان وثلاثون دولة عضو (58٪) تقوم بتفصيل بيانات الصحة العادلة بشكل كامل حسب العمر والجنس والجغرافيا، مع قيام ثمانية عشر دولة أخرى بذلك جزئيا. سبع من أصل اثنتين وثلاثين أبلغت عن التفكيك الكامل لم تقدم أي بيانات تقديم الخدمة على الإطلاق، مما يعني أن قدرتهم على التفكيك، بغض النظر عن وضعها على الورق، لم يكن بالإمكان إثباتها. بدون التفكيك، لا يمكن استهداف المراهقين والسكان الريفيين وأفقر الخماس، وهو ما تتطلبه كل استراتيجية قارية، بإثبات أو مراقبة أو تقييم.

5.4.4 ما الذي تكشف عنه البيانات المقدمة عن الجودة

بيانات تقديم الخدمة التي قدمتها الدول الأعضاء تحمل عيوبا تشخيصية بحد ذاتها. تم تحديد هذه العيوب أثناء التحقق والتحليل وموضحة في الجدول 5.4. هذا لا ينتقد الدول الأعضاء المعنية، التي هي، بحكم التعريف، هي التي قدمت البيانات أصلا، بل لأن كل عيب يشير إلى ضعف محدد يمكن إصلاحه في النظام الأساسي.

الجدول 5.4 عيوب جودة البيانات التي تم تحديدها في بيانات تقديم الخدمات المقدمة، وعلاجاتها. المصدر: تقييم القارة لمركز مكافحة الأمراض في أفريقيا لعام 2026، التحقق والتحليل [15].

العلاج	ما يشير إليه	كيف يبدو في البيانات	تم ملاحظة العيب
يجب ذكر سنة التعداد وطريقة التوقع مع كل عامل	توقعات السكان التي لم تعاد استنادها منذ آخر تعداد سكاني، أو سكان المناطق بما في ذلك المستخدمين العابرين للحدود	نسب التغطية التي تتجاوز 100٪: ANC 4+ وتسليم المنشأة فوق العدد المتوقع لحالات الحمل في أربع دول عضو	المقامات القديمة
انشر تعريفات المؤشرات الصريحة باستخدام الأداة، وليس بعد الجمع	الأداة لا تحدد المؤشر، لذا تطبق كل دولة عرفها الخاص	أبلغت شرائح المراهقين في الفئة العمرية بأسماء مختلفة بين 10–19 و15–19؛ مستخدمو وسائل منع الحمل يمزجون بين المستخدمين الجدد والمستمرين	انحراف التعريف

العلاج	ما يشير إليه	كيف يبدو فى البيانات	تم ملاحظة العيب
أعد تسمية القسم وأضف قاعدة تحقق تشير إلى إجمالي الأسباب التي تتجاوز الوفيات المبلغ عنها	رؤوس الأقسام غامضة بين الحالات والوفيات	إجماليات أسباب وفاة الأطفال بحجم يتوافق مع حضور العيادات الخارجية؛ وعدد "وفيات" الإسهال المجمعة التي تجاوزت 21 مليون	المعدل المبلغ عنه كوفيات
تضمين الوحدات فى تسمية الحقل وتطبيق فحوصات النطاق	لا يتم تحديد أو فرض أي وحدة عند نقطة الدخول	تم الإبلاغ عن نسب وفيات الأمهات بأنها 0.2 و0.0، أي واضح لكل 1000 أو خطأ في إدخال البيانات بدلا من كل 100000	أخطاء الوحدة
العلامة التلقائية على التباين مقارنة بالسنوات السابقة للبلاد	لا يوجد فحص اتساق سنوي بين التقديم والنشر	زادت حالات الولادة الميتة المتناثرة بحوالي عشرة أضعاف خلال عام واحد في دولة عضو واحدة؛ وأبلغت عن حالات إجهاض بدرجة غير معقولة من الحجم	حركات غير معقولة لسنة واحدة
التوفيق المقطعى قبل التوقيع الوطني	أقسام تم تجميعها من قبل وحدات مختلفة دون توافق	إجمالى أسباب الوفاة يتجاوز إجمالى الوفيات المبلغ عنها؛ ولادات مع مرافق ماهر تتجاوز عدد الولادات الحية	التناقض الداخلي

ميزتان في هذا الجدول تهممان أكثر من العيوب الفردية. أولا، كل حل في العمود الأيمن غير مكلف. لا يتطلب أي منها تقنية جديدة أو موظفين جدد أو بنية تحتية جديدة؛ بل يتطلب تعريفات، وحدات، فحوصات نجاة وخطوة مطابقة. ثانيا، لن ينجو أي من هذه العيوب من الاتصال بنظام يستخدم البيانات فعليا. المقام الذي ينتج تغطية بنسبة 130٪ غير مرئي لنظام التقارير وواضح لأي شخص يحاول تخطيط الخدمات به. تستمر العيوب لأن البيانات تنقل بدلا من الاستخدام.

5.4.5 النقاط العمياء للقياس

بعيدا عن الجودة، هناك سؤال حول ما لا يقاس على الإطلاق. تتكرر ثلاث نقاط عمياء، وكل منها يتوافق مع محرك معروف للفناء.

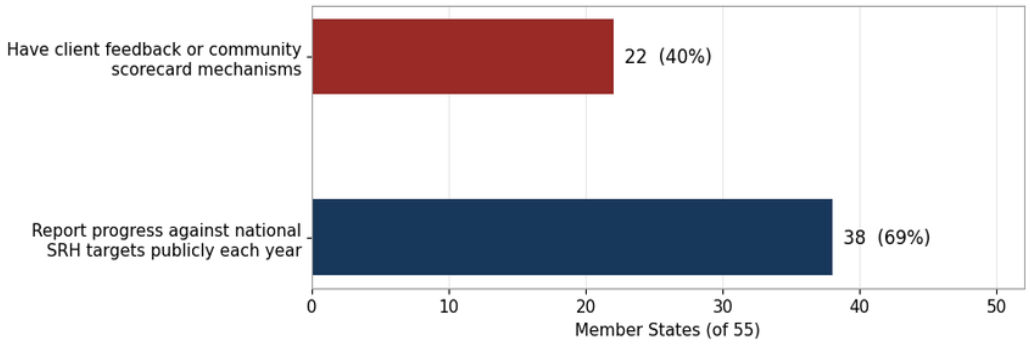
- قدرة الرعاية النسائية الطارئة. فقط واحد وثلاثون دولة عضو (56٪) تراقب نسبة المنشآت التي تقدم وظائف إشارة BEmONC أو CEmONC. هذا هو المؤشر الذي يخبر وزارة ما إذا كانت المرأة التي تصل إلى منشأة ستجد شخصا قادرا على إدارة نزيف، وهو السبب الرئيسي لوفاة الأمهات في القارة، والفشل المرتبط بنتائج التأخير الثالث للقسم 6.
- العنف القائم على النوع الاجتماعي. تراقب 31 دولة عضو (56٪) معدلات الإبلاغ عن العنف القائم على النوع الاجتماعي، وفقط إحدى عشرة (20٪) تتابع الإنفاق على العنف القائم على النوع الاجتماعي في الميزانية. مجال الخدمة الذي يحتوي على تشريعات شاملة في 35 دولة عضو غير مرئي إلى حد كبير في البيانات والحسابات.
- التعليم الشامل للجنس. تراقب تسع عشرة دولة عضو (35٪) تغطية التعليم الجنائي المدرسي، وهو أقل مؤشر مراقبة في التقييم، وهو أحد أضعف مجالات الأولوية في مابوتو.

النمط متسق: المؤشرات الأقل مراقبة هي تلك المرتبطة بالتدخلات التي تجد الدول الأعضاء صعوبة في تنفيذها. ضعف القياس والتسليم يعززان بعضهما البعض، وغياب البيانات يزيل الأدلة التي تبرر الاستثمار في المجالات التي تحتاجها أكثر.

5.4.6 تدفق البيانات للأعلى، وليس للخلف

أوضح تعبير عن الفرصة الضائعة هو الاتجاه الذي تنتقل فيه المعلومات. تبلغ ثمانية وثلاثون دولة عضو (69٪) علنا عن تقدم في الأهداف الوطنية للصحة النسبية النسبية سنويا. اثنان وعشرون دولة (40٪) لديها آليات تغذية راجعة للعملاء أو بطاقات

تسجيل المجتمع. ترفع الدول الأعضاء تقارير إلى الوزارات والشركاء بمعدل يقارب ضعف معدل استماعهم من النساء اللواتي يستخدمن خدماتهن (الشكل 5.6).



الشكل 5.6 الإبلاغ صعودا مقابل الاستماع للأسفل. المصدر: تقييم أفريقيا CDC القاري 2026 [15].

يفسر هذا التفاوت الكثير مما تصفه الأقسام 5.4.2 إلى 5.4.4. البيانات التي تجمع أساسا لتلبية التزام الإبلاغ الصاعدي تكتسب الخصائص التي لوحظت هنا: يتم تجميعها في الموعد النهائي، وتنقل مرة واحدة، ولا تتم توفيقها عبر الأقسام، ولا تعاد إلى المرافق التي أنشأتها، ولا تستخدم لتغيير أي شيء. تتصرف البيانات التي تجمع لتحسين الرعاية بشكل مختلف، لأن المستخدمين يلاحظون فورا عندما تكون خاطئة.

الفرصة الضائعة، كما قالت بوضوح

كل عنصر من عناصر دورة تحسين الجودة موجود بالفعل فى أنظمة الصحة الأفريقية. تسجل المرافق بيانات الخدمات. تقوم المناطق التعليمية بتجميعها. مراجعات وفيات الأمهات وفترة ما قبل الولادة تفحص وفيات الأفراد وتحدد ما حدث خطأ. تنشر الوزارات تقارير سنوية. تجمع التقييمات القارية النتائج.

ما يغيب إلى حد كبير هو حلقة الإرجاع: الخطوة التى يتعلم فيها المنشأة ما أظهرته بياناته الخاصة، ويغير شيئا ما، ويقيس ما إذا كان التغيير قد نجح. يجد القسم 6 أن أربعة عشر من أصل 34 دولة عضو فقط تنشر تقارير تتبع التقدم مقابل توصياتها السابقة. يجد التقييم القاري أن 40٪ فقط لديهم آليات يمكن للمستخدمين من خلالها الإبلاغ عن سوء الرعاية.

والنتيجة هى أن أفريقيا تدفع التكلفة الكاملة لجمع البيانات: وقت الموظفين، النماذج، الأنظمة، اجتماعات المراجعة، التقارير مع استحواذ جزء بسيط من قيمتها. فى فترة انخفضت فيها المساعدات التنموية للصحة بحوالى 70٪ منذ 2021 [8]، فإن حجة الكفاءة وحدها حاسمة: استخدام البيانات الحالية بشكل أفضل هو أرخص تدخل متاح في القارة.

5.4.7 ما يلي لاتخاذ القرار

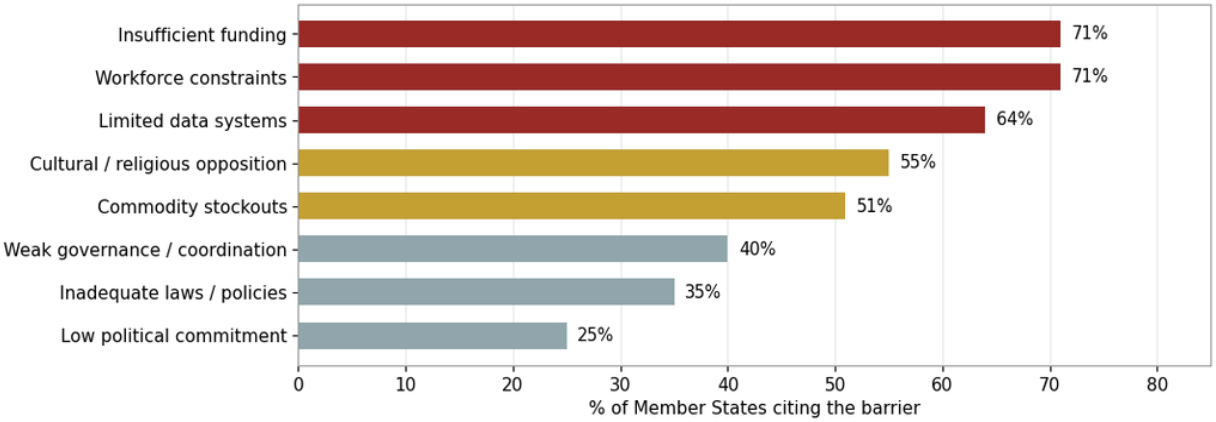
تتبع ذلك أربع تداعيات، وهي توجه التوصيات في القسمين 7 و8.

- قم بإصلاح التعريفات والقواسم قبل جمع المزيد من البيانات. جميع العيوب في الجدول 5.4 قابلة للإصلاح في مرحلة التصميم، وكل تحليل لاحق يعتمد عليها. هذا هو الإجراء الأعلى عائدا والأقل تكلفة المتاح.
- إغلاق حلقة الإرجاع كسياسة وليس ممارسة. يجب إعادة البيانات إلى المستوى الذي أنشأها، مع شرط صريح بأن تسجل دورة التقارير التالية ما تغير. هذا هو مبدأ تشغيل MPDSR، ويظهر القسم 6 أنه يعمل في أقلية من الدول الأعضاء ويحقق نتائج حيثما يحدث ذلك.
- قس ما هو الأصعب في التقديم. القدرة على رعاية التوليد الطارئة، وخدمات العنف القائم على النوع الاجتماعي، وبرامج المراهقين هي الأقل مراقبة ومن بين الأقل تنفيذا. جعلها مرئية هو شرط مسبق لتمويلها.

- عامل أنظمة البيانات كاستثمار مستقل. يؤكد القسم 5.8 أن قوة السياسات لا تتنبأ بقدرة البيانات. لن تتحسن أنظمة البيانات كنتيجة ثانوية لتطوير السياسات وتتطلب تمويلها الخاص، وقوة العمل الخاصة بها، ومساءلتها الخاصة.

5.5 حواجز التنفيذ والأولويات (القسم و)

طلب من الدول الأعضاء تحديد الحواجز التي تعيق تنفيذ سياسة SRH. يستشهدون بمتوسط 4.1 من الحواجز الثمانية المدرجة، و27 تشير إلى خمسة أو أكثر (الشكل 5.7): حيث يتم اختبار القيود كحزمة واحدة وليس بشكل منفصل.



الشكل 5.7 حواجز التنفيذ التي أشار إليها الدول الأعضاء. المصدر: تقييم أفريقيا لمراكز السيطرة على الأمراض 2026 [15].

العلاقة السائدة هي التمويل مع القوى العاملة: 35 دولة عضو (64٪) تذكر كلاهما في نفس الوقت، وهو أكثر بكثير مما قد ينتج عنه الصدفة. العلاقة متماسكة سببيا، والعاملون في الصحة هم أكبر تكلفة متكررة في أي ميزانية للعمال النفسيين الجنسيين، لذا فإن القيود المالية تظهر لمديري البرامج كنقص في القوى العاملة، وتوسيع القوى العاملة غير قابل للتمويل بدون نمو الميزانية. التدخل التمويلي الذي لا يعالج الرواتب والتكاليف المتكررة للنشر لن يخفف حاجز القوى العاملة، وتخطيط القوى العاملة الذي يتم بدون إطار تمويل لن يصمد أمام دورة الميزانية.

يذكر الالتزام السياسي المنخفض فقط من قبل أربعة عشر دولة عضو (25٪)، وهو أقل العائق استشهادا بين الثمانية. مهما كان ما يعيق التنفيذ في هذه القارة، لا تبلغ الدول الأعضاء أن الإرادة السياسية هي القيد الملزم. هذا الاكتشاف يقع جنبا إلى جنب مع التغطية السياسية شبه الشاملة المذكورة في القسم 5.1، ويحدد المشكلة بشكل مباشر في القدرة على التنفيذ.

5.6 البيئة القانونية وشمول التغطية الصحية الشاملة

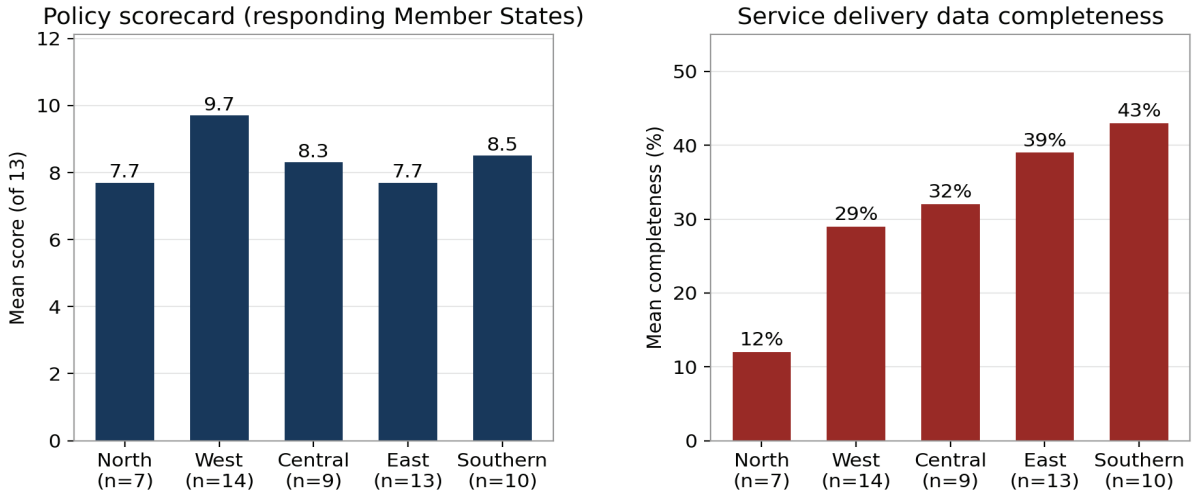
الإجهاض قانوني بموجب ظروف محددة في 36 دولة عضو، وقانوني عند الطلب في اثنتين، ومقيد بشدة في اثنتين، وتجريم في سبع ولايات غير محددة؛ ست دول لم تبلغ عن ذلك. تشريعات شاملة للعنف القائم على النوع الاجتماعي سارية في 35 دولة عضو (64٪)، مع تسع دول أبلغت عن أحكام جزئية واثنتان مشروع قانون. أفادت ستة وثلاثون دولة عضو (65٪) أن السياسة الوطنية تعالج الصحة الجنسية في البيئات الإنسانية أو الهشة.

أضعف حلقة في السلسلة القانونية إلى المالية هي شمول التأمين الصحي الصحي (UHC). فقط تسعة عشر دولة عضو (35٪) أفادت بإدراج شامل لخدمات الصحة الجنسية في حزمة مزايا التأمين الصحي الوطني أو UHC، حيث أبلغت ثمانية عشر دولة عن شمول جزئي وسبع لا تشمل أي شمول. إدراج التغطية الصحية الشاملة هو الآلية التي تحول الاستحقاق القانوني إلى خدمة

ممولة؛ بدونه، تظل رعاية الصحة الجنسية الشاملة تعتمد على رسوم المستخدمين، والتي يحددها التقييم بشكل منفصل كحاجز في أكثر من نصف جميع الدول الأعضاء.

5.7 الأنماط الإقليمية وبطاقة النتائج القطرية

تم تقييم كل دولة عضو مقابل ثلاثة عشر مؤشرا ثنائيا يشمل السياسات والتنسيق والتمويل والمراقبة. تم إدراج المؤشرات الثلاثة عشر في القسم 4.6. أجابت 53 من أصل 55 دولة عضو على بنود بطاقة التقييم؛ لم تجب موريشيوس وسيراليون على أي منها وتم استبعادها من المتوسطات بدلا من أن تحصل على صفر. عبر الثلاثة والخمسين المتوسط هو 8.5 من 13. ثلاث دول عضو تحصل على 13 من 13، بوركينا فاسو وإثيوبيا وتنزانيا، و17 نقطة 11 أو أكثر. أدنى درجة بين الدول الأعضاء المستجيبة هي 1 في رواندا. يقارن الشكل 5.8 الوسائل الإقليمية مع اكتمال بيانات الخدمة.



الشكل 5.8 مقارنة إقليمية: متوسط بطاقة تقييم السياسات مقابل متوسط اكتمال بيانات تقديم الخدمات. المصدر: تقييم أفريقيا CDC القاري 2026 [15].

وضع المقياسين جنبا إلى جنب يكشف عن النتيجة الهيكلية المركزية للتقييم. تختلف درجات السياسات قليلا عبر المناطق الخمس في الاتحاد الإفريقي، حيث تتراوح من 7.7 في شرق وشمال أفريقيا إلى 9.7 في غرب أفريقيا، أي فارق يقارب ربعها. تختلف اكتمال بيانات تقديم الخدمات بنحو أربعة أضعاف، من 12٪ في شمال أفريقيا إلى 43٪ في جنوب أفريقيا. شمال أفريقيا هو الأضعف من حيث البيانات والأقوى في النتائج، مما يذكر بأن قدرة القياس وعبء الوفيات مشكلتان منفصلتان وأن الدول الأعضاء الأقل للإبلاغ ليست هي الأكثر حاجة لإصلاحها. توضح شرق أفريقيا هذا التباعد بشكل أوضح: فهي تسجل أضعف متوسط درجة سياسات في القارة، على مستوى شمال أفريقيا، وثاني أقوى اكتمال بيانات.

5.8 بيانات تقديم الخدمة وفصل السياسة والبيانات

طلب المكون الكمي من التقييم بيانات سنوية لتقديم الخدمات من 2021 إلى 2025 عبر تسع مجالات سريرية (الجدول 5.5). لم تقدم ستة عشر دولة عضو (29٪) أي بيانات رقمية على الإطلاق. ارتفعت المشاركة بشكل كبير بمجرد أن تمكنت الدول الأعضاء من التحقق من إقراراتها شخصيا: حيث انتقلت عدة دول لم تقدم أي بيانات خدمة إلى أكثر من 40٪ بعد التحقق من إقراراتها. تبلغ ثمانية عشرة دولة عضو عن نصف الحقول المطلوبة على الأقل، وإحدى عشرة أخرى تبلغ بين الخامس والنصف.

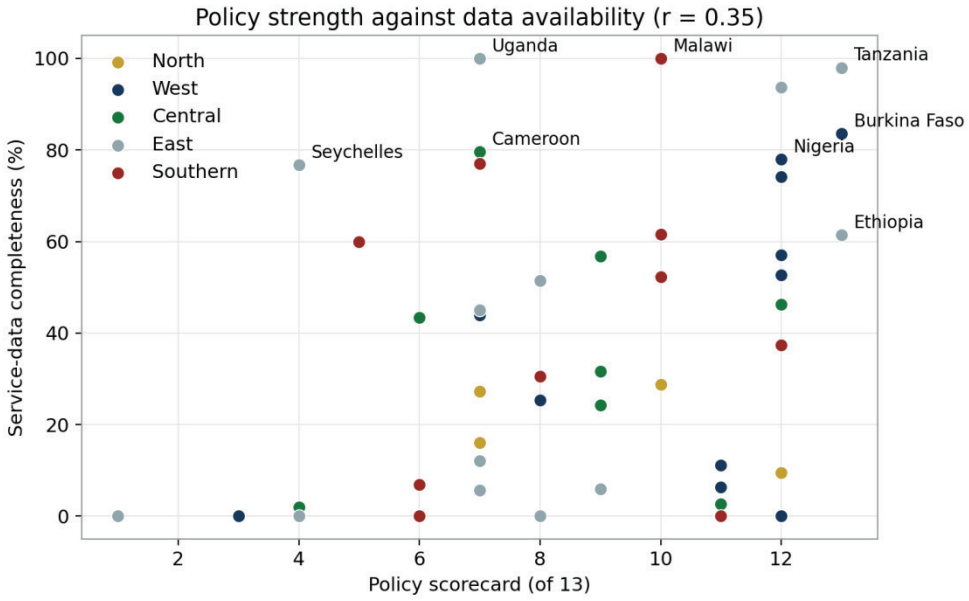
الجدول 5.5 تقرير بيانات تقديم الخدمات حسب القسم. المصدر: تقييم أفريقيا CDC القاري 2026 [15].

قسم البيانات	الدول الأعضاء تقارير	متوسط الاكتمال عند الإبلاغ عنه
أ – العوامل السكانية والمرافق	55 / 38	%75
BR/BS – وسائل منع الحمل	55 / 34	%67
CR/CS – SRH للمراهقين	55 / 28	%70
دكتور/دي إس – صحة الأم	55 / 36	%60
هـ – أسباب وفاة الأم	55 / 25	%62
FR/FS – صحة المولود الجديد	55 / 33	%53
ج – أسباب وفاة حديثي الولادة	55 / 14	%72
HR/HS – صحة الطفل	55 / 27	%51
ا – أسباب وفاة الأطفال	55 / 18	%63

ينخفض الإبلاغ مع ارتفاع الدقة السريرية، من 38 دولة عضو في عدد السكان إلى 14 دولة في أسباب الوفاة لحديثي الولادة. عندما تبلغ الدول الأعضاء، يكون الكمال مرتفعا، والقيود هي المشاركة وليس الجودة. لكن لهذا النمط دلالة جوهرية: الأقسام التي تتناقص أسرع هي بالضبط تلك اللازمة لتحديد سبب وفاة حديثي الولادة والأطفال، وهي نفس الأقسام التي يظهر القسم 6 أنها الأضعف في تقارير مراجعة الوفيات الوطنية.

قوة السياسة لا تتنبأ بتوفر البيانات

يسمح التقييم بسؤال لا يمكن لأي من المكونات الإجابة عليه بمفرده: هل تقدم الدول الأعضاء ذات الأطر السياسية الأقوى بيانات أفضل عن الخدمات التي تحكمها تلك السياسات (الشكل 5.9)؟



الشكل 5.9 بطاقة تقييم السياسات مقابل اكتمال بيانات تقديم الخدمات، الدول الأعضاء ال53 المستجيبة، حسب منطقة الاتحاد الأفريقي. المصدر: تقييم أفريقيا لمراكز مكافحة الأمراض القاري لعام 2026 [15].

لا يفعلون ذلك. عبر الدول الأعضاء ال 53 التي استجابت، فإن العلاقة بين بطاقة تقييم السياسات ذات الثلاثة عشر نقطة واكتمال بيانات الخدمة هي r = 0.35، وهي متواضعة، وتمثل حوالي ثمن التفاوت بينهما. تبلغ أوغندا عن 100٪ من مجالات تقديم الخدمات بدرجة سياسات 7 من 13، بينما تبلغ عدة دول عضو حصلت على 12 أو 13 نقطة تقريبا لا تحصل. يتم بناء هيكل السياسات والقدرة على القياس من قبل مؤسسات مختلفة، وعلى جداول زمنية مختلفة، وبتمويل مختلف. الدعم لأحدها لا يدفع الآخر، وستصاب استراتيجية قارية تمول تطوير السياسات بناء على توقعات أنظمة البيانات بخيبة أمل.

5.9 ما الذي يؤسسه التقييم

تتبع خمسة استنتاجات من التقييم القاري وتستمر في بقية هذا التقرير.

- الالتزام السياسي ليس القيد الملزم. 96٪ من الدول الأعضاء لديها سياسة SRH، أكثر من ثلاثة أرباعها حديثة، وفقط 25٪ يذكرون انخفاض الالتزام السياسي كعائق.
- هيكل التنفيذ مفقود في حوالي نصف الدول الأعضاء: 40٪ يفتقرون إلى آلية تنسيق، و42٪ يفتقرون إلى خطة تشغيلية موجهة للميزانية، و49٪ يفتقرون إلى خط ميزانية مخصص للصحة الاستراتيجية النسائية.
- التعرض للتمويل مركز وقابل للتحديد. تتلقى ست وعشرون دولة عضو تمويلا خارجيا للتنمية الاستراتيجية مع عدم وجود زيادة محلية، وثلاث وعشرون دولة لا تملك خط ميزانية أو نموا، ولا مجموعة مسماة، ولا مشكلة قارية منتشرة، وبالتالي يمكن العمل عليها.
- أنظمة المساءلة هي الحلقة الأضعف في كل مجال: آليات تغذية العملاء (40٪)، التفكيك الكامل للبيانات (58٪)، تتبع ميزانية العنف القائم على النوع الاجتماعي (20٪)، ومراقبة (35٪) CSE هي الأدنى درجات في أقسامها الخاصة.
- يتم فصل قوة السياسات وقدرتها على القياس. تتطلب استثمارا منفصلا وموازيا، ولا تدعم الأدلة افتراض أن السياسات الأفضل ستنتج بيانات أفضل.

يتحول القسم 6 الآن من ما تبلغه الدول الأعضاء عن أنظمتها إلى ما تسجله تلك الأنظمة حول وفيات النساء والمواليد الجدد، ويختبر ما إذا كانت الفجوات المحددة هنا تظهر في سجل الوفيات.

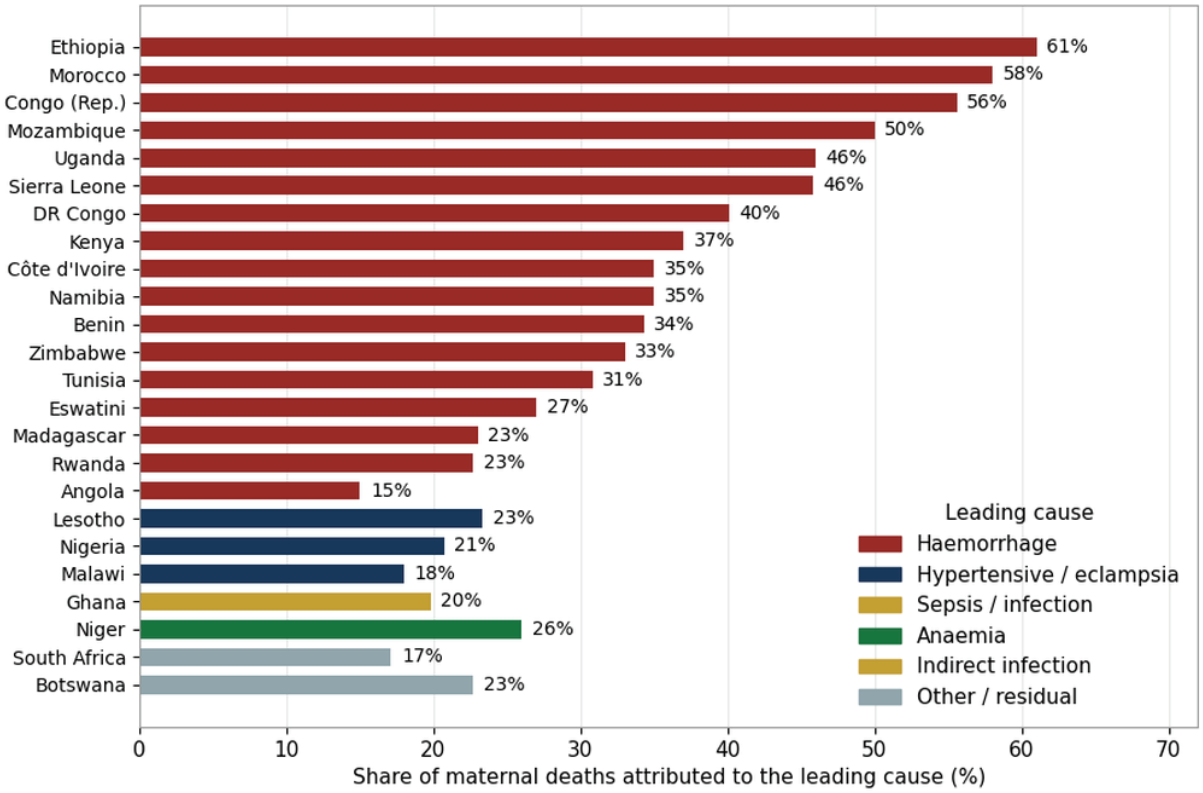
6. التركيب: أسباب ودوافع وفيات الأمهات والأطفال في أفريقيا

يجيب هذا القسم على السؤال الذي كلف التقرير بالإجابة عليه. يستند إلى 78 سجلا منظما مستخرجا من مراجعات وفيات الأمهات وفترة ما قبل الولادة ل 34 دولة عضو في الاتحاد الأفريقي ويقارنها بالتقييم القاري المبلغ عنه في القسم 5. كل رقم مستشهد به يمكن تتبعه إلى تقرير وطني مسمى؛ تنشر قاعدة الأدلة الكاملة كدليل عمل مرفي.

النتيجة ليست أن أفريقيا تفتقر إلى المعرفة بما يقتل أمهاتها وحديثي الولادة. بل أن هذه المعرفة تولد وتكتب، ثم لا يتم تطبيقها إلى حد كبير، وأنه حيثما تم التصرف عليها بشكل منهجي، انخفضت نسبة الوفيات.

6.1 أسباب وفاة الأمهات

أبلغت خمس وعشرون دولة عضو عن توزيعات كمية لأسباب الوفاة في مراجعاتها الوطنية. يعد النزيف التوليدي السبب الرئيسي المسجل في ثمانية عشر منها، أي 72٪ (الشكل 6.1).



الشكل 6.1 السبب الرئيسي المسجل لوفاة الأمهات، أحدث مراجعة وطنية. تبلغ خمسة وعشرون دولة عضو عن سبب رئيسي؛ كما تنشر ال24 دولة المعروضة هنا الحصة التي تمثلها، حيث تبلغ الكاميرون عن نزيف دون حصة محددة. النسب المئوية كما نشرتها كل دولة ولا يمكن مقارنتها بين الدول (انظر القسم 4.6). المصدر: قاعدة أدلة MPDSR [15].

هذا هو الاكتشاف الأكثر اتساقا في القارة، ويتوافق مع السجل العالمي: حيث يضع أحدث تحليل منهجي لمنظمة الصحة العالمية أن النزيف يعادل 27٪ من وفيات الأمهات حول العالم، ويحدد أفريقيا جنوب الصحراء كواحدة من منطقتين تحظى بهما النسبة الأعلى [6]. ما تضيفه المراجعات الوطنية هو الحجم على مستوى الدول. يشكل النزيف 61٪ من الوفيات المباشرة في

التقرير الوطني لعام 2025 لجمهورية الكونغو الديمقراطية [62]، وهو حوالي 40٪ من جميع وفيات الأمهات التي تم مراجعتها، و61٪ من الوفيات المدققة في إثيوبيا، و56٪ في جمهورية الكونغو، و50٪ من الوفيات المباشرة في موزمبيق، و46٪ في أوغندا وسيراليون.

اضطرابات ارتفاع ضغط الدم هي السبب الثاني تقريبا في كل مكان، وفي عدة دول في تزايد. سجلت أوغندا ارتفاع اضطرابات ارتفاع ضغط الدم من 15٪ من وفيات الأمهات في السنة المالية 21/2020 إلى 21٪ في السنة المالية 25/2024، متجاوزة الأسباب غير المباشرة لتصبح السبب الثاني الرئيسي. سجلت موزمبيق ارتفاعا من 19٪ في 2016 إلى 22٪ في 2017. سجلت كينيا ارتفاع مستويات تسمم الدم من 17٪ في السنة المالية 21/2020 إلى 22٪ في السنة المالية 22/2021. في ليسوتو ومالاوي، أصبحت اضطرابات ارتفاع ضغط الدم الآن السبب الرئيسي المسجل.

هناك نتيجان لا تعكس التقديرات العالمية

الأول يتعلق بفقر الدم. تسجل النيجر فقر الدم كسبب رئيسي لوفيات الأمهات بنسبة 26٪، متقدمة على النزيف بنسبة 25٪ — والتقرير الوطني يوضح صراحة أن فقر الدم، الذي كان يصنف سابقا كأسباب غير مباشرة، أصبح الآن السبب الرئيسي. سجلت إثيوبيا فقر الدم بنسبة 16–17.5٪ من وفيات الأمهات خلال عدة سنوات تقريرية. تسجل مالاوي فقر الدم كسبب غير مباشر رئيسي، وتنسب جمهورية الكونغو الديمقراطية 70٪ من وفيات الأمهات غير المباشرة إلى فقر الدم، وهو أعلى تركيز في المكتبة. لا يتم تقدير فقر الدم بشكل منفصل في التحليل العالمي للسبب، لكنه من أكثر الأسباب المبلغ عنها باستمرار في المراجعات الوطنية الأفريقية. نظرا لأن فقر الدم يمكن الوقاية منه في الحمل والحالة التي تحول نزيف قابل للبقاء على قيد الحياة إلى فميت، فإن شبه الاختفاء في التقديرات العالمية يمثل فجوة جوهرية.

الثاني يتعلق بالأسباب غير المباشرة في البيئات ذات الانتشار العالي للفيروس (HIV). وجد التحقيق السري لناميبيا أن 28.3٪ من النساء اللاتي توفين كن مصابات بفيروس نقص المناعة البشرية مقابل نسبة انتشار وطنية بالغة تبلغ 15.0٪ — أي ما يقرب من الضعف — وأن ثلث النساء المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية اللواتي توفين لم يتلقن أي رعاية ما قبل الولادة. سجلت كينيا ارتفاع نسبة وفيات الأمهات بسبب فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز من 16٪ إلى 19٪ خلال عامين. سجلت موزمبيق نسبة 49٪ من وفيات الأمهات غير المباشرة. سجلت التحقيقات في مالاوي 16.3٪ من جميع وفيات الأمهات. في بوتسوانا، الأسباب المباشرة وغير المباشرة متساوية تقريبا بنسبة 50.7٪ و49.3٪. عندما يكون انتشار فيروس نقص المناعة البشرية مرتفعا، تكون وفيات الأمهات مشكلة تقديم خدمات مرضى إلى حد كبير، ودمج الإيدز مع رعاية الأم ليس كفاءة اختيارية.

الوفاة دون سبب مسجل

من النتائج المتكررة والمهمة نسبة وفيات الأمهات التي لا يحدد لها سبب. سجلت إثيوبيا 7٪ من الوفيات التي تم مراجعتها في 24/2023 دون تحديد سبب. سجلت بنين 2٪ من الأسباب كأسباب مجهولة، و20٪ أخرى نسبت إلى أسباب تصفها بأنها "غير كلاسيكية". أحدث تقرير في بوتسوانا هو أكبر فئة ICD-10 "أمراض أمهات أخرى مصنفة في أماكن أخرى لكنها تعقد الحمل والولادة والبسا" بنسبة 22.7٪، وهي فئة متبقية وليست تشخيصا. سجلت تحقيقات ولاية أوندو في نيجيريا 5٪ من الوفاة بسبب سبب غير معروف. المنصة الوطنية النيجيرية هي الحالة الأكثر وضوحا: حيث تقع 44.1٪ من وفيات الأمهات المسجلة عليه بين 2019 و2021 ضمن فئة "أخرى" غير مميزة، و11.2٪ من وفيات ما حول الولادة غير محددة، ولهذا السبب لا يستخدم هذا التقرير تصنيف نيجيريا لتحديد نتيجة النزيف.

وهذا مهم لأن كل أولوية سريرية قد تضعها القارة — مثل منشطات الرحم وحمض الترانيكساميك للنزيف، وكبريتات المغنيسيوم لتسمم الحمل، وإمداد الدم لفقر الدم، والمضادات الحيوية لتعفن الدم — تعتمد على معرفة توزيع الأسباب. عندما لا تحمل خمس أو ربع الوفيات سببا قابلا للاستخدام، لا يمكن تحديد الترتيب الحقيقي من البيانات الروتينية، ويتم تخصيص الاستثمار على التقديرات بدلا من الأدلة.

6.2 أسباب وفاة حديثي الولادة

عندما تراجع الدول الأعضاء الوفيات حول الولادة وحديثي الولادة، تكون الصورة أكثر تركيزا من وفيات الأمهات وأكثر قابلية للتنفيذ (الجدول 6.1).

الجدول 6.1 الأسباب المسجلة للوفاة حديثي الولادة وما حولها في المراجعات الوطنية. فقط 14 من أصل 55 دولة عضو قدمت بيانات أسباب الوفاة لحديثي الولادة إلى التقييم القاري، وفقط الدول الأربع المعروضة هنا تنشر مراجعة وطنية تسجل أسباب حديثي الولادة أو ما حول الولادة. المصدر: قاعدة أدلة [15] MPDSR.

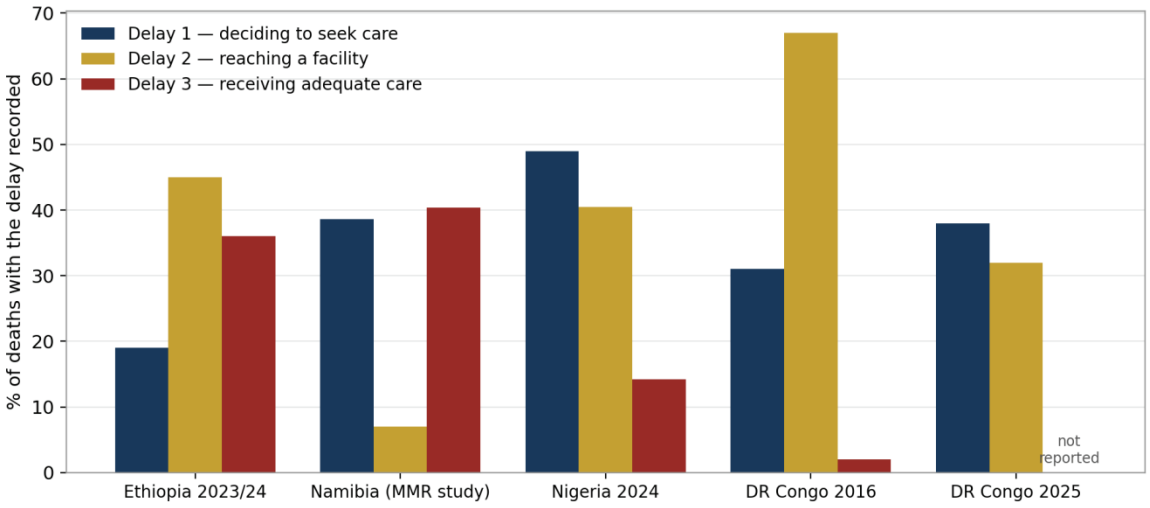
الأسباب الرئيسية للوفاة حديثي الولادة أو ما حول الولادة	نقطة على السطر	الدولة العضو
اختناق الولادة 53٪؛ تعفن الدم 14٪؛ مضاعفات الخجل 12٪، معا حوالي 80٪	السنة المالية 25/2024	أوغندا
اختناق الولادة 51٪؛ الخدج 24٪؛ الآخرون 18٪؛ تعفن الدم الوليدي	2024	زيمبابوي
الخدج 28.1٪؛ اختناق الولادة 26.9٪؛ تعفن الدم، التهاب رئوي والتهاب السحايا 19.8٪	24/2023	إثيوبيا
ساهمت حالات الأم (تسمم الحمل/تسمم الحمل، فقر الدم) في 13.9٪ من وفيات ما حول الولادة	2024–2021	ناميبيا

تنشر ثلاث دول عضو تفصيلا كميا لأسباب حديثي الولادة أو ما حول الولادة: أوغندا، زيمبابوي وإثيوبيا. وتشمل هذه الدول الاختناق أثناء الولادة بين 27٪ و53٪ من وفيات حديثي الولادة المسجلة، والخدج الذي يتراوح بين 12٪ و28٪؛ وتشكل السببان معا بين 55٪ و75٪. يتم معالجة كلاهما من خلال حزمة تدخل واحدة محددة جيدا وغير مكلفة: الكورتيكوستيرويدات قبل الولادة، الرعاية الحرارية، ورعاية أم الكنغر للولادة المبكرة؛ الحضور المهمر، استخدام البارتوجراف، وإنعاش حديثي الولادة للاختناق. وهذا هو أوضح إشارة تدخل في كامل قاعدة الأدلة.

وهو أيضا الأقل قياسا. فقط خمسة عشر من أصل 34 دولة عضو في المكتبة أبلغت عن أعداد وفيات حديثي الولادة على الإطلاق، مقابل ثمانية عشر دولة أبلغت عن وفيات الأمهات وسبعة عشر حالة ولادات ميتة. يجد التقييم القاري نفس النمط: 36 دولة عضو قدمت بيانات خدمات صحة الأمهات بينما قدمت 14 فقط بيانات أسباب الوفاة لحديثي الولادة (القسم 5.8). فترة المواليد هي أقل جزء يقاس في استمرارية الرعاية عند النقطة التي توقفت فيها الوفيات عن الانخفاض، كما نص القسم 2.4.

6.3 أين يكمن التأخير

تطبق تسع دول عضو نموذج التأخيرات الثلاثة في مراجعاتها الوطنية بشكل يسمح بالقياس الكميمي. ما تظهره هو أن موقع التأخير المميت يختلف بشكل حاد بين الدول، وفي حالة واحدة على الأقل، تغير مع مرور الوقت (الشكل 6.2).



الشكل 6.2 توزيع التأخيرات المساهمة في المراجعات الوطنية. فقط تسع من أصل 55 دولة عضو تطبق نموذج التأخيرات الثلاثة في شكل يسمح بالقياس، وفقط تلك التي لديها توزيع منشور كامل؛ أما البقية فهي إما لا تستخدم النموذج أو لا تنشر التوزيع. تتجاوز النسب 100٪ عندما تم تسجيل أكثر من تأخير واحد لكل وفاة. المصدر: قاعدة أدلة MPDSR [15].

تقدم جمهورية الكونغو الديمقراطية أوضح ملف وصول في المكتبة. سجلت مراجعتها لعام 2016 نسبة 67٪ من وفيات الأمهات إلى التأخير الثاني، وهو المسافة من المنزل إلى المنشأة، مقابل 31٪ لاتخاذ قرارات الأسرة و2٪ للرعاية التي تلقاها في المنشأة. تقريرها الوطني لعام 2025 [62]، الذي يحل محل تلك المراجعة، يضع قرار طلب الرعاية عند 38٪ والنقل إلى المنشأة عند 32٪. لا تزال الفترات التي تنتظر قبل أن تكون المرأة في أيدي السرير تسببان سبع وفيات من كل عشرة، لذا فإن الاستنتاج قائما رغم تغير التوازن بينهما: بالنسبة للكونغو الديمقراطية، القيد الملزم هو الجغرافيا والنقل.

تظهر المراجعات الوطنية لإثيوبيا نفس الحركة في الاتجاه المعاكس. بين السنة المالية 2010 (18/2017) و2016 (24/2023)، انخفضت نسبة وفيات الأمهات التي تم تسجيلها تأخير في قرار طلب الرعاية من 66.8٪ إلى 19.0٪، بينما ارتفعت نسبة التأخير في الوصول إلى المنشأة من 37.7٪ إلى 45.0٪، وانخفضت نسبة التأخير في تلقي الرعاية الكافية من 48.6٪ إلى 36.0٪. تتجاوز الأسهم أكثر من 100٪ لأن وفاة واحدة قد تحمل أكثر من تأخير واحد، لذا فإن ارتفاع التأخير الثاني لا يعني أن النقل قد تدهور بشكل مطلق؛ بل يعني أنه، من بين الوفيات التي تم مراجعتها، أصبح الوصول إلى منشأة هو العقبة الأكثر تسجيلا. هذا هو شكل النظام عندما تتراجع الحواجز على جانب الطلب أسرع من توسع شبكة الإحالة.

تقدم أوغندا ورواندا وناميبيا الصورة المعكوسة. أحدث سجلات أوغندا انخفضت التأخير الأول بنسبة 6٪ وتأخر اثنين بنسبة 8٪، بينما ارتفع التأخير الثالث (التأخير في تلقي الرعاية الكافية بعد الوصول) بنسبة 11٪. وهو التأخير الوحيد الذي يتحرك في الاتجاه الخاطئ. وجدت دراسة ناميبيا متعددة المناطق أن التأخير الثالث هو أكبر مساهم فردي بنسبة 40.4٪، متقدما على التأخير الأول بنسبة 38.6٪ والتأخير الثاني بنسبة 7.0٪ فقط. وجدت مراجعة سيراليون لعام 2016 أن 67٪ من وفيات الأمهات حدثت في المستشفيات وكانت مرتبطة بجودة الرعاية. أظهر التدقيق الوطني المواجه لروادا لعدد 987 حالة وفاة أن الرعاية في المرافق دون المستوى ساهمت في 61.1٪ من الوفيات، مقابل 30.3٪ لعوامل المرضى والمجتمع، أي ضعف المعدل.

مكان تأخير الربط يختلف حسب الدولة العضوة.

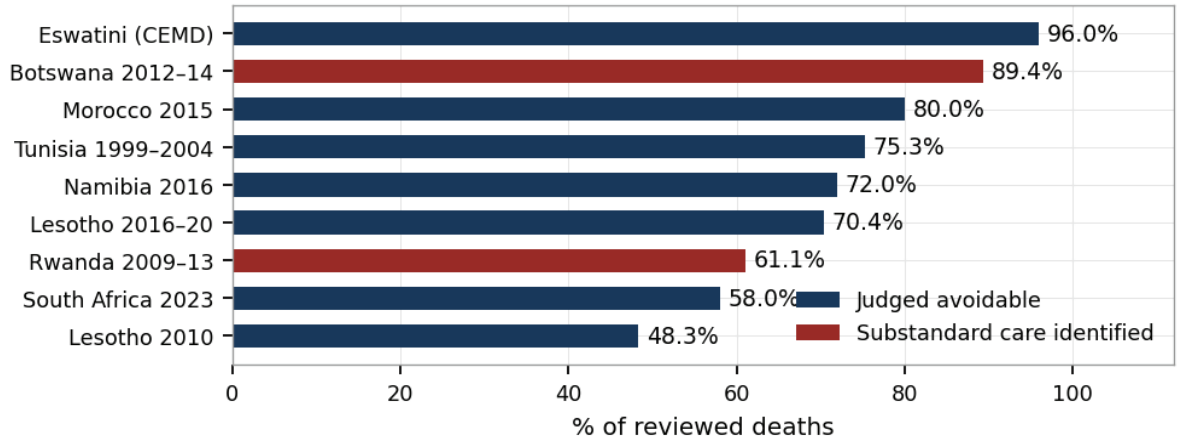
مع توسع معدلات الحضور والولادة الماهرة، أبلغت أكثر من 60٪ من الدول الأفريقية الآن عن أكثر من 80٪ من الولادات التى تم حضورها، مقابل 28٪ فى 2010 [2]. فى عدة دول أعضاء، التأخير الأكثر تسجيلا هو عدم الوصول إلى المنشأة ولكن تلقيها رعاية كافية داخلها: حيث تضع دراسة ناميبيا متعددة المناطق التأخير الثالث الأعلى بنسبة 40.4٪، وتسجل أوغندا أنه التأخير الوحيد الذي يرتفع، ووجدت مراجعة سيراليون لعام 2016 أن 67٪ من وفيات الأمهات حدثت فى المستشفيات وكانت مرتبطة بالجودة.

وهذا له تأثير برمجى مباشر. التدخلات التى تجلب النساء إلى المنشآت بشكل أسرع لن تنقذهن إذا كانت المنشأة تفتقر إلى الدم أو غرفة العمليات الوظيفية أو كبريتات المغنيسيوم أو مقدم رعاية مدرب على استخدام البارتوغراف. فى الدول الأعضاء الأخرى، لا تزال التأخيرات السابقة تهيمن. سجل أحدث مراجعة لإثيوبيا ثانى أعلى تأخير بنسبة 45٪، حيث سجل التأخير الأول بنسبة 66.8٪ في 18/2017، وتقرير جمهورية الكونغو الديمقراطية لعام 2025 يضع التأخيرين قبل المنشأة عند 70٪ بينهما.

والنتيجة هى النقطة الأساسية: وصفة قارية واحدة ستكون خاطئة. DR الكونغو تحتاج إلى النقل والقرب الجغرافى؛ أوغندا ورواندا وناميبيا بحاجة إلى قدرة على المنشأة. يجب أن تدفع ملفات التأخير إلى استجابات خاصة بالدول.

6.4 كم عدد هذه الوفيات التي كان بالإمكان تجنبها

تقيم تسع دول عضو إمكانية التجنب أو الرعاية دون المستوى بشكل صريح (الشكل 6.3). لا توجد أفاد بأنها غالبية الوفيات على أنها حتمية.



الشكل 6.3 نسبة الوفيات التي تم تقييمها على أنها قابلة للتجنب، أو التي تم تحديد رعاية دون المستوى المطلوب. تختلف التعريفات بين الدول والقياسان غير متكافئين. المصدر: قاعدة أدلة MPDSR [15].

حكم التحقيق السري الثلاثي السنوي الذي أجرته إسواتيني بأن 96٪ من الوفيات الناتجة عن أسباب التوليد المباشرة كانت قابلة للتجنب. سجلت تونس 75.3٪ من وفيات الأمهات كحالات قابلة للتجنب، بالتأكيد أو ربما. سجلت ناميبيا 72٪ كعوامل محتملة للتجنب في 2016، مع أكبر مساهمة في 32٪ من سوء الإدارة أو عدم المستوى، حيث كان العامل الأكبر المساهم بنسبة 32٪. سجلت ليسوتو عوامل قابلة للتجنب في حوالي 70٪ من الوفيات التي تم مراجعتها بين 2016 و2020. أظهر التحقيق السري في المغرب لعام 2015 أن 80٪ من الوفيات قابلة للتجنب، وارتفع إلى 89٪ حيث كان السبب مباشرا، مع اعتبار 0.7٪ فقط حتمية. يعد تحقيق جنوب أفريقيا لعام 2023 الأدنى في المجموعة بنسبة 58٪ يمكن الوقاية منها ضمن النظام الصحي، وهي الدولة ذات أطول تحقيق وبنية تحتية متطورة، مما يشير إلى أن النسبة تعكس نسبة أكثر صرامة بدلا من رعاية أفضل.

تقدم بوتسوانا أكثر النتائج إزعاجا في قاعدة الأدلة. وجدت مراجعتها ل 216 حالة وفاة أمهات بين عامي 2012 و2014 أدلة على رعاية دون المستوى في 193 منها (89.4٪) وذكرت بوضوح أن هذا يمثل تدهورا بنسبة عشر نقاط مئوية مقابل 79٪ المسجلة في تقريرها ل2007–2011. يسجل نفس التقرير أن 42.2٪ من النساء اللاتي توفين بسبب تسمم الحمل الشديد لم

يتلقن أي إدارة للحالة. وثقت دولة ذات بنية تحتية صحية قوية نسبيا تدهور جودة رعاية الأمهات في تقريرها الوطني، ولا يظهر هذا النتيجة في أي تقدير عالمي.

توفر المغرب المقياس الوحيد الذي تم قياسه ذاتيا لهذه الفجوة في القارة. أفاد تحقيقه السري في وفيات 2015 أن أكثر من 60٪ من الوفيات المقدرة بين النساء في سن الإنجاب لم يتم تحديدها أبدا من قبل نظام المراقبة، وأن 41٪ فقط من وفيات الأمهات المقدرة في المناطق ذات الأولوية الست تم تدقيقها. نادرا ما تقيس أي دولة عضو مدى النقص في التشخيص بنفسها. أن يقوم المغرب بذلك وينشره هو ممارسة تستحق النقل: نظام مراجعة لا يعرف ما الذي ينقصه لا يمكنه الإبلاغ عن مقدار ما يفتقده.

عند جمع هذه الأرقام معا، تثبت الاستنتاج الأهم المتاح من مراجعات الوفيات الأفريقية: الغالبية الساحقة من وفيات الأمهات في هذه القارة يحكم عليها، من قبل الأطباء الذين راجعوها، بأنها كانت قابلة للوقاية بفضل الموارد والمعرفة المتاحة بالفعل. هذا ليس حدودا للاكتشاف الطبي. إنها مشكلة في تقديم الرعاية المعروفة بشكل موثوق. يحدد القسم 8 والملحق 2، دولة عضو تلو الأخرى، التدخلات التي نفذتها الحكومات الأفريقية بالفعل ضد هذه الأسباب نفسها وما حققته كل منها.

6.5 السائقات، مرتبطة بوحدات بناء نظام الصحة

تتحول التأخيرات والعوامل التي يمكن تجنبها في المراجعات الوطنية إلى مجموعة متسقة من إخفاقات الأنظمة. ربط هذه العوامل مع اللبنات الأساسية لمنظمة الصحة العالمية يربط كل سبب وفاة بالنظام الذي فشل وإلى التدخلات في القسم 8 التي أظهرت معالجتها (الجدول 6.2).

الجدول 6.2: عوامل عوامل وفيات الأمهات وحديثي الولادة مرتبطة بعناصر نظام الصحة العالمية الأساسي، مع أدلة مؤيدة من التقييم القاري. المصادر: قاعدة أدلة MPDSR وتقييم أفريقيا لمركز مكافحة الأمراض القاري 2026 [15].

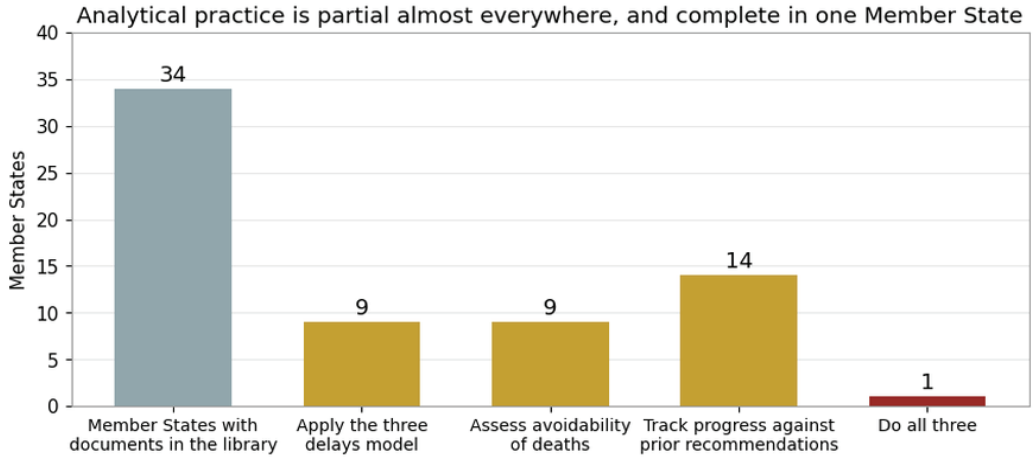
التأكيد فى التقييم القاري	ما تسجله مراجعات الوفاة	كتلة البناء
أبلغت أنظمة التدقيق حول الولادة من قبل 66٪ فقط من الدول الأعضاء؛ آليات تغذية راجعة العملاء بنسبة 42٪: أضعف نظام على مستوى القارة	الرعاية غير المؤهلة في المنشأة في 61.1٪ من الوفيات (رواندا)؛ 89.4٪ (بوتسوانا)؛ 80٪ من الوفيات التي يمكن تجنبها (المغرب)؛ 58٪ من الوفيات التي يمكن الوقاية منها (جنوب أفريقيا)؛ ارتفاع التأخير الثالث (أوغندا)؛ 67٪ من الوفيات في المستشفيات والأمراض المتعلقة بالجودة (سيراليون)؛ تسمم الحمل الحاد غير المدار في 42.2٪ من الحالات (بوتسوانا)	تقديم الخدمة
القوى العاملة التى أشار إليها كحاجز من قبل 70٪ من الدول الأعضاء؛ تحليل فجوات HRH أجراها 52٪ فقط؛ سياسات تحويل المهام بنسبة 62٪	قضايا العاملين فى القطاع الصحى من بين أكبر فئة عوامل يمكن تجنبها (أوغندا); الإدارة غير المؤهلة هى العامل المساهم الرئيسى (ناميبيا، إسواتينى)	القوى العاملة الصحية
فقط 55٪ من الدول الأعضاء تقوم بتفصيل بيانات SRH بالكامل؛ 58٪ يراقبون تغطية BEmONC؛ 32٪ لم يقدموا أي بيانات تقديم الخدمات على الإطلاق	السبب غير المعين بين 7٪ (إثيوبيا) و22.7٪ (بوتسوانا) من الوفاة؛ أسباب محددة حسب المناطق تتطلب إعادة تصنيف وطني (سيراليون)؛ الإبلاغ الناقص (المغرب)	معلومات صحية
نفاد مخزون السلع كحاجز من قبل 51٪ من الدول الأعضاء؛ تستورد أفريقيا 60٪ من حمض الترانيكساميك المستخدم فى نزيف ما بعد الولادة [5]	نقص الدم لنقل الدم هو العامل الرئيسي الذي يمكن تجنبه (مالاوي); الفجوات فى السلع والمعدات تتكرر عبر المراجعات	المنتجات الطبية

التأكيد فى التقييم القاري	ما تسجله مراجعات الوفاة	كتلة البناء
التمويل غير الكافي هو الحاجز الأعلى تصنيفا بنسبة 72٪؛ 50٪ من الدول الأعضاء تفتقر إلى خط ميزانية مخصص لخدمات SRH؛ المدفوعات من جيبها تشكل حاجزا في 50٪	عدم القدرة على الدفع وغياب التأمين الصحي من بين العوامل الرئيسية المساهمة (مراجعة نيجيريا القريبة من الحادث)؛ التكاليف التي تدفعها من جيبه المتكررة في العوامل المتعلقة بالمرضى	التمويل
42٪ من الدول الأعضاء تفتقر إلى آلية تنسيق؛ 44٪ تفتقر إلى خطة تشغيلية مدرجة الميزانية؛ وزارة المالية موجودة فى 42٪ فقط من الآليات	معدل تنفيذ منخفض لتوصيات التدقيق التى حددتها الدولة نفسها (بنين)؛ معدلات الإشعارات والمراجعة ثابتة رغم التفويض القانونى (مدغشقر)	القيادة والحوكمة

التوافق بين العمودين هو العائد التحليلي لقراءة هذه التدفقات الأدلة معا. ما تبلغ عنه الدول الأعضاء كنقاط ضعف في النظام في استبيان السياسات يظهر، بشكل مستقل، كسبب مسجل لوفاة النساء الفردية في مراجعاتها السريرية. يقول التقييم القاري إن آليات تغذية راجعة العملاء هي أضعف نظام في القارة؛ تسجل مراجعات الوفاة الرعاية دون المستوى كعامل مساهم رئيسي. يقول التقييم إن نصف الدول الأعضاء ليس لديها خط ميزانية مخصص للصحة النسبية النسائية؛ تسجل المراجعات عدم القدرة على الدفع من بين الأسباب الرئيسية التي قدمتها النساء متأخرة. هذه نفس النتيجة لوحظت مرتين.

6.6 حلقة المساءلة: الفشل المركزي

يأخذ مراقبة واستجابة الوفاة الأمومة وفترة ما قبل الولادة اسمه من الكلمة الأخيرة. المراقبة بدون استجابة هي مسار تدقيق، وليست تدخلا. تسمح قاعدة الأدلة بتقييم مباشر لعدد مرات إغلاق الحلقة فعليا (الشكل 6.4).



الشكل 6.4 اكتمال التحليل لأنظمة مراجعة الوفاة الوطنية، 34 دولة عضو لديها وثائق في المكتبة. الفئات الثلاث الوسطى تتداخل جزئيا فقط؛ الشريط النهائي يحسب الدول الأعضاء التي تقوم بكل هذه الثلاثة. المصدر: قاعدة أدلة MPDSR [15].

من بين 34 دولة عضو تمت مراجعة تقاريرها في تقاريرها، تطبق تسع منها نموذج التأخيرات الثلاثة بشكل كموي، وتسع تقيم قابلية تجنب الوفيات التي تراجعها، وتنشر أربعة عشر تقارير تتبع التقدم مقابل التوصيات المقدمة في الدورات السابقة. هذه الدول الأربعة عشر هي بنين، الكاميرون، ساحل العاج، جمهورية الكونغو الديمقراطية، إثيوبيا، كينيا، مالاوي، المغرب، ناميبيا، نيجيريا، سيراليون، جنوب أفريقيا، تنزانيا وأوغندا.

هذه مجموعات دول مختلفة إلى حد كبير، وهذا هو النتيجة الأكثر إثارة للقلق. تظهر ست دول عضو فقط في كل من مجموعة التأخيرات الثلاثة ومجموعة تتبع التوصيات، وواحدة **فقط، ناميبيا، تقوم بكل ذلك:** تحلل التأخيرات المساهمة، وإمكانية تجنب القضاة، وتبلغ عما إذا كانت توصياتها السابقة قد تم تنفيذها. لذلك، يمكن للدولة العضو تحليل سبب وفاة النساء بالتفصيل

دون تسجيل ما إذا تم اتخاذ أي إجراء حيال ذلك أو تتبع توصياتها دون تحليل التأخيرات التي أدت إلى الوفاة. الممارسة التحليلية الكاملة، كما صممت الأداة، هي حاليا الاستثناء وليس المعيار.

تقرير الكاميرون للنصف الأول من عام 2026، وهو أحدث تقرير وطني في المكتبة، يذكر نفس الاستنتاج عن نفسه. يسجل معدل مراجعة وفيات الأمهات بنسبة 92٪ على المستوى الوطني، محسنا عن النصف الأول من عام 2025، ومعدل مراجعة حديثي الولادة بنسبة 75٪ يتراوح بين 21٪ و97٪ بين المناطق، ثم يقول بوضوح إن التحدي لم يعد إجراء المراجعات بل تنفيذ توصياتها. عندما تصل دولة عضو إلى هذا التشخيص بشكل مستقل، يتوقف الاكتشاف القاري عن كونه حكما خارجيا ويصبح حكما مشتركا.

يحتوي تقرير بنين لعام 2019 على أوضح تشخيص للفشل في أي مكان في المكتبة. ويسمي، كنقاط ضعف وطنية: انخفاض معدل إتمام تدقيقات الوفيات، وتأخيرات في إرسال تقارير التدقيق، وبشكل صريح، انخفاض معدل تنفيذ التوصيات الناتجة عن تلك التدقيقات. وقد حددت دولة عضو، في تقريرها الوطني الخاص، أن التوصيات التي يصدرها أطباؤها لا تنفذ. تبلغ مدغشقر عن نفس النمط بعبارات مختلفة: معدلات الإشعار والمراجعة تبقى ثابتة رغم وجود أداتين قانونيتين تفرضان ذلك.

توفر نيجيريا أول قياس وطني لمكان انقطاع الحلقة. تقرير 2019 إلى 2021، الموجه من منصة MPCDSR الوطنية، يسجل أن 83.6٪ من وفيات الأمهات تم الإبلاغ عنها لكن 17.8٪ فقط تمت مراجعتها، وأن 37.1٪ من وفيات ما قبل الولادة تم الإبلاغ عنها و1.7٪ مراجعة [63]. لذلك، الفشل ليس في الأساس في الإشعار، وهو الخطوة التي تركز عليها معظم الإرشادات القارية، بل في ما يحدث بمجرد الإبلاغ عن الوفاة. يظهر تقرير 2021 إلى 2025 تدهور الوضع: انخفضت وفيات الأمهات التي اجتازت المراجعة من 2,618 في 2020 إلى 749 في 2025، بينما بقيت الوفيات المسجلة في نظام المعلومات الصحية الوطني بين حوالي 4,000 و5,500، لذا انخفضت النسبة التي تم مراجعتها من 41٪ في 2022 إلى 17٪ في 2025 [64]. يجب ألا يقرأ انخفاض عدد الوفيات التي تم مراجعتها على أنه انخفاض في الوفيات. في أكبر دول القارة، هو مقياس للمراقبة تراجع.

جنوب أفريقيا: ماذا يحدث عندما يغلق الحلقة

أدارت جنوب أفريقيا أطول تحقيق سري مستمر فى القارة حول وفيات الأمهات، حيث نشر كل ثلاث سنوات منذ عام 1998. فى تقرير "إنقاذ الأمهات" لعام 2017–2019، انخفضت نسبة وفيات الأمهات المؤسسية إلى أقل من 100 لكل 100,000 مولود حي لأول مرة منذ بداية السلسلة.

ينسب التقرير ذلك صراحة إلى تقييم وفيات الأمهات الفردية وتنفيذ التوصيات التى تلت ذلك، واصفا جنوب أفريقيا بأنها واحدة من الدول القليلة في العالم التي تقيم وفيات الأفراد وتنفذ التوصيات الناتجة.

أكبر انخفاض فردي منذ عام 2010 كان فى الوفيات الناتجة عن عدوى غير مرتبطة بالحمل، بعد تطبيق مضادات الفيروسات القهقرية. ومع انخفاض الأسباب الأخرى، برزت الحالات الطبية والجراحية كسبب رئيسى أساسى، والانتقال الوبائى الذي تنجحه برامج صحة الأمهات الناجحة، والأدلة على أن النظام يكتشف ما يفترض أن يكتشفه.

التباين بين تشخيص بنين ونتيجة جنوب أفريقيا هو، حسب حكم هذا التقرير، أهم مقارنة فردية في قاعدة الأدلة. نفس الأداة (المراجعة المنهجية للوفيات الفردية) تنتج نتيجة رائدة على مستوى القارة حيث يتم تنفيذ التوصيات ولا تنتج شيئا حيث لا تنفيذ. يؤكد تحقيق جنوب أفريقيا لعام 2023 النقطة بدلا من إضعافها: مع عودة النسبة المؤسسية إلى 111.7 بعد ارتفاع كوفيد-19، استمر المكسب فقط طالما استمر الدورة. المتغير الحاسم ليس جودة المراجعة السريرية. بل ما إذا كان سيحدث شيء بعد ذلك.

6.7 ما الذي تضيفه الأدلة المحكمة

النتائج المذكورة أعلاه مستمدة من تقارير الدول الأعضاء نفسها. يهم ما إذا كانت الأبحاث المستقلة المحكمة المحكمة تصل إلى نفس الاستنتاجات لسببين: فهي تختبر موثوقية طريقة هذا التقرير، وأن الأدبيات المنشورة يمكن أن تجيب على سؤال لا

تستطيع التقارير الوطنية الإجابة عليه: هل يؤدي مراقبة واستجابة وفيات الأمهات وفترة ما قبل الولادة فعلا إلى تقليل الوفيات؟

هل تعمل الآلة؟

أعلى الأدلة جودة حول هذا السؤال هي مراجعة كوكرين المنهجية لتدقيقات الوفيات والمراجعات التي تهدف إلى تقليل وفيات الأمهات والفترة حول الولادة والأطفال [32]. نتائجها أكثر دقة وحذرا مما تشير إليه الأدبيات الأوسع حول مراجعة الوفيات عموما، وتحمل تداعيات مباشرة على ما يجب أن يوصي به هذا التقرير.

وجدت المراجعة تجربتين فقط مؤهلتين من التجارب العشوائية العنقودية (الجدول 6.3). الأولى، QUARITE، أجريت عبر 46 مستشفى إحالة عام في السنغال ومالي، وتم تحويلها عشوائيا إلى تدخل يتضمن ورشة عمل تفاعلية أولية وزيارات توعوية تربوية ربع سنوية تركز على مراجعة وفيات الأمهات وتطبيق أفضل الممارسات [32،33]. الثانية، OPERA، أجريت في فرنسا [32].

الجدول 6.3 نتائج مراجعة كوكرين المنهجية لتدقيقات ومراجعات الوفيات. المصدر: ويلكوكس وآخرون، قاعدة بيانات كوكرين للمراجعات المنهجية، 2020 [32].

يقين الأدلة	التأثير	النتيجة
معتدل	ربما انخفضت. أبلغ QUARITE عن نسبة احتمالات 0.85 (فاصل الثقة 95٪ 0.73–0.98، p=0.03)، مع اقتصار التأثير على المستشفيات الإحالة من المستوى الأول	وفيات الأمهات الداخلية، مستشفيات المناطق الريفية منخفضة الدخل
معتدل	ربما زادت. نسبة الاحتمالات 1.87 (فاصل الثقة 95٪ 1.35–2.57)	نسبة النساء اللاتى يتلقين رعاية عالية الجودة
معتدل	ربما لا يوجد فرق كبير أو لا يوجد فرق	معدل الولادة الميتة في المرضى الداخليين
منخفض	قد لا يحدث فرقا كبيرا أو لا يحدث فرقا كبيرا؛ يشمل فترة الثقة كلا من الفائدة والضرر	وفيات حديثى الولادة فى المرضى الداخليين بعد 24 ساعة
—	لم يتم تحديد دليل مؤهل	تدقيق وفيات ما حول الولادة في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط

تتبع ثلاث نقاط، ويوضح التقرير هذه النقاط بوضوح بدلا من المبالغة في الحجة لأداة يوصي بها بخلاف ذلك.

- تدعم الأدلة مراجعة الوفاة كجزء من تدخل معقد، وليس كنشاط مستقل. ما اختبرته QUARITE كان مراجعة وفاة الأمهات إلى جانب تطوير القيادة المحلية والتدريب السريري. يحدد مؤلفو كوكران صراحة أن هذا المزيج هو ما يقلل على الأرجح من وفيات الأمهات الداخلية في المستشفيات الإقليمية منخفضة الدخل [32]. فرض مراجعات الوفيات بدون مكونات القيادة والتدريب ليس ما تدعمه أدلة التجربة.
- التأثير المثبت على الوفيات حقيقي لكنه متوسط (نسبة احتمالات 0.85، محصورة في مستشفيات الإحالة من المستوى الأول) وأقل بكثير من الأرقام التي تقتبس أحيانا في مراجعة المناصرة للوفاة. التأثير الأقوى والأكثر اتساقا هو على جودة الرعاية، حيث كانت احتمالات حصول المرأة على رعاية عالية الجودة تقريبا ضعف المستشفيات التدخلية [32].
- بالنسبة لتدقيق الوفيات حول الولادة تحديدا، لم تحدد مراجعة كوكرين أي دليل مؤهل من دول منخفضة ومتوسطة الدخل [32]. تشير الدراسات الرصدية قبل وبعد إلى انخفاض كبير في الوفيات حول الولادة بعد التدقيق حول الولادة في المنشأة، وتؤكد المراجعة المنهجية أن التدقيق يكشف بشكل موثوق عن أوجه القصور القابلة للتعديل في الرعاية [25،26]؛ لكن هذا الدليل من تصميم استبعدته مراجعة كوكران، ولا ينبغي تقديمه كمكافئ.

ماذا يعني هذا بالنسبة للتوصيات الواردة في هذا التقرير

لا تستند الحجة لمراقبة واستجابة وفيات الأمهات وفترة ما حول الولادة إلى تأثير وفيات كبير مثبت. بل تستند إلى ثلاثة أمور: انخفاض معتدل لكنه حقيقى فى وفيات الأمهات الداخلية حيث تجمع المراجعة مع القيادة والتدريب؛ تحسن كبير وأكثر دليلا فى جودة الرعاية التى تتلقاها النساء؛ وحقيقة أن مراجعة الوفاة هى الأداة الوحيدة التى تحدد، على المستوى الوطنى وبتكلفة منخفضة، أي الإخفاقات المحددة تقتل النساء في بلد معين.

هذه الخاصية الأخيرة لا تسجل فى أي نتيجة تجربة، ولهذا السبب يعامل هذا التقرير مراجعة الوفاة كأمر لا غنى عنه. لا يمكن لأي دولة توجيه الموارد النادرة عند التأخير الثالث، أو فى إمداد الدم، أو بروتوكولات تسمم الحمل، أو النقل الإحالى إلا إذا عرفت أي منها يقتل نسائها، ولا توجد أداة روتينية أخرى تخبرها بذلك.

والنتيجة هى تحذير من المبالغة فى المطالبات. يجب الدعوة إلى مراجعة الوفيات كأداة رئيسية لتحسين الجودة وتحديد الأولويات في القارة، وتقدم بقيادة وتدريب، بدلا من كونها تدخلا مباشرا لتقليل الوفاة بحد ذاته.

كما أن الأدبيات واضحة بشأن الشرط المرتبط بأي منفعة. يحسن التدقيق النتائج فقط عندما تكتمل الدورة. أي عندما تؤدي المراجعة إلى اتخاذ إجراء ويعاد قياس الإجراءات لاحقا [25،26،32]. تجد مراجعات التنفيذ في الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط أنه رغم أن الغالبية العظمى من هذه الدول لديها سياسة وطنية تتطلب مراجعة وفيات الأمهات، إلا أن أقلية فقط تدير دورة المراقبة والاستجابة الكاملة [23]. هذا هو نفس الاستنتاج الذي تم التوصل إليه في القسم 6.6 من قاعدة أدلة منفصلة تماما: الأداة تعمل، وغالبا ما لا تكمل.

تأكيد مستقل للصورة القارية

فحص تحليل إقليمي لأداء MPDSR عبر منطقة منظمة الصحة العالمية الأفريقية بين عامي 2015 و2022 تقارير من 25 من أصل 47 دولة (53٪)، حيث ساهمت شرق وجنوب أفريقيا بأكثر من نصف تلك التقارير [20]. تتوافق نتائجه بشكل وثيق مع المكتبة التي تم جمعها لهذا التقرير. تم إبلاغ MPDSR بأقل من 30٪ من وفيات الأمهات و12٪ فقط من وفيات حديثي الولادة المسجلة في أنظمة برمجيات معلومات الصحة الوطنية في المقاطعات، وتمت مراجعة حوالي 63٪ من وفيات الأمهات المعلنة [20].

يستحق هذا الرقم الأول التأكيد. يعني أن غالبية حالات الوفاة التي يعرفها نظام المعلومات الصحية الروتيني في الدولة لا تدخل نظام المراجعة على الإطلاق. يتم احتساب الوفيات ثم لا يتم فحصها. يحدد نفس التحليل القيود: نقص العاملين في صحة الأمومة المدربين على MPDSR، عدم توحيد البيانات وغياب المقاييس الموحدة، نقص التمويل، غياب لجان MPDSR على مستوى المنشأة، وضعف الالتزام القيادي بأهداف صحة الأمهات وحديثي الولادة [20]. كل واحدة من هذه النقاط تمثل لبنة أساسية في الجدول 6.2.

لماذا تفشل خطوة الاستجابة

تشرح الأدبيات النوعية الواسعة الآن سبب كون نصف "الاستجابة" في MPDSR هو النصف الذي يفشل، وهو متسق بشكل لافت عبر البيئات. حدد تقييم أنظمة MPDSR على مستوى المرافق في أربع دول أفريقية جنوب الصحراء الكبرى العوائق الرئيسية وهي غياب بيئة تعليمية ملائمة، والخوف من اللوم والتقاضي، ونقص الموارد المالية، وارتفاع معدل دوران الموظفين، والمواقف والممارسات الدفاعية؛ وكان الميسر هو المشاركة المجتمعية، وبناء القدرات الكافية، والإشراف الداعم [21]. تصل مراجعة منهجية لتنفيذ MPDSR في إثيوبيا إلى نفس الاستنتاجات، مضيفة الجاهزية التنظيمية وثقافة اللوم كالعقبات الرئيسية [22]. تؤكد مراجعة منهجية للدراسات النوعية ومراجعة نطاقية لعوامل التنفيذ في الدول منخفضة ومتوسطة الدخل هذا النمط [23،24].

اللوم هو الآلية التي تفشل بها مراجعة الوفاة

النتيجة الأكثر اتساقا فى الأدبيات النوعية هى أن الخوف — من اللوم، من الإجراءات التأديبية، من التقاضى، يحدد ما إذا كانت مراجعة الوفاة تنتج معلومات صادقة وما إذا كانت توصياتها تنفذ بناء عليها [21,22,24].

وهذا له تأثير مباشر على النتائج الواردة فى القسم 6.1 من هذا التقرير. عندما يتم تسجيل خمس أو ربع وفيات الأمهات دون سبب محدد، أو تسند إلى فئات متبقية، فقد يكون التفسير مؤسسيا بقدر ما هو تقنى. نظام ينسب فيه الوفاة إلى رعاية دون المستوى مخاطر مهنية سيولد أسبابا غير محددة.

كما يفسر لماذا ينتج نموذج التحقيق السرى (المجهول هوية، غير العقابى، وعلى مسافة من المنشأة) أكبر نسبة للأسباب فى قاعدة الأدلة هذه. تستخدم جنوب أفريقيا وناميبيا وإسواتينى ومالاوي، وهى الدول التى لديها أكبر تقييمات للتجنب، هذا النموذج.

تحديد السبب نفسه غير مؤكد

وقد تعامل هذا التقرير مع أسباب الوفاة المسجلة بحذر طوال الوقت، وتدعم الأدبيات هذا التحذير. وجدت مراجعة منهجية وتحليل تلوي لموثوقية أدوات تدقيق الأمهات في تحديد أسباب الوفاة أن الأداة المستخدمة تؤثر بشكل جوهري على السبب المسجل [27]. توثق الأبحاث النوعية في تنزانيا حول تحديد "السبب الحقيقي للوفاة" تعقيد التوصل إلى اتفاق على السببية داخل لجان المراجعة، والطابع التفاوضي للتصنيف الناتج [28]. يفحص العمل التكميلي حول وجهات نظر موظفي المنشأة في كيغوما، تنزانيا، كيف تعمل هذه العمليات عمليا على مستوى المنشأة [29].

تؤكد هذه النتائج صحة الموقف المنهجي المتخذ في القسم 4.6: توزيعات الأسباب من مراجعات الوفاة تصف الأنماط ولا ينبغي استخدامها لترتيب الدول الأعضاء. كما تعزز الحجة المقدمة في القسم 5.4 للتعريفات والأدوات الموحدة، حيث أن البديل هو ملف أسباب قارية يعكس جزئيا الأدوات المستخدمة في بنائه.

ما يتم فعله حيال ذلك الآن: مراجعة الموت الافتراضي

الابتكار الأكثر صلة بشكل مباشر هو نظام مراجعة وفاة الأمهات الافتراضي الوطني في تنزانيا. كانت تنزانيا تدير MPDSR لأكثر من عقد، وحددت التقييمات بالضبط القيود التي وصفها هذا التقرير في أماكن أخرى: مشاركة غير كافية من المتخصصين، ضعف تحليل الأسباب الجذرية، وعدم المتابعة الكافية لخطط العمل، مما يقلل معا من فعالية النظام في منع وفيات الأمهات التي يمكن تجنبها [19]. في عام 2021، قدمت وزارة الصحة مراجعات يومية افتراضية لوفيات الأمهات، وتم نشر التنفيذ والنتائج خلال عامي 2022 و2023 [19].

يستجيب التصميم لكل فشل تم تحديده. إجراء المراجعات افتراضيا ويوميا يجلب المتخصصين الوطنيين إلى مراجعات على مستوى المنشأة لم يكن بإمكانهم حضورها لولا ذلك، ويعزز تحليل الأسباب الجذرية من خلال مشاركة الخبراء، ويجعل متابعة خطط العمل نشاطا وطنيا روتينيا بدلا من كونها محلية عرضية. في الواقع، هو محاولة لإغلاق حلقة الاستجابة من خلال تغيير من هم في الغرفة وعدد مرات اجتماع الغرفة. يظهر نموذج مواز (مراجعة دولية شبه سرية لوفيات الأمهات المرتبطة بالعدوى والحوادث القريبة من الإصابة في إحدى عشرة دولة ذات دخل منخفض ومتوسط) أن هذا النهج يمكن تطبيقه عبر الحدود وكذلك داخلها [30].

وهذا مهم بالنسبة للتوصيات التي تلي ذلك. لقد تم تقديم العقبة أمام إغلاق حلقة المساءلة عموما على أنها حاجز الموارد والتوظيف. تشير المراجعة الافتراضية إلى أن جزءا كبيرا منه هو لوجستيات واجتماعات، وأن هذا المكون يمكن معالجته بتكلفة هامشية منخفضة باستخدام البنية التحتية التي تمتلكها معظم الدول الأعضاء بالفعل. تجربة تنزانيا، إلى جانب أعمال تعزيز النظام المماثلة الموثقة في الكاميرون [31]، هي النتيجة الأكثر قابلية للنقل في هذا القسم.

ما تؤكده الأدبيات وما تضيفه

تؤكد الأدلة المحكمة النتائج الأربع الرئيسية لهذا التركيب: أن مراجعة الوفاة أداة فعالة؛ وأن فعاليتها تعتمد كليا على إكمال دورة الاستجابة؛ وأن الدورة تكتمل في أقلية من الدول الأفريقية؛ وأن الأسباب مؤسسية وثقافية على الأقل بقدر ما هي تقنية أو مالية.

يضيف ثلاثة أمور لا يمكن لهذا التقرير إثباتها من التقارير الوطنية فقط. أولا، أدلة بجودة التجارب حول ما تحققه مراجعة الوفاة وما لا يحققها، وكم من التأثير يمر عبر جودة الرعاية بدلا من الوفيات مباشرة. ثانيا، تفسير للأسباب غير المحددة الموثقة في القسم 6.1: ثقافة اللوم تقمع النسبة الصادقة. ثالثا، الأدلة على أن فجوة الإشعار أكبر من فجوة المراجعة: معظم وفيات الأمهات لا تصل أبدا إلى نظام المراجعة، حتى عندما يكون نظام المعلومات الروتيني قد سجلها بالفعل. أي استراتيجية تركز على تحسين جودة المراجعات دون معالجة الإشعار ستحسن بذلك تحليل أقلية متقلصة وغير ممثلة من الوفيات.

6.8 الإجابة على السؤال

تموت الأمهات والمواليد والأطفال في أفريقيا بسبب عدد قليل من الحالات المفهومة جيدا: نزيف التوليد قبل كل شيء، ثم اضطرابات ارتفاع ضغط الدم، تعفن الدم، الإجهاض غير الآمن والمخاض المعدود؛ وبين حديثي الولادة، الاختناق المبكر وأثناء الولادة. في البيئات ذات الانتشار العالي لفيروس نقص المناعة البشرية، تحمل الأسباب غير المباشرة وزنا تقلل من تقديرات العالم، وفقر الدم هو عامل قاتل أكثر بروزا في المراجعات الأفريقية مقارنة بالتحليلات العالمية.

يموتون بسبب تأخيرات يختلف موقعها حسب الدولة: في بعضها، المسافة إلى المنشأة؛ وفي عدد متزايد، جودة الرعاية بمجرد دخولها. ويموتون بشكل مجنب: ففي كل دولة عضو قيمت السؤال، تم اعتبار غالبية الوفيات التي تم مراجعتها قابلة للمنع، وفي حالة واحدة 96٪ منها.

الدوافع وراء هذه التأخيرات هي إخفاقات نظام الصحة الموضحة في **الجدول 6.2**، وكل منها يدعم بشكل مستقل ما تقارير الدول الأعضاء عن أنظمتهم: نقص القوى العاملة، غياب السلع والدم، فجوات التمويل التي تفرض التكاليف على النساء في نقاط الرعاية، أنظمة المعلومات التي لا تستطيع تحديد سبب وفاة خمس النساء، وترتيبات الحوكمة التي تغيب فيها وزارات المالية وتوصيات التدقيق تغيب عنها.

أما أعمق دافع، فهو لا أحد من هذه الوفيات بشكل فردي. وهو أن القارة تولد بالفعل الأدلة اللازمة لمنع هذه الوفيات ولا تتصرف بشكل منهجي بناء عليها. تغلق أربع عشرة من أصل 34 دولة عضو الحلقة بين مراجعة الوفاة وتغيير ما يحدث بعد ذلك، وواحدة فقط تفعل ذلك مع تحليل التأخيرات وتقييم إمكانية التجنب. حيثما تغلق الحلقة، تنخفض نسبة الوفيات، بشكل واضح وعلى المستوى الوطني. وعندما لا تغلق، تكتب نفس التوصيات مرة أخرى في العام التالي.

هذا اكتشاف له خصائص غير معتادة لتقرير من هذا النوع: فهو يحدد حلا يعمل بالفعل في القارة، ذو أصل أفريقي، لا يتطلب تكنولوجيا جديدة، وتكلفته قليلة نسبيا. **توضح القسمان 7 و8** ما يترتب عليه.

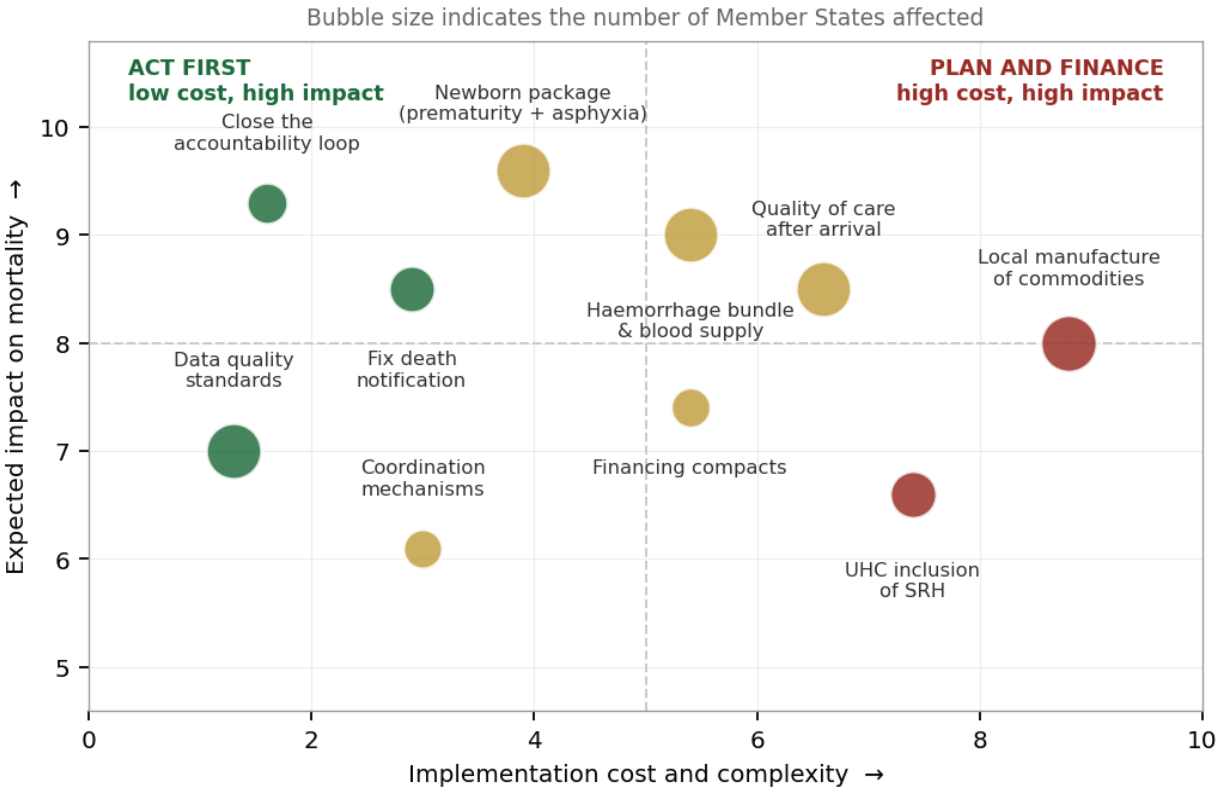
7. فرص لتحسين صحة الأم والطفل في أفريقيا

تحدد الأقسام السابقة ما الذي يقتل أمهات وحديثي الولادة والأطفال في أفريقيا، ولماذا. يوضح هذا القسم ما يمكن فعله حيال ذلك، وبأي ترتيب، وبأي ثمن. إنه انتقائي متعمدا. تحتوي الأدبيات حول صحة الأمهات وحديثي الولادة على مئات التدخلات المحتملة؛ يحدد هذا التقرير عشر فرص تتبع مباشرة من الأدلة التي جمعت هنا والتي تستطيع الدول الأعضاء اتخاذ إجراءات بناء عليها الآن.

7.1 كيف تم تحديد هذه الفرص

تم تطبيق أربعة اختبارات. كان يجب أن تكون هناك فرصة لمعالجة سبب أو دافع وثق فيه هذا التقرير فعليا، وليس مستوردا من مكان آخر. كان يجب أن يكون هناك دليل على التأثير، مع قوة تلك الأدلة التي تم التعبير عنها بصدق. كان يجب أن يكون قابلا للتنفيذ ضمن بيئة التمويل الموصوفة في القسم 2.7 بدلا من بيئة لم تعد موجودة. وكان يجب أن يكون قابلا للتنفيذ من قبل الناس، وتوجيه هذا التقرير إلى رؤساء الدول، ووزراء الصحة والمالية، ومركز مكافحة الأمراض في أفريقيا، بدلا من أن يطلب من الآخرين اتخاذ إجراء.

تطبيق هذه الاختبارات ينتج عشر فرص، تنقسم إلى ثلاث مجموعات حسب التكلفة والتعقيد (**الشكل 7.1**).



الشكل 7.1 *الفرص العشر المرتبة حسب التأثير المتوقع على الوفيات مقابل تكلفة التنفيذ وتعقيده. تعكس المواقف حكم هذا التقرير بناء على الأدلة الواردة في الأقسام من 2 إلى 6؛ يشير حجم الفقاعة إلى عدد الدول الأعضاء المتأثرة.*

7.2 الفعل أولا: ثلاث فرص لا تكلف شيئا تقريبا

أهم نتيجة لهذا التقرير هي أن أفريقيا تولد بالفعل الأدلة اللازمة لمنع هذه الوفيات ولا تتصرف بناء على ذلك إلى حد كبير. وهذا له دلالة غير معتادة: الإجراءات ذات أعلى عائد متاحة هي أيضا من بين الأرخص، لأن الجزء المكلف (مراجعة الوفيات) يتم بالفعل بتحقيقه.

الفرصة 1. إغلاق حلقة المساءلة

لا تنشر أربع وعشرون من أصل 34 دولة عضو تم فحص تقاريرها أي سجل للتقدم ضد توصياتها السابقة. اشتراط أن يحتوي كل تقرير وطني لمراجعة وفيات الأمهات والولادة على مثل هذا القسم لا يكلف شيئا سوى انضباط كتابته. يحول مسار التدقيق إلى أداة للمساءلة، وهو الخطوة التي تميز الدول التي انخفضت فيها الوفيات عن تلك التي تكتب فيها نفس التوصيات مرة أخرى كل عام.

الأدلة: القسم 6.6؛ مدعومة بنتائج مراجعة كوكرين التي تفيد بأن التدقيق يحسن النتائج فقط عندما تكتمل الدورة [32]، وبنسبة وفيات الأمهات المؤسسية في جنوب أفريقيا التي تنخفض إلى أقل من 100 لكل 100,000 لأول مرة منذ عام 1998، وينسب ذلك في التقرير الوطني إلى تنفيذ توصيات المراجعة. يظهر تحقيق 2023 أن المكاسب لم تستمر — حيث تبلغ النسبة 111.7، مقابل 109.6 في 2022 و98.8 في 2019 — وهذا هو الحجة المؤيدة للاستمرارية وليس ضد الآلية: فدورة المراجعة تعطي نتائج فقط طالما تم توفير مواردها وتنفيذ النتائج.

الفرصة 2. قم بتصحيح الإشعار قبل تحسين المراجعة

يتم إبلاغ نظام المراجعة بأقل من 30٪ من وفيات الأمهات و12٪ فقط من وفيات حديثي الولادة المسجلة بالفعل في أنظمة المعلومات الصحية الوطنية [20]. يتم احتساب الوفيات ثم عدم فحصها. التوفيق بين النظامين، بحيث تولد كل وفاة أم مسجلة في نظام DHIS أو ما يعادلها إشعارا للمراجعة، هو مهمة إدارية ونظامية، وليست سريرية أو مالية.

هذا التسلسل مهم. أي برنامج يحسن جودة المراجعات دون معالجة الإشعارات سيحسن تحليل أقلية متقلصة وغير ممثلة من الوفيات، وسيقلل بشكل منهجي من عدد الوفيات التي تحدث خارج نظام المنشأة. وهذا بالضبط هو الوفيات المرتبطة بأضعف وصول.

الفرصة 3. اعتماد معايير جودة البيانات قبل المكالمة التالية

يوثق القسم 5.4 ستة عيوب متكررة في بيانات تقديم الخدمات التي قدمتها الدول الأعضاء: المقامات القديمة، الانحراف التعريفي، معدلات المرض المبلغ عنها كوفيات، أخطاء الوحدات، التحركات غير المعقولة خلال سنة واحدة، والتناقض الداخلي. كل حل هو تعريف، وحدة، فحص نطاق، أو خطوة مطابقة. لا يتطلب أي منها تقنية جديدة أو موظفين أو بنية تحتية، وكل تحليل لاحق في كل تقرير لاحق يعتمد عليها.

> **لماذا تكون أرخص الفرص أيضا الأكثر إلحاحا**
>
> انخفضت المساعدات التنموية للصحة فى أفريقيا بنسبة تقارب 70٪ منذ عام 2021 [8]. فى هذا الوضع، لا يقتصر السؤال على أي التدخلات تنجح، بل أيها يمكن تنفيذها من الموارد المحلية تحت الضغط.
>
> الفرص من 1 إلى 3 لا تتطلب أموالا جديدة. تتطلب قرارات: متطلبات تقارير، تسوية الأنظمة، ومجموعة من التعريفات. هى الفرص الوحيدة في هذا التقرير التي يمكن تنفيذها بالكامل خلال فترة بطل واحدة.

7.3 الفرص السريرية: التدخلات التي تعالج معظم حالات الوفيات

الفرصة 4. حزمة حديثي الولادة

في الدول الأعضاء الثلاث التي تنشر تحليلا كميا، يشكل الاختناق أثناء الولادة والخدج معا بين 55٪ و75٪ من وفيات حديثي الولادة المسجلة: 53٪ و12٪ على التوالي في أوغندا، 51٪ و24٪ في زيمبابوي، 26.9٪ و28.1٪ في إثيوبيا. يتم معالجة كلا الأمرين من خلال حزمة واحدة محددة جيدا: الكورتيكوستيرويدات قبل الولادة، الرعاية الحرارية، ورعاية الأمهات الكنغر للولادة المبكرة؛ الحضور المهمر، استخدام البارتوجراف، وإنعاش حديثي الولادة للاختناق.

هذه هي أوضح إشارة تدخل في قاعدة الأدلة، وهي الفرصة الأكثر توافقا مع هدف البطل المتمثل في صفر وفيات حديثي الولادة التي يمكن الوقاية منها. وهي أيضا الجزء من السلسلة التي توقفت فيها الوفيات عن الانخفاض: معدل وفيات حديثي الولادة ثابت إلى حد كبير في المجموعة المبلغ بينما ينخفض معدل وفيات الرضع والأطفال دون سن الخامسة، مما يعني أن نسبة وفيات حديثي الولادة في ارتفاع.

الفرصة 5. حزمة النزيف وإمداد الدم

يعد النزيف التوليدي السبب الرئيسي المسجل لوفاة الأمهات في 18 من أصل 25 دولة عضو أبلغت عن ذلك. لا شك في الاستجابة السريرية؛ العلاجات الرحمية، حمض الترانيكساميك، فوط البالون الرحمية، الجراحة في الوقت المناسب، وبشكل حاسم، الدم. تشير التحقيقات السرية في مالاوي إلى أن نقص الدم لنقل الدم هو العامل الرئيسي الذي يمكن تجنبه في وفيات الأمهات.

إمداد الدم هو القيد المرتبط وهو مشكلة نظامية أكثر منها سريرية: جمع، اختبار، تخزين، توزيع وعند الحاجة، غرفة عمل ومزود قادر على التصرف. التوصيل الأخير المعتمد على الطائرات بدون طيار في رواندا، والذي قلل من أوقات توصيل الدم من ساعات إلى دقائق وقلل الهدر بحوالي سبع وحدات لكل منشأة شهريا، يظهر أن مكون التوزيع قابل للحل [A2.10].

الفرصة 6. تحويل الاستثمار إلى جودة الرعاية بعد الوصول

مع توسع معدلات الحضور الماهر في الولادة، لم يعد التأخير الحاسم في عدد متزايد من الدول الأعضاء يصل إلى منشأة بل يتلقى الرعاية الكافية داخلها. سجلت أوغندا التأخير الثالث بارتفاع 11٪ بينما انخفضت الأولى والثانية. ينسب التدقيق الوطني لرواندا 61.1٪ من الوفيات إلى رعاية مرافق دون المستوى. يرى المغرب أن 80٪ من الوفيات قابلة للتجنب وجنوب أفريقيا 58٪ يمكن تجنبها. توثق بوتسوانا رعاية دون المستوى في 89.4٪ من الوفيات التي تمت مراجعتها، بزيادة سوءا عن 79٪ في دورتها السابقة.

هذا هو التوزيع الأكثر تأثيرا الذي يوصي به هذا التقرير، وأيضا الأكثر تطلبا: فهو يعني الاستثمار في قدرة رعاية الطوارئ على التوليد والمواليد الجدد، والإرشاد السريري، والتدريبات، والبروتوكولات، والإشراف بدلا من توليد الطلب والنقل فقط. حزمة التأخير الثالثة في إسواتيني (تدقيقات لامركزية مع إشعار على مدار 24 ساعة، إرشاد ميداني موجه للمرافق ذات معدلات الوفيات العالية، دور انتظار الأمومة، ومشاركة حراس البوابة التقليديين) رفعت حضور المواليد المهرة من حوالي 84٪ إلى حوالي 92٪ وقللت وفيات الأمهات في المنشأة إلى النصف تقريبا [A2.3].

يجب احترام النتيجة من **المادة 6.3**: هذه ليست وصفة شاملة. في جمهورية الكونغو الديمقراطية، ساهم المسافة إلى المنشأة في 67٪ من وفيات الأمهات ورعاية المنشأة بنسبة 2٪. يجب على كل دولة عضو أن تحدد ملف التأخير الخاص بها قبل إعادة التخصيص.

7.4 الفرص الهيكلية

فرصة 7. التمويل يعقد اتفاقيات مع مجموعة محددة من الدول الأعضاء

ثلاث وعشرون دولة عضو لا تملك خط ميزانية مخصص لرعاية الأسرة النسبية أو أي زيادة محلية خلال ثلاث سنوات، وست وعشرون دولة تتلقى تمويلا خارجيا لتنظيم الأسرة دون الإبلاغ عن عدم وجود نمو محلي. هذه مجموعة مسماة، وليست مشكلة قارية منتشرة، ويمكن العمل عليها بلدا بدولة. يوضح اتفاق تنظيم الأسرة متعدد المانحين في إثيوبيا الآلية: التمويل

المشترك المحلي المرحلي تحت الحوكمة المشتركة مع مراقبة شفافة، مما رفع تمويل تنظيم الأسرة الحكومية نحو تسعة عشر ضعفا وأزال المخزونات الوطنية الكبرى [A2.11، A2.12].

هناك ميزتان في التصميم مهمتان. يجب أن تكون وزارات المالية على الطاولة — فهي تشارك فقط في 40٪ من آليات التنسيق الوطنية للصحة الاستراتيجية في حين أن التمويل غير الكافي هو الحاجز الأعلى. ويجب فصل تتبع الميزانية: حيث يتم تتبع خدمات التقييم الاجتماعي الاجتماعي للمراهقين والعنف القائم على النوع الاجتماعي، والتي تحددها الدول الأعضاء كأولوية، بنسبة 26٪ و18٪ فقط على التوالي.

يجب أن تؤثر خبرة أدوات التمويل الخارجية في كيفية تصميم هذه الاتفاقيات. التزم مرفق التمويل العالمي، الذي أنشئ في 2015 واستضاف في البنك الدولي، بمنح بقيمة 1.39 مليار دولار أمريكي عبر 38 دولة، منها 71.9٪ من منح الدول تدعم منطقة أفريقيا، وربط 1.32 مليار دولار من ذلك بتمويل البنك الدولي للتمويل الدولي والبنك الدولي للاستثمار الدولي (IDA) والبنك الدولي [37]. كأداة لتوجيه الإقراض متعدد الأطراف نحو صحة الإنجاب والأمهات والمواليد الجدد والأطفال والمراهقين، فقد نجح بشكل واضح: بلغ إجمالي 30 مشروعا للبنك الدولي المرتبط بالمرفق 14.5 مليار دولار أمريكي بين 2015 و2022، مع مساهمة صندوق الأمانة الخاص بالمرفق بنسبة 4٪ [38].

تأثيره على التمويل المحلي سؤال مختلف، والأدلة لا تدعم ادعاء قوي. لا توجد مراقبة مستقلة لما إذا كانت تعبئة الموارد المحلية أو الخارجية قد تحسنت نتيجة للتسهيل [38]. تشير التحليلات المنشورة إلى أن التأثير على تحفيز تمويل الصحة المحلية كان محدودا، ويستنتج أن الهياكل الثقيلة بالقروض في عدة حالات استبدلت الإنفاق العام بدلا من تعزيزه، مما زاد الضغط المالي في البيئات المقيدة بالديون [39]. هذا الاكتشاف مهم هنا لأنه نفس النمط الذي يحدده التقييم القاري بشكل مستقل: 22 دولة عضو تتلقى تمويلا خارجيا للتأمين الصحي الذاتي دون الإبلاغ عن أي زيادة داخلية. يبقى القرض التساهلي قرضا، وفي وضع مالي متعثر يمكن أن يضغط على التخصيص المحلي الذي كان من المفترض فتحه.

يتم إجراء هذا التقييم بناء على معيار أيقده الاتحاد الأفريقي بنفسه. تلتزم أجندة لوساكا بمبادرات الصحة العالمية بتحفيز خدمات صحية مستدامة وممولة محليا [43]، ويؤطر النقد المنشور لمرفق التمويل العالمي صراحة كعجز مقابل هذا الالتزام [39]. لذلك، يحق للدول الأعضاء أن تطلب من الشركاء إثبات تأثير التمويل المحلي بدلا من حجم الإقراض، والقيام بذلك بناء على سلطة أداة قارية وليس كمسألة تفضيل.

الدلالة ليست في ضرورة تجنب الأدوات الخارجية، بل أن الاتفاقيات يجب أن تضع الالتزام على الخزانة بدلا من الميزانية العمومية. يعد النموذج الأفضل في هذا التقرير تحديدا لأنه يتطلب تمويلا محليا مشتركا تدريجيا تحت حوكمة مشتركة مع مراقبة شفافة، بدلا من الاستفادة من القرض [A2.11, A2.12]. تستحق أداتان أخريان اهتماما خاصا من الدول الأعضاء التي تعاني من ضائقة الديون: تحويل الدين، حيث يؤدي تبادل إسواتيني مع البنك الأفريقي للتنمية إلى تحويل كل دولار من ادخار خدمات الدين إلى الصحة دون مجال لإعادة التخصيص، وخدمات السيولة التي تجرى الآن لتمكين الحكومات من شراء السلع الأساسية في الوقت المحدد بدلا من التأخير والمكلف [36,40]. نظرا لأن أربع من كل عشر دول أفريقية تنفق الآن أكثر على خدمة الديون مقارنة بالصحة والتعليم مجتمعين [5]، فإن تحويل الدين هو الأداة الأقل استخداما المتاحة في هذه القارة.

فرصة 8. شمول التغطية الصحية الشاملة

تشكل المدفوعات من جيبها حوالي 35٪ من الإنفاق الصحي في أفريقيا [8] وتعتبر عائقا أمام المستخدمين في 55٪ من الدول الأعضاء. فقط 19 دولة عضو تبلغ عن تضمين شامل لخدمات الصحة الجنسية الشاملة في حزمة مزايا التأمين الوطني أو التغطية الصحية الشاملة. إدراج التغطية الصحية الشاملة هو الآلية التي تحول الاستحقاق القانوني إلى خدمة ممولة؛ بدونه، تبقى الرعاية معتمدة على رسوم المستخدم مهما جاء الوثيقة. التأمين الصحي المجتمعي في رواندا، مع تأمين حوالي 91٪ من السكان وانخفاض الإنفاق الكارثي، هو الحالة المرجعية القارية [A2.8, A2.9].

الفرصة 9. صنع ما يقتل النساء الأفريقيات

تستورد أفريقيا حوالي 80٪ من سلعها الصحية، بما في ذلك 60٪ من حمض الترانيكساميك المستخدم لعلاج النزيف بعد الولادة [5]. السبب الرئيسي لموت الأمهات في القارة يعالج بدواء لا تصنعه. إعطاء الأولوية للإنتاج القاري لحمض الترانيكساميك، والأوكسيتوسين، وكبريتات المغنيسيوم ومنتجات الدم الآمنة يتوافق ركيزة التصنيع المحلية لصحيفة البطل مباشرة مع الأدلة السريرية في القسم 6.1. هذه هي الفرصة الأعلى تكلفة والأطول أفقا في هذا التقرير، وهي الأكثر مباشرة تخدم سيادة الصحة.

الفرصة 10. المراهقون: أوسع فجوة بين الأولوية وتوفير الرعاية

يتم ترشيح معدل مواليد المراهقين من قبل الدول الأعضاء ضمن أولوياتها للعام 2026–2030، ومع ذلك يتم تتبعه في 26٪ فقط من الميزانيات، ويراقبه 37 دولة عضو منها 19 دولة فقط من خلال معدل ولادة المراهقين، حيث يمكن ل19 منها فقط توفير البيانات المقابلة، ويخدم التعليم الشامل الجنسي في المدارس في 54٪ من الدول، مع أن تغطية CSE المدرسية هي الأقل مراقبة في التقييم بنسبة 28٪. تسجل مراجعات الوفيات في أوغندا تأثر المراهقين تحت سن 19 بشكل غير متناسب بالأسباب غير المباشرة وتعفن الدم، وبلغت مضاعفات الإجهاض ذروتها بين النساء البالغات بين 20 و24 عاما.

برنامج Smart Start في إثيوبيا، الذي يربط الاستشارات في التخطيط المالي بخيار وسائل منع الحمل للفتيات المراهقات المتزوجات والذي تم إضافته على المستوى الوطني من قبل الحكومة، قلل من الحمل في المناطق الريفية في سن المراهقة من حوالي 13٪ إلى 5٪ في مناطق التدخل [A2.14, A2.15]. إنه أقوى دليل متاح على أن هذه الفجوة قابلة للسد على نطاق واسع.

7.5 التسلسل

النظام مهم بقدر أهمية المحتوى، ويحدد بالاعتماد وليس الطموح (الجدول 7.1).

الجدول 7.1 تسلسل الفرص العشر.

المنطق	الفرص	هورايزن
تتطلب قرارات بدلا من تمويل جديد، والثلاثة الأولى هي شروط مسبقة لقياس كل شيء آخر	1. إغلاق حلقة المساءلة 2. إصلاح إشعار 3. معايير جودة البيانات 4. حزمة حديثي الولادة	فور — ضمن فترة البطل الحالية
يتطلب إعادة تخصيص الميزانية وتقوية النظام السريري؛ يمكن التسليم خلال دورة تخطيط واحدة	5. حزمة النزيف وإمداد الدم 6. جودة الرعاية بعد الوصول 7. الاتفاقيات المالية 10. خدمات المراهقين	2026–2028
يتطلب إجراء تشريعي أو صناعي بأوقات انتظار أطول، لكن يجب البدء فيه الآن ليتم التسليم بحلول عام 2030	8. تضمين التغطية الشاملة لمستوى الرطوبة النسبية السطحية 9. التصنيع المحلي للسلع	2026–2030

7.6 كيف سيبدو النجاح بحلول عام 2030

تخص خارطة طريق البطل القارة بعدم وجود وفيات للأمهة، وصفر وفيات حديثة الولادة التي يمكن الوقاية منها، وصفر أطفال غير ملقحين [34]. هذه هي الوجهة. يقترح هذا التقرير أربعة مؤشرات وسيطة يمكن من خلالها تقييم التقدم نحوها، وكل منها قابل للقياس من الأدلة التي تقدمها الدول الأعضاء بالفعل.

- تنشر كل دولة عضو تقريرا وطنيا لمراجعة وفيات الأمهات وفترات ما قبل الولادة يسجل التقدم مقارنة بتوصياتها السابقة. خط الأساس: 14 من 34.
- يتم إخطار غالبية وفيات الأمهات المسجلة في أنظمة المعلومات الصحية الوطنية للمراجعة. الأساس: أقل من 30٪ [20].
- تقدم كل دولة عضو بيانات كاملة لتقديم الخدمة، بما في ذلك سبب وفاة حديثي الولادة. خط الأساس: 14 من أصل 55 قدمت بيانات أسباب حديثي الولادة؛ 16 قدمت بيانات الأسباب الوليدية على الإطلاق.
- كل دولة عضو تبلغ عن خط ميزانية مخصص للصحة المتوسطة ويمكنها إظهار ارتفاع الإنفاق المحلي بالقيمة الحقيقية. خط الأساس: 28 من أصل 55 لديها خط ميزانية؛ 18 أبلغت عن زيادة.

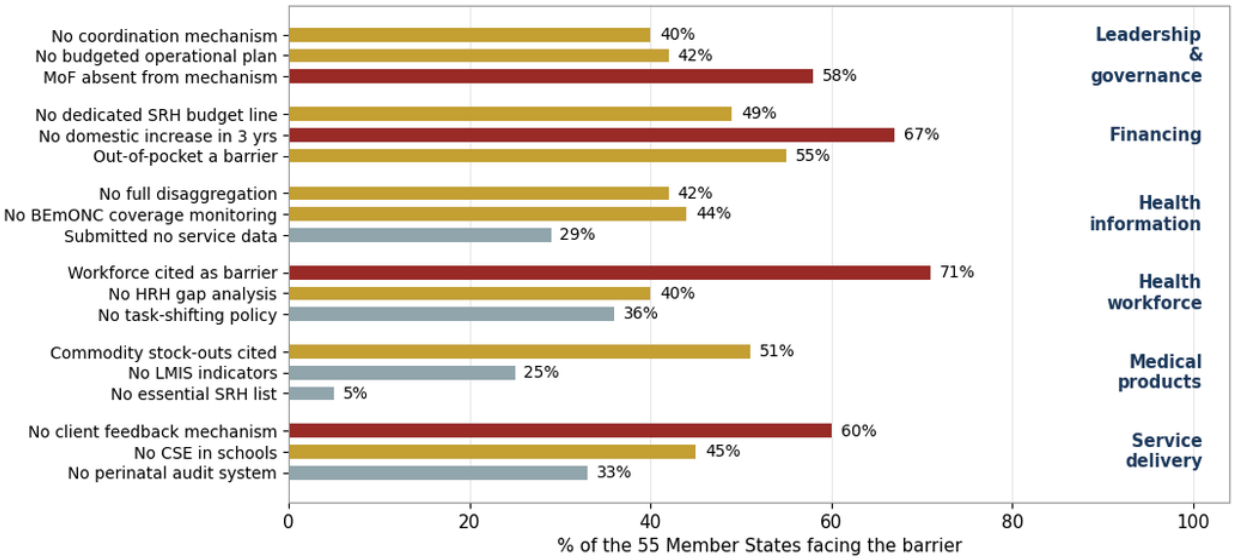
لا تتطلب أي من هذه العلامات الأربعة نظام قياس جديد. كل واحدة منها مشتقة مما يطلب من الدول الأعضاء الإبلاغ عنه بالفعل، مما يعني أن التقدم ضدها يمكن تتبعه سنويا بتكلفة ضئيلة، وعلى عكس تقديرات الوفيات، فهي تستجيب ضمن دورة سياسية واحدة. تقترح كإطار للمساءلة لفترة البطل وخلفائه.

8. الحواجز والنماذج حسب أساس نظام الرعاية الصحية

ينظم هذا القسم ما يقف في طريق الفرص في القسم 7، وما تم إنجازه بالفعل حيال ذلك في أفريقيا، مقابل الركائز الأساسية الستة لإطار أنظمة الصحة في منظمة الصحة العالمية [16]. تستخدم اللبنات الأساسية لأنها توفر مفردات مشتركة بين وزارات الصحة ووزارات المالية والتخطيط، ولأنها تظهر نتيجة تتكرر طوال هذا التقرير: لا تدخل واحد ينجح بمفرده، وأقوى النتائج الوطنية تجمع بين العمل عبر عدة كتل في آن واحد. يوضح الشكل 8.1 مدى انتشار الإبلاغ عن كل حاجز محدد.

النماذج ليست قابلة للنقل بنفس القدر، ويصنفها الجدول 8.4 وفقا لذلك.

يذكر كل قسم فرعي الحاجز كما يسجله دليل هذا التقرير، ثم يعرض الأمثلة الأفارقة التي تناولته، وكل منها يحمل درجة الأدلة موضحة بوضوح. يحمل الملحق 2 ملفات نيروبي السابقة مع قائمة مراجع خاصة بها. تم تحديد وتصنيف النماذج بالطريقة الموضحة في القسم 4.5؛ كل منها يحمل درجة الأدلة كما هو محدد في الجدول 4.2.



الشكل 8.1 انتشار الحواجز النظامية المحددة عبر 55 دولة عضو تم تقييمها، مجمعة حسب لبنة بناء نظام الصحة. المصدر: تقييم أفريقيا CDC القاري لعام 2026 [15].

8.1 كيف تم بناء هذا القسم

تحدد القسمان 5 و6 أمرين. الدول الأعضاء تبلغ عن نفس الحواجز بثبات لافت — التمويل، القوى العاملة، أنظمة البيانات، السلع، التنسيق. والقارة تولد بالفعل الأدلة اللازمة للتحرك لكنها لا تتخذ إجراءات بناء عليها: فقط أربع عشرة من أصل أربع وثلاثين دولة عضو لديها أنظمة مراجعة للوفيات تقارير ضد توصياتها السابقة [15].

يغلق هذا القسم تلك الحلقة. يأخذ كل واحد من اللبنات الستة الأساسية لإطار أنظمة الصحة في منظمة الصحة العالمية [16]، ويذكر الحاجز كما يسجله التقييم القاري لجميع الدول الأعضاء ال 55، ويضع في أجله النماذج الأفارقة التي عالجته بشكل ملموس.

تم تحديد الأمثلة من قبل الدول الأعضاء نفسها في ورشتين عمل التحقق من السياسات الإقليمية: نيروبي، 8–10 يوليو 2026، لشرق وجنوب أفريقيا [15]؛ وكوتونو، 29–31 يوليو 2026، لغرب وشمال ووسط أفريقيا [15]. طلب من كل وفد تسمية حاجز، ووصف ما فعلته حكومته حياله، وتقديم الأدلة. يجمع هذا القسم بين الاثنين، بحيث يمثل السجل القاري لما يعمل من جميع مناطق الاتحاد الإفريقي الخمس بدلا من واحدة واحدة، وسط أفريقيا، هنا بالكاميرون وتشاد وجمهورية الكونغو الديمقراطية وساو تومي وبرينسيب.

ينطبق أحد المؤهلات على مذكرات كوتونو المقدمة من المجموعة التي تغطي بنين وبوركينا فاسو والكاميرون وتشاد وجمهورية الكونغو الديمقراطية وساو تومي وبرينسيبي والسنغال. أبلغ كل منهم عن رقم قبل وبعد في الجلسة العامة، لكن المجموعة لم تكمل شريحة الأدلة، لذا تم طلب المصدر الاستقصائي أو الإداري وراء كل رقم — وفي بعض الحالات السنة المرجعية الدقيقة — من الوفود ولم يتم تأكيده بعد. يتم إدخال هذه النماذج في الدرجة D ويتم تمييزها بشكل فردي. يجب قراءتها كتغيير مبلغ عنه من الدول الأعضاء في انتظار التأكيد، وسيتم تصحيح هذا القسم بمجرد تزويد المصادر.

عتبة الإدراج وتقييم الأدلة

تم تحديد النماذج وتقييمها بالطريقة الموضحة في القسم 4.5. يظهر التدخل هنا فقط عندما تم قياس التأثير، وكل مثال يحمل واحدة من أربع درجات أدلة محددة في **الجدول 4.2**؛ من أ، الأدلة العشوائية أو شبه التجريبية على تأثير على الوفيات، إلى د، بيانات مراقبة البرامج المعتمدة التي تظهر التغير في التغطية أو الاستخدام أو توفر الخدمات.

*تنطبق قاعدتان من **القسم 4.5** على مدار المادة. لا يتم الإبلاغ عن تغيير في التغطية كتغير في الوفيات. والدرجة تصف الأدلة المتاحة حول التدخل، وليس جوادته — فالبرامج التي استمرت لعقد من الزمن كان لديها وقت لتجميع التقييم المستقل، بينما البرامج الحديثة أو المستمرة ستحمل بيانات المراقبة وحدها مهما كانت مصممة بشكل جيد.*

8.2 الأمثلة من نظرة واحدة

*الجدول **8.1** أربعة وعشرون نموذجا، حسب كتلة البناء وورشة المصدر.*

ورشة العمل	الدرجة	مثال	الدولة العضو	كتلة البناء
نيروبي	C	النقل الطارئ m-MAMA ضمن التوسعة الوطنية لشبكة EmONC	تنزانيا	تقديم الخدمة
نيروبي	C	حزمة التأخير الثالث: تدقيق على مدار 24 ساعة، منتظر المنازل، تواصل حارس البوابة	إسواتيني	تقديم الخدمة
نيروبي	C	Smart Start — خدمات منع الحمل التي تركز على المراهقين على نطاق واسع	إثيوبيا	تقديم الخدمة
كوتونو	D	أمبلى-فاي — الأدوية التى أوصت بها منظمة الصحة العالمية لعلاج نزيف ما بعد الولادة	غينيا	تقديم الخدمة
كوتونو	D	استعادة عرض الخدمة — التوظيف، الأدوية، المختبر، وتخطيط القلب	ساو تومي وبرينسيبي	تقديم الخدمة
نيروبي	B	إصلاح الرواتب الريفية بالإضافة إلى تمويل قائم على النتائج فى مركز الصحة الرابع	أوغندا	القوى العاملة الصحية
نيروبي	C	كادر واحد من العاملين الصحيين المجتمعيين	إسواتيني	القوى العاملة الصحية
كوتونو	D	إصلاح التدريب ونشره على المستوى الوطني	نيجيريا	القوى العاملة الصحية
كوتونو	D	منهج واحد للصحة المتوسطة (SRH) عبر جميع المكونات	جنوب أفريقيا	القوى العاملة الصحية
كلاهما	B	المراجعة الوطنية الافتراضية لوفيات الأمهات	تنزانيا	معلومات صحية
سبتمبر 2026	D	لجنة وطنية مستقلة وغير عقابية صريحة لتدقيق الموت	موزمبيق	معلومات صحية
نيروبي	D	Geo ST4R — سجل مستوطنات موثق	نيجيريا (كانو)	معلومات صحية
نيروبي	B	تسليم الدم والسلع جوا في الميل الأخير	رواندا	المنتجات الطبية
نيروبي	C	توفر السلع المضمونة المضغوطة	إثيوبيا	المنتجات الطبية
كوتونو	D	السلع المستقرة للحرارة موضوعة على مستوى المراكز الصحية والمجتمع	غينيا	المنتجات الطبية
نيروبى	C	اتفاقية تنظيم الأسرة متعددة المتبرعين	إثيوبيا	التمويل
نيروبى	أ / ب	تأمين صحى مجتمعى مع تمويل قائم على الأداء	رواندا	التمويل

ورشة العمل	الدرجة	مثال	الدولة العضو	كتلة البناء
كوتونو	C	ارتفاع مستمر في حصة الصحة المحلية مع تطبيق التأمين	غامبيا	التمويل
كوتونو	D	تم إزالة رسوم المستخدم للولادة وتنظيم الأسرة	بوركينا فاسو	التمويل
نيروبي	C	خطة واحدة، ميزانية واحدة، عملية دمج وتقييم في بيئة هشة	الصومال	القيادة والحوكمة
نيروبي	C	الاتفاق مع الإيمان والسلطات التقليدية	مدغشقر	القيادة والحوكمة
نيروبي	C	تعديل دستوري ينهي زواج الأطفال	مالاوي	القيادة والحوكمة

8.3 تقديم الخدمة

الحاجز. هنا تحركت الأدلة في هذا التقرير أكثر. ساهمت الرعاية في المرافق دون المستوى في 61.1٪ من حالات وفاة الأمهات في التدقيق الوطني لرواندا، وتم تحديدها في 89.4٪ من الوفيات التي تم مراجعتها في بوتسوانا [15]. مع توسع الحضور المهرة، لم يعد التأخير الحاسم في عدد متزايد من الدول الأعضاء يصل إلى منشأة بل يتلقى الرعاية الكافية داخلها — حيث يسجل أحدث تقرير وطني في أوغندا انخفاض التأخيرين الأول والثاني بينما ارتفع التأخير الثالث بنسبة 11٪. يعد النزيف بعد الولادة السبب الرئيسي المسجل لوفاة الأمهات في 18 من أصل 25 دولة عضو لديها بيانات أسباب محددة.

تنزانيا: نقل الطوارئ m-mama ضمن توسعة وطنية لنظام EmONC · *نيروبي، يوليو 2026*

الحاجز. تأخيرات حرجة في الوصول إلى الرعاية الإحالية. أظهرت الخرائط وجود عدد كبير من السكان على بعد أكثر من خمسة كيلومترات من المنشأة (وهي العتبة التي تتجاوز النساء البحث عن بدائل للولادة في المنشأة) مع وجود عدد قليل جدا من المرافق التي تقدم رعاية طارئة للولادة.

التدخل. تسلسل وطني متعمد: نقل الأدلة إلى رئيس الدولة؛ زيادة مستدامة في الميزانية؛ توسيع الرعاية الأولية بحيث تجري الصيدليات الولادات وتوفر المراكز الصحية عمليات قيصرية؛ ونظام m-mama - خط إرسال مجاني على مدار الساعة مع فرز موجه من وزارة الصحة وأسطول هجين يجمع بين سيارات الإسعاف الحكومية وسائقي المجتمع، بأقل من 2 مليون دولار أمريكي سنويا.

دليل على التأثير. انخفضت وفيات الأمهات من 556 إلى 104 لكل 100,000 ولادة حية بين عامي 16/2015 و2022 (حوالي 80٪ خلال سبع سنوات)، مع ارتفاع الولادة في المؤسسات حيث اقترب 80٪ من السكان على بعد خمسة كيلومترات من المنشأة. يوثق تقييم البرنامج لبرنامج m-mama انخفاضا بنسبة 38٪ في وفيات الأمهات وانخفاض بنسبة 40٪ في وفيات حديثي الولادة.

قوة الأدلة. *بيانات المسح الوطني [44] (TDHS-MIS 2022)؛ تقييمات البرامج والتحليلات التجريبية المنشورة [45]؛ تقارير البرامج المصادقة من قبل ورش العمل [15].*

إسواتيني: حزمة تأخير ثالثة لحضور الولادة المهرة · *نيروبي، يوليو 2026*

الحاجز. معدلات وفيات الأمهات بين السكان الأعلى في المنطقة، مع البوابة الثقافية (الزوج أو الحماة يقررون متى يمكن للمرأة طلب الرعاية)، المسافات الطويلة، وفجوات الجودة في المرافق.

التدخل. حزمة مشتركة: تدقيقات وفيات الأمهات لا مركزية من المستوى الوطني إلى المستوى المحلي والمجتمعي مع إشعار على مدار 24 ساعة؛ إرشادات رعاية طارئة للتوليد وتوجيه ميداني تستهدف المرافق ذات معدلات الوفيات العالية؛ تجديد دور انتظار الولادة للنساء من المناطق الصعبة الوصول؛ إشراك منظم لحراس البوابة التقليديين؛ وتشخيصات لامركزية تشمل الموجات فوق الصوتية.

دليل على التأثير. ارتفعت نسبة الحضور والولادة الماهرة من حوالي 84٪ في عام 2014 إلى حوالي 92٪، مع ولادة في المنشأة فوق 90٪. انخفضت وفيات الأمهات المسجلة في المنشأة تقريبا إلى النصف، من حوالي 190 إلى حوالي 90.

قوة الأدلة. *البيانات الوطنية والبيانات المنشآت التي تم الإبلاغ عنها والتحقق منها من قبل الدولة الأعضاء [15].*

***إثيوبيا: Smart Start: خدمات منع الحمل التي تركز على المراهقين على نطاق واسع** · نيروبي، يوليو 2026*

الحاجز. ارتفاع الحمل المتزايد في المناطق الريفية باستمرار، مع عدم وصول الفتيات المراهقات (وخاصة الفتيات الريفيات المتزوجات) إلى خدمات تنظيم الأسرة التقليدية.

التدخل. يربط برنامج Smart Start بين الاستشارات في التخطيط المالي وخيار وسائل منع الحمل للفتيات المراهقات المتزوجات، ويتم تقديمه من خلال برنامج التمديد الصحي الحكومي على مستوى المكتب الصحي. تم تطويره ضمن مبادرة المراهقين 360، التي اعتمدتها وزارة الصحة الفيدرالية وتم تأسيسها على المستوى الوطني من خلال برنامج RISE.

دليل على التأثير. أكثر من 356,600 فتاة مراهقة متزوجة اختارتن طوعا وسيلة منع حمل يخترنها. انخفض حمل المراهقات في المناطق الريفية من حوالي 13٪ إلى 5٪ في مناطق التدخل، وتشير نتائج المسح الوطني الأولية لعام 25/2024 إلى انخفاض معدل حمل المراهقات إلى حوالي 10٪ على المستوى الوطني، مع أشد الانخفاضات في المناطق الريفية حيث كان البرنامج الأقوى.

قوة الأدلة. *مراقبة البرامج على المستوى الوطني [46]؛ مسح وطني، EDHS 2024/25 قبل النشر [47]؛ تم التحقق من صحة الدولة العضو في ورشة العمل [15].*

***غينيا: الأدوية الموصى بها من منظمة الصحة العالمية لنزيف ما بعد الولادة، تم نقلها إلى الميل الأخير** · كوتونو، يوليو 2026*

الحاجز. لم تكن سلسلة التبريد المطلوبة لتخزين الأوكسيتوسين متوفرة بشكل موثوق. معدل وفيات الأمهات هو 501 لكل 100,000 ولادة حية، ويمثل النزيف بعد الولادة 20٪ من وفيات الأمهات.

التدخل. بموجب برنامج AMPLI-PPHI في منطقتي الصحة لابي ومامو، تم وضع ثلاث سلع موصى بها من منظمة الصحة العالمية في أماكن الولادة: الكاربيتوسين المستقر للحرارة وحمض الترانيكساميك في مستشفيين إقليميين وثمانية مراكز صحية؛ وجميعها بما في ذلك الميزوبروستول في ثمانية مراكز صحية أخرى؛ والميزوبروستول وحده في ستة. تم توزيع الميزوبروستول مسبقا على النساء الحوامل للإدارة الذاتية، تماشيا مع توصية منظمة الصحة العالمية لعام 2020 للأماكن التي تلد فيها النساء خارج المنشأة [48,49,50].

دليل على التأثير. من بين 5,026 امرأة تم تحديدهن، عرض على 2,540 منهن الميزوبروستول؛ ومن بين 1,337 امرأة أنجبن في المنزل، تناولته 1,313 — أي 98٪. بلغ استخدام الكاربيتوسين في ولادات المنشأة وحافظ عليه بنسبة تقارب 100٪ خلال تسعة أرباع متتالية في كلا المنطقتين، مع زيادة الحجم. من بين 306 حالة نزيف بعد الولادة المسجلة، عولجت 98٪ بحزمة كاملة من حمض الترانيكساميك، وهو حمض الترنسيون الرحمي والسوائل الوريدية.

قوة الأدلة. *بيانات مراقبة البرامج عبر تسعة أرباع ومنطقتين، مقدمة ومعتمدة من قبل الدولة العضو [15]. تقييم على مستوى النتائج غير متوفر بعد.*

الأساس السريري لكل عنصر يعتمد على أدلة التجارب التي تم إنتاجها بشكل كبير في أفريقيا. يقلل حمض ترانيكساميك خلال ثلاث ساعات من الولادة من الوفاة الناتجة عن النزيف بنسبة تقارب 30٪ [51]. الكاربيتوسين المستقر للحرارة ليس أقل من الأوكسيتوسين لمنع فقدان الدم بمقدار لا يقل عن 500 مل ولا يتطلب سلسلة تبريد [52]. نهج الاستجابة الأولى المجمعة في غينيا — استراتيجية E-motive — قلل من النزيف الشديد بعد الولادة، وفتح البطن بسبب النزيف أو الوفاة بسبب النزيف بحوالي 60٪ في تجربة عشوائية عنقودية شملت أكثر من 210,000 امرأة في كينيا ونيجيريا وجنوب أفريقيا وتنزانيا [53].

لماذا هذا المثال مهم، ولماذا هو معرض للخطر.

تظهر غينيا أن الدولة العضو يمكنها نقل السلع الموصى بها حديثا من إرشادات منظمة الصحة العالمية إلى استخدام شبه شامل فى الخطوط الأمامية خلال عامين، فى المناطق الريفية، وإلى أيدي النساء اللاتى يلدن من المنزل. من أوضح دليل فى هذا التقرير أن القيد على نزيف التوليد ليس المعرفة.

كما أنه أوضح مثال لمخاطر التمويل التى يحددها هذا التقرير. البرنامج ممول خارجيا ويغلق فى يوليو 2026. الكاربيتوسين المستقر للحرارة لم يدرج بعد فى قائمة الأدوية الأساسية الوطنية فى غينيا. ما لم يتم حل كلاهما، فإن النجاح الموثق سينعكس — فى التدخل الذي يمتلك أقوى قاعدة أدلة أساسية فى القارة.

ساو تومي وبرينسيب: استعادة عرض خدمة توقف عن العمل *· كوتونو، يوليو 2026*

الحاجز. كان عرض الخدمة نفسه غير متوفر: الموظفون، والأدوية الأساسية، وسعة المختبرات، ومراقبة الأجنة كانت غائبة أو متقطعة، لذا لم يكن بالإمكان علاج النساء اللواتي يصلن إلى المنشأة بشكل موثوق هناك.

التدخل. تم نشر الموارد البشرية، تأمين توفر الأدوية الأساسية، استعادة القدرة المختبرية، وإدخال تخطيط القلب — وهو تجميع للمدخلات الأساسية المطلوبة لخدمة الأمومة الفعالة بدلا من تدخل عمودي واحد.

دليل على التأثير. انخفضت نسبة وفيات الأمهات من 61 لكل 100,000 مولود حي في عام 2021 إلى 27 في عام 2025، كما أوردت الدولة العضوة.

قوة الأدلة. *الدرجة D — إحصاءات وطنية مبلغ عنها الدول الأعضاء [15]. تم طلب المصدر والمقام. ساو تومي وبرينسيبي لديهما مجموعة ولادة سنوية صغيرة، لذا فإن النسبة حساسة لعدد قليل من الوفيات: الاتجاه ذو معنى، ويجب قراءة الكمية الدقيقة بحذر.*

8.4 القوى العاملة الصحية

الحاجز. يذكر 68٪ من الدول الأعضاء قيود القوى العاملة، وهو ثاني أكبر عدد من الدول الأعضاء، ويتم ذكر الاثنين معا بنسبة 60٪، وهو أمر متماسك سببيا، حيث أن العاملين في الصحة يشكلون أكبر تكلفة متكررة في أي ميزانية للصحة الجنسية والإنجابية. تحت العنوان، لم تجر 43٪ من الدول الأعضاء أي تحليل فجوة في الموارد البشرية لصحة الجنسية والإنجابية. يحدد تقرير الأمم المتحدة للسكان في غرب ووسط أفريقيا لعام 2025 أربعة إخفاقات مرتبطة في جميع الدول ال22 المشمولة: عدد قليل جدا من القابلات المدربات حسب الحاجة؛ تركيز المدن للمتدربين؛ الأجور غير المنتظمة، الظروف السيئة، وغياب المسارات المهنية؛ والخروج المرتبط إلى القطاع الخاص، والهجرة والخروج من المهنة [54].

أوغندا: إصلاح الرواتب الريفية بالإضافة إلى التمويل القائم على النتائج في مركز الصحة الرابع *· نيروبي، يوليو 2026*

الحاجز. مراكز الصحة IV، وهي مراكز فرعية مكلفة بتوفير الجراحة الطارئة والرعاية الشاملة الطارئة للتوليد لمناطق تضم حوالي 100,000 نسمة، ووقفت بدون أطباء. كانت وظائف الجراحة ونقل الدم أقل من 50٪، مدفوعة بالرواتب غير التنافسية وبيئات عمل غير صالحة للاستخدام.

التدخل. إصلاح من مرحلتين. في سبتمبر 2012، وبعد حملة وطنية للمجتمع المدني ضد وفيات الأمهات التي يمكن الوقاية منها، ضاعفت الحكومة رواتب أطباء الأطباء في مستوى مركز الصحة الرابع، من حوالي 1.2 مليون وحدة أوغريز إلى 2.5 مليون وحدة أوكلانية شهريا، مدعومة بتخصيص قدره 49.5 مليار وحدة يورغ. عندما ثبت أن الأجور وحدها غير كافية (حيث كانت المسارح لا تزال تفتقر إلى الإمدادات والمرافق)، تم إضافة تمويل قائم على النتائج إلى طبقات فوق ذلك.

أدلة على التأثير. ارتفع التوظيف وفقا لمعايير الإنشاء من 56٪ إلى 85٪، وتركزت في المناطق الريفية. بموجب برنامج URMCHIP المدعوم من البنك الدولي، تم توسيع التمويل القائم على النتائج ليشمل أكثر من 1,300 منشأة بين 2016 و2022 وتم دمجه في النظام المالي الوطني، مع مراجعة مستقلة توثق تحسن توفر والوصول إلى خدمات صحة الأم والطفل ذات الأولوية.

قوة الأدلة. *نتائج البرنامج الموثقة التي تم التحقق منها من قبل الدولة العضو [15]؛ وثقت التوسع الوطني وتأثيرات الخدمات في مراجعة إكمال تنفيذ البنك الدولي [55].*

الميزة التعليمية هي التزاوج. إصلاح الرواتب وحده يعالج الاحتفاظ بالبقاء؛ التمويل القائم على النتائج وحده يعالج الأداء. عند تطبيقهما معا، تناولا كلا النوعين — وتم قياس التأثير مقابل معيار توظيف قائم بدلا من هدف محدد ذاتيا.

إسواتيني: كادر واحد من العاملين الصحيين المجتمعيين *· نيروبي، يوليو 2026*

الحاجز. كوادر مجتمعية مجزأة ذات برنامج واحد (HIV، الملاريا، محفزات الصحة الريفية RMNCAH) تكرر الجهود مع ترك فجوات في الخدمة، دون مسار مهني منظم.

التدخل. دمج جميع المحفزات في برنامج واحد في كادر واحد من العاملين الصحيين المجتمعيين المدربين عبر كامل محفظة RMNCAH، ضمن نظام خدمة منظم: مهارات محددة، معايير توظيف مع خفض سن القبول من 40 إلى 20 سنة، وسن تقاعد إجباري يبلغ 60 عاما.

أدلة على التأثير. تحسن أبلغت الدول الأعضاء عبر الخدمات التي يقدمها الكادر الموحد: الاتصال الأول بالرعاية قبل الولادة، استخدام وسائل منع الحمل لدى المراهقين، إدارة فيروس نقص المناعة البشرية بما في ذلك العلاج الفني المجتمعي، وقبول PrEP، وPMTCT، والإبلاغ عن العنف والعنف القائم على النوع الاجتماعي ضد الأطفال.

قوة الأدلة. *بيانات البرنامج تم الإبلاغ عنها والتحقق منها من قبل الدولة الأعضاء [15]. التقييم الرسمي سيعزز الحجة لتكرار التكرار الإقليمي.*

نيجيريا: إصلاح التدريب ونشره على المستوى الوطني *· كوتونو، يوليو 2026*

الحاجز. قيود القوى العاملة التي تتفاقمت بسبب الهجرة خارج النظام وسوء التوزيع الشديد، مع أعمق الفجوات في الشمال. عدم الأمان هو دافع إضافي لا يعكس إطار أنظمة الصحة: فقد تعرض العاملون الصحيون لهجمات وبعض المنشآت الثانوية أصبحت بلا موظفين نتيجة لذلك.

التدخل. زيادة القبول في كوادر الطب والتمريض والصحة المجتمعية؛ سياسات تحويل المهام وتقاسم المهام تم تطويرها وتنفيذها وقيد المراجعة حاليا؛ إصلاح المناهج بعد مراجعة المجالس الطبية والتمريضية، وتم تطبيقه في إطار مشاركة المهام؛ وإعادة تنظيم التدريب أثناء الخدمة نحو المهارات والمحاكاة، مع مراكز محاكاة مخصصة في كانو لرعاية الأمهات ومركز إكيتي لرعاية حديثي الولادة. تم تأسيس التوظيف في الأنظمة الحكومية والرواتب والميزانيات، مع تطبيق حوافز ريفية لدعم العودة والاحتفاظ بالأطفال.

دليل على التأثير. تقوم الوكالة الوطنية لتطوير الرعاية الصحية الأولية بتدريب 120,000 عامل صحي. تقوم الحكومة الفيدرالية بنشر 1,000 ممرض وقابلة في المناطق التي تم تحديدها بتحليل الفجوات. وقد تضاعفت تقريبا معدلات القبول عبر الكوادر.

قوة الأدلة. *بيانات مراقبة البرامج المقدمة والتحقق منها من قبل الدولة العضو [15]. تأثير توفر الخدمات وعلى نتائج الأمهات التي لم تقيم بعد.*

ما يميز هذا عن برنامج التدريب هو المؤسسة. التوظيف المكتوب في حدود الرواتب الحكومية هو ما يحول مجموعة من الخريجين إلى قوة عاملة، وهو الخطوة التي تتجاهلها معظم التدخلات التدريبية في القارة.

جنوب أفريقيا: منهج واحد للصحة الاستراتيجية المتوسطة عبر جميع المكونات *· كوتونو، يوليو 2026*

الحاجز. القيود العاملة التي تعبر عنها ككفاءة مجزأة: يتم تدريب العاملين الصحيين برنامجا تلو الآخر بدلا من تدريب جميع مجالات الصحة الجنسية والإنجابية التي يتوقع منهم تقديمها.

التدخل. تطوير منهج للصحة الجنسية والإنجابية يتكون من حوالي 14 وحدة مع جلسات عملية، تغطي كل مكون من مكونات الصحة الجنسية والإنجابية، وتم تقديمها قبل الخدمة وأثناء الخدمة.

دليل على التأثير. ارتفعت المرافق التي تقدم خدمات SRH من 250 إلى 345، وتم إنشاء مناطق مخصصة للشباب.

قوة الأدلة. *بيانات مراقبة البرامج المقدمة والتحقق منها من قبل الدولة الأعضاء [15]. يجب تأكيد فترة التقرير وإجمالي التسهيلات الشاملة.*

8.5 أنظمة المعلومات الصحية

الحاجز. يوضح القسم 5.4 هذا بالكامل. 87٪ من الدول الأعضاء لديها مؤشرات صحة جنسية وإنجابية في نظام المعلومات الصحية الوطني، وهي من أقوى النتائج في التقييم. يمكن ل 23٪ الإبلاغ عن سبب وفاة حديثي الولادة. كل خطوة بين هذين الرقمين تخسر الدول الأعضاء: 64٪ قدموا أي بيانات تقديم خدمات، 55٪ مقسمون بالكامل حسب العمر والجنس والجغرافيا، 30٪ قدموا بيانات مكتملة على الأقل نصف المكتملة. أفادت أربع وثلاثون دولة عضو بنظام تدقيق فعال حول الولادة؛ وقدمت تسع بيانات أسباب وفاة حديثي الولادة.

***تنزانيا: مراجعة وطنية افتراضية لوفيات الأمهات** · نيروبي وكوتونو*

الحاجز. مراجعة وفاة الأمهات التي تتطلب اجتماعا جسديا لخبرات سريرية وطنية نادرة، مما يحد من عدد الوفيات التي تمت مراجعتها وسرعة الاستجابة.

التدخل. انتقال مراجعة وفيات الأمهات إلى منصة افتراضية وطنية، مما يسمح للخبرات السريرية الوطنية بمراجعة الوفيات التي تحدث في أي مكان في البلاد دون التأخير وتكلفة الاجتماعات الجسدية.

أدلة على التأثير. يوثق التقييم المدار التحسينات في جودة الرعاية أثناء الحمل والولادة وفترة ما بعد الولادة.

قوة الأدلة. *تقييم محكم نشر في [19] PLOS ONE؛ تم التحقق منه من قبل الدولة الأعضاء في كلتا الورشتين [15].*

هذا هو النموذج الأكثر قابلية للنقل في المعلومات الصحية في التقرير، لأنه يعالج الخطوة التي تحددها مراجعة كوكرين كنقطة الفشل. تقلل مراجعة الوفاة من الوفيات عندما تعمل خطوة الاستجابة، حيث ينخفض معدل وفيات الأمهات الداخلي على الأرجح، ونسبة الاحتمالات 0.85 (فترة الثقة 95٪ 0.73–0.98)، مع تحسين جودة الرعاية، ونسبة الاحتمالات 1.87 (فاصل الثقة 95٪ 1.35–2.57) — وكانت خطوة الاستجابة، وليس خطوة المراجعة، هي التي تنقص في 20 من أصل 34 دولة عضو [32].

موزمبيق: لجنة وطنية لتدقيق الوفاة لا يمكن لوم أي شخص · سبتمبر 2026

الحاجز. العقبة السائدة أمام نصف استجابة MPDSR، عبر كل دراسة راجعة في القسم 6.7، هي الخوف من اللوم والتقاضي. حيث يحمل نسب الوفاة إلى رعاية دون المستوى مخاطر مهنية، وتبقى الأسباب غير محددة ولا تنفذ التوصيات.

التدخل. دبلوم وزاري لعام 2026 يعيد هيكلة اللجنة الوطنية لتدقيق وفيات الأمهات والفترة حول الولادة وحديثي الولادة، التي أنشئت لأول مرة في عام 2011. تعرف اللجنة بأنها مستقلة، تعمل دون تدخل من الهياكل التنفيذية لوزارة الصحة، أو من المديريات الإقليمية والإقليمية، أو من وحدات الصحة. مبادئها المعلنة هي السرية، والدقة العلمية، وبشكل صريح، أنها لا تتهم ولا تعاقب: فهي لا تلقي أي لوم فردي، ولا تجري أي إجراءات تأديبية، ولا تصدر أحكاما عقابية، في ما تسميه الأداة بيئة تعلم غير عقابية. يرأسها طبيب توليد كبير ويرأس نائب رئيس طبيب أطفال أو طبيب حديثي الولادة كبير لمدة خمس سنوات، وترفع تقاريرها مباشرة إلى وزير الصحة، وتصدر تقارير ربع سنوية مجمعة من التقارير الإقليمية وزيارات الإشراف.

أدلة على التأثير. لا يوجد حتى الآن. تم اعتماد الأداة في عام 2026 ولا توجد بيانات نتائج.

قوة الأدلة. درجة D، موثقة لكنها لم تثبت بعد [65]. تم تضمينها لأنها الأداة الوحيدة في قاعدة الأدلة التي تعالج حاجز ثقافة اللوم بشكل مباشر وفي القانون، ولأنه رخيص النسخ: التصميم قرار حوكمة وليس استثمارا.

***نيجيريا (ولاية كانو): Geo ST4R: جعل المجتمعات غير المرئية مرئية** · نيروبي، يوليو 2026*

الحاجز. افترضت أنظمة التخطيط لإدارة الموارد الطبيعية في RMNCAH أن كل مستوطنة موجودة على الخريطة. في الواقع، لم يتم إلغاء تعيين المئات لأي منشأة، أو غياب عن خطط التوعية الصغيرة، أو غير محسوبة حسب القواسم، وبالتالي لم تصل إليها الرعاية قبل الولادة والتطعيم.

التدخل. نظام دعم اتخاذ القرار الجغرافي المكاني الذي تم بناؤه ومملوك من قبل الحكومة: سجل مستوطنات رئيسي موثق مع تحديد الموقع الجغرافي الدقيق؛ ربط رسمي لكل مستوطنة بمنشأة مسؤولة؛ ولوحة تحكم دعم القرار للتخطيط الدقيق للتطعيم، وجدولة ما قبل الولادة، واستهداف التغذية؛ وروبوت دردشة في الخطوط الأمامية يسمح للعاملين الصحيين بالاستفسار عن مناطقهم الخاصة.

أدلة على التأثير. تم التحقق من أكثر من 5,600 مستوطنة وتم تحديد أكثر من 500 مستوطنة لم تستولي عليها سابقا، وكانت المجتمعات القائمة غير مرئية للنظام الصحي. تم تصحيح مناطق التجميع، وإعادة تخصيص المرافق، ومراجعة خطط التطعيم والتوعية قبل الولادة.

قوة الأدلة. *نتائج البرنامج تم التحقق منها على مستوى الولاية [56]. يوصى بتقييم التغيير في التغطية على مستوى النتائج مع توسع النظام.*

8.6 الوصول إلى الأدوية والتقنيات الأساسية

الحاجز. تشير 51٪ من الدول الأعضاء إلى نفاد مخزون السلع، و25٪ لا يشغلون نظام معلومات إدارة لوجستيات يحمل مؤشرات سلع SRH. تحت هذا يكمن تعرض هيكلي: أفريقيا تستورد حوالي 80٪ من سلعها الصحية، بما في ذلك 60٪ من حمض الترانيكساميك المستخدم لعلاج النزيف بعد الولادة، وهو السبب الرئيسي لوفيات الأمهات في القارة. الضعف السريري الرئيسي في أفريقيا ونقطة الضعف الرئيسية في سلسلة التوريد هما نفس الشيء.

رواندا: تسليم جوي للدم والمواد المنقذة للحياة في الميل الأخير · *نيروبي، يوليو 2026*

الحاجز. النزيف بعد الولادة يتطلب دما خلال دقائق. استغرق التوصيل البري إلى المرافق النائية ساعات، مما أدى إلى نفاد المخزون وهدر المنتجات ذات العمر الافتراضي القصير.

التدخل. منذ عام 2016، تعاقدت الحكومة على توصيل منتجات الدم واللقاحات والأدوية ووسائل منع الحمل إلى منشآت يصعب الوصول إليها عبر الطائرات بدون طيار إلى مرافق يصعب الوصول إليها في جميع أنحاء البلاد، مدمجة مع التخزين المركزي وأنظمة الإمداد الوطنية ضمن أجندة رواندا الذكية.

دليل على التأثير. وجد تحليل السلسلة الزمنية المحكمة انخفاضا كبيرا في أوقات تسليم منتجات الدم: الولادات الطارئة خلال الساعة مقابل ما يصل إلى أربع ساعات عبر الطريق، وفي الحالات الموثقة من أربع ساعات إلى خمس عشرة دقيقة، وتقليل صلاحية وحدات الدم بحوالي سبع وحدات لكل منشأة شهريا.

قوة الأدلة. *تقييم محكم، صحيفة لانست العالمية للصحة [57].*

العنصر القابل للنقل ليس التكنولوجيا. بل أن رواندا تعاقدت للحصول على نتيجة (منتج في المنشأة ضمن نافذة زمنية) بدلا من شراء أسطول، ودمجت الخدمة مع المستودعات المركزية القائمة بدلا من بناء قناة موازية.

إثيوبيا: توفر السلع المضمونة المضغوطة · *نيروبي، يوليو 2026*

الحاجز. نفاد مخزون تنظيم الأسرة المتكرر بسبب التمويل غير المتوقع والمشتريات المجزأة.

التدخل. اتفاقية التمويل الموصوفة في القسم 8.7، والتي تعمل آلياتها على جانب العرض (تنسيق المشتريات، المراقبة الشفافة، الحوكمة المشتركة مع خدمة توريد الأدوية الإثيوبية) كأداة لأمان السلع.

دليل على التأثير. مخزون المستودعات الوطنية حافظ على 100٪، دون نفاد كبير في مخازن تنظيم الأسرة، وزيادة في التوفر عبر جميع الطرق الرئيسية.

قوة الأدلة. *نتائج البرنامج المؤكدة التي تم التحقق منها من قبل الدولة الأعضاء [15,58].*

يظهر هذا المثال تحت لبنتين أساسيتين لأنه ينتمي إلى كليهما. إنه أوضح دليل أفريقي على أن أمن السلع هو مشكلة تمويل وحوكمة قبل أن تصبح مشكلة لوجستية.

غينيا: السلع المستقرة للحرارة موضوعة على مستوى المراكز الصحية والمجتمع · *كوتونو، يوليو 2026*

بعد الوصول إلى السلع في برنامج AMPLI-PPHI، الموضح بالكامل في القسم 8.3. أهميته لهذه الكتلة الأساسية محددة: من خلال اختيار منشط رحمي لا يتطلب سلسلة تبريد، أزالت غينيا الاعتماد على البنية التحتية الذي جعل السلعة القياسية غير قابلة للاستخدام عند نقطة الحاجة. وصل الاستخدام إلى حوالي 100٪ واستمر لمدة تسعة فصول متتالية [15].

لا يزال التسجيل في القائمة الوطنية للأدوية الأساسية معلقا وهو الخطر الرئيسي على الاستمرارية.

السنغال: يكسينا - نقل إمدادات وسائل منع الحمل إلى نقطة الخدمة · *كوتونو، يوليو 2026*

الحاجز. لم تكن وسائل منع الحمل متوفرة في أماكن حضور النساء. تم الإبلاغ عن معدل نفاد المخزون في نقاط تقديم الخدمات عند 45٪، لذا لم يكن هناك عرض وطني من السلع الموجود على الورق عند الكاونتر.

التدخل. أعادت يكسينا تنظيم التوزيع بحيث يتم نقل الإمدادات إلى نقطة تقديم الخدمة بدلا من سحبها إليها، مما أزال الخطوة الأخيرة التي كان فيها مخزون ينهار.

دليل على التأثير. ارتفعت نسبة انتشار وسائل منع الحمل من 12٪ إلى 25٪، كما أبلغت الدولة الأعضاء.

قوة الأدلة. *الدرجة D — بيانات البرامج والمسح المبلغ عنها من الدول الأعضاء [15]. المصدر، المسح، والسنوات المرجعية المطلوبة.*

الكاميرون: إنهاء صلاحية السلع على المستوى المركزي · *كوتونو، يوليو 2026*

الحاجز. لم تكن المنتجات الصحية متوفرة عند نقطة الحاجة أثناء انتهاء صلاحية المخزون في المستودع. في عام 2020، تم شطب حوالي 1.5 مليار CFA من السلع كأنها منتهية الصلاحية، وهو فشل في الإمداد من الإدارة وليس للتمويل.

التدخل. تم إعادة تنظيم إدارة سلسلة التوريد ضمن نهج إدارة لوجستيات وطني، مع التحقق المنهجي من بيانات اللوجستيات وفريق عمل مخصص يشرف على تدفق المنتجات.

دليل على التأثير. تحسنت التوفرة وتم إلغاء انتهاء الصلاحية على المستوى المركزي، ولم يتم الإبلاغ عن أي انتهاء صلاحية على المستوى المركزي، كما أبلغت الدولة الأعضاء.

قوة الأدلة. *الدرجة D — مراقبة البرامج المبلغ عنها من الدول الأعضاء [15]. تم طلب الفترة وطريقة التحقق.*

تصف السنغال والكاميرون نفس الفشل من طرفي السلسلة، حيث يكون الأسهم موجودة مركزيا وغائبة على الهامش، ومخزون ينتهي صلاحيته مركزيا وغيابه على الهامش. تم حل كلاهما بإدارة التدفق بدلا من شراء المزيد.

8.7 التمويل

الحاجز. التمويل غير الكافي هو الحاجز الأعلى تصنيفا بنسبة 70٪. 49٪ من الدول الأعضاء ليس لديها خط ميزانية مخصص للصحة النسبية النسائية؛ 67٪ يبلغون عن عدم زيادة محلية ذات أهمية خلال ثلاث سنوات؛ المدفوعات من جيوبهم تشكل عائقا أمام المستخدمين في 55٪. تتلقى ست وعشرون دولة عضو تمويلا خارجيا للصحة الجنسية والإنجابية دون الإبلاغ عن أي زيادة في الإنفاق المحلي، و23 دولة لا تملك خط ميزانية ولا نموا. هذا هو الانكماش في المساعدات بعد 2025 المذكور بدقة، وهو قائمة مسماة للدول الأعضاء وليس مشكلة قارية منتشرة، مما يعني أنه يمكن التعامل معه.

إثيوبيا: اتفاقية تنظيم الأسرة متعددة المانحين · *نيروبي، يوليو 2026*

الحاجز. الاعتماد الكبير على تمويل المانحين لسلع تنظيم الأسرة، واتساع الفجوة بين الطلب المتزايد وتراجع تمويل المانحين، والنفاد المتكرر من المخزون الذي يهدد استمرارية الخدمات.

التدخل. اتفاقية وطنية تقودها ثلاث سنوات توحد وزارة الصحة ووزارة المالية وخدمة توريد الأدوية الإثيوبية وشركاء التنمية، مع تمويل داخلي مشترك تدريجي تحت حوكمة مشتركة، ومراقبة شفافة وشراء منسق، ومستندة إلى خطة تنفيذ تنظيم الأسرة المكلفة في إثيوبيا.

دليل على التأثير. ارتفع تمويل الحكومة لتنظيم الأسرة بحوالي تسعة عشر ضعفا (من حوالي 0.5 مليون دولار سنويا إلى 9.47 مليون دولار أمريكي بحلول السنة الثانية) ضمن حوالي 30 مليون دولار تم تعبئته في 2023–24 (الحكومة 12.41 مليون دولار؛ الشركاء 17.35 مليون دولار أمريكي). تم الحفاظ على مخزون المستودعات الوطنية عند 100٪ دون وجود مخزونات كبيرة.

قوة الأدلة. *نتائج البرامج المثبتة التي تم التحقق منها من قبل الدولة العضو [15]؛ تصميم وتمويل موثق من قبل صندوق الأمم المتحدة للسكان ووزارة الصحة الفيدرالية [58].*

الآلية هي الدرس. لم يطلب الاتفاق المزيد من المال بشكل عام فقط؛ بل وضع جدولا يزداد فيه الحصة المحلية مع انخفاض الحصة الخارجية، تحت حكم يشمل الوزارة التي تحتفظ بالميزانية.

رواندا: تأمين صحي مجتمعي مع تمويل قائم على الأداء · *نيروبي، يوليو 2026*

الحاجز. الدفع من جيبه المستبعد أفقر النساء من الحمل والولادة والرعاية الطارئة، مع حوافز ضعيفة من مقدمي الرعاية للتغطية والجودة.

التدخل. تم تجربة تأمين الصحة المجتمعي Mutuelles de Santé (أقساط العائلات الصغيرة التي تدعمها الحكومة والمتبرعين، وتغطي رعاية الحمل، الولادة، تنظيم الأسرة، والنقل الطارئ) في عام 1999 وإلزامي على مستوى البلاد منذ عام 2008، مع إعفاءات للأقساط للأفقر الفئات. مدعوما بتمويل وطني قائم على الأداء يدفعون مقدمي الخدمات مقابل النتائج والجودة المثبتة.

دليل على التأثير. حوالي 91٪ من السكان مؤمنون عليه، وهو من بين أعلى التغطية في أفريقيا. أظهر التقييم الدقيق للسنوات الثماني الأولى للبرنامج زيادة كبيرة في استخدام الخدمات وانخفاض الإنفاق الصحي الكارثي بين الملتحقين. أدى نظام التمويل القائم على الأداء، الذي تم تقييمه من خلال تصميم عشوائي، إلى زيادة عمليات التسليم المؤسسية وزيارات الرعاية الوقائية.

قوة الأدلة. *تقييمات الأثر المحكمة المرجعية، ذا لانسيت و[59,60] PLOS ONE؛ التغطية واتجاهات وسائل منع الحمل من البيانات الوطنية التي تم التحقق منها في الورشة [15].*

غامبيا: ارتفاع قابل للقياس ومستدام في حصة الصحة المحلية · *كوتونو، يوليو 2026*

الحاجز. التمويل غير الكافي، مع الإنفاق من جيوبهم عائقا مباشرا عند نقطة الرعاية.

التدخل. إطلاق نظام التأمين الصحي الوطني لتقليل الإنفاق من جيوبهم، إلى جانب زيادة مستمرة في تخصيص ميزانية الصحة الحكومية. تحدد الخطط المستقبلية مصادر تمويل إضافية، بما في ذلك المصادر الخاضعة للضريبة، وبناء ثقة الجمهور في قدرة البرنامج على تلبية الاحتياجات الأساسية للمرضى.

دليل على التأثير. زادت حصة الصحة من الميزانية الوطنية على مدى خمس سنوات متتالية وأصبحت الآن 7.2٪. ارتفعت الحضور وتقديم المؤسسة بعد إطلاق التأمين.

قوة الأدلة. *بيانات الميزانية الوطنية وتقارير البرامج المقدمة والتحقق منها من قبل الدولة الأعضاء [15]. الحضور وتأثيرات التسليم تم الإبلاغ عنها ولكن دون قياس.*

تم إدراج غامبيا بنسبة 7.2٪ (أقل بكثير من التزام أبوجا البالغ 15٪) عن قصد. معظم الدول الأعضاء لن تصل إلى 15٪ خلال فترة هذا البطل. ما تظهره غامبيا هو مسار يمكن تتبعه سنويا مقابل معيار قاري، وهو ما يتطلبه إطار المساءلة.

بوركينا فاسو: إزالة تكلفة الولادة وتنظيم الأسرة · *كوتونو، يوليو 2026*

الحاجز. التكلفة على الأسرة كحاجز مباشر أمام الولادة في المنشأة واستخدام وسائل منع الحمل، في بيئة يكون فيها السكان الأكثر عرضة لمخاطر الأم هم الأقل قدرة على الدفع.

التدخل. تم إلغاء رسوم المستخدم للولادات في 2016 وتنظيم الأسرة في 2020، مع نقل المهام بحيث تتوفر الخدمات المجانية أيضا: إدارة DMPA تحت الجلد وإدارة النزيف بعد الولادة تحولت إلى مرافقات الولادة في القرية.

دليل على التأثير. تبلغ نسبة وفيات الأمهات عند 198 لكل 100,000 ولادة حية في عام 2021، ووصفتها الدولة الأعضاء بأنها تخفيض.

قوة الأدلة. *الدرجة D — إحصاءات وطنية مبلغ عنها الدول الأعضاء [15]. خط الأساس، سنة المقارنة، والمصدر المطلوب؛ يتم الإبلاغ عن الرقم كمستوى وليس كتغيير مقياس.*

بوركينا فاسو مدرجة لأن الاقتران هو الدرس. إزالة الرسوم دون تحويل الخدمة إلى طلب لا يمكن تلبيته؛ تم اتخاذ الإجراءين معا.

السجل الأوسع لآليات التمويل في أفريقيا

بعيدا عن المثالين المذكورين أعلاه، استخدمت الحكومات الأفريقية مجموعة من آليات التمويل خلال العقدين الماضيين. ليست أدلة متساوية، وهذا التمييز مهم لما يوصي به هذا التقرير.

الجدول 8.2 آليات تمويل الصحة المنتشرة في أفريقيا، مع الأدلة التي تدعم كل منها.

الآلية	التجربة الأفريقية	ما تدعمه الأدلة
الضرائب الصحية المخصصة	وقد مول ضريبة الإيدز في زيمبابوي، وهي رسوم بنسبة 3٪ على الدخل المؤسسي والشخصي، حصة كبيرة من الاستجابة الوطنية لفيروس نقص المناعة البشرية لمدة عقدين. رفعت رواندا ضرائب التبغ والكحول لتوسيع تغطية التأمين. أدخلت نيجيريا ضريبة على المشروبات المحلاة بالسكر بقيمة 10 جنيا نيوجيريا للتر.	أقوى سجل في أفريقيا لإيرادات متوقعة ومحلية السيطرة عليها. الاعتراضات الدائمة هي التراجع ومقاومة وزارة المالية للمخصصات. [36,41]
التأمين الصحى الوطني	يغطى التأمين الصحى المجتمعى فى رواندا حوالى 91٪ من السكان. تدير غانا برنامجا وطنيا منذ عام 2003. استبدلت كينيا صندوقها الوطنى بصندوق تأمين صحى اجتماعى فى عام 2023؛ أما نيجيريا فقد شرعت التأمين الإلزامى فى عام 2022.	أعمال التجميع حيث يتم حل التسجيل والدعم للفقراء. التشريع ليس تغطية: كانت كينيا قد سجلت 19.3 مليون شخص بحلول نهاية عام 2025، ومع ذلك لا يزال 55٪ من المرضى يدفعون من جيوبهم. [41,42]
تحويل الدين	مبادلة الديون بين إسواتيني وبنك التنمية الأفريقي، المدعومة بضمان خيري، توجه مدخرات خدمات الديون مباشرة إلى الصحة. يدير الصندوق العالمي مرفق مبادلة ديون، وتقوم مراكز مكافحة الأمراض في أفريقيا بالتوسط في مطابقات بين المدينين والدائنين.	يعالج القيد المالي الملزم بشكل مباشر بدلا من المنافسة ضمنه. صغير الحجم حتى الآن؛ الأداة الأقل استخداما نظرا لأعباء خدمة الديون القارية. [5,36,40]
التمويل القائم على الأداء	رفع تمويل رواندا القائم على الأداء الإنتاجات المؤسسية بنسبة 23٪. وسعت أوغندا التمويل القائم على النتائج ليشمل أكثر من 1,300 مرفق إلى جانب إصلاح الرواتب الريفية.	قاعدة أدلة معقولة للتغطية ومكاسب الجودة. تكاليف المعاملات والاستدامة بعد خروج المتبرع لا تزال محل نزاع. [A2.8، A2.9، A2.13]
مرافق السلع والسيولة	توفر السلع المضمونة في إثيوبيا مع توفر السلع المضمونة متعددة المانحين إلى جانب التمويل. يتم تجربة منشأة أدوية ومعدات قارية لمنح الحكومات ائتمانا ميسور التكلفة عند شراء السلع في الوقت المناسب.	يعالج الفشل المحدد المسجل في مراجعات الوفاة، وهو غياب السلع عند نقطة الحاجة. المرحلة المبكرة؛ أدلة النتائج قيد الانتظار. [40، A2.11]
الرافعة المالية التى يتم الوساطة خارجيا	ربطت مرفق التمويل العالمى منح بقيمة 1.32 مليار دولار أمريكى بقيمة 10.21 مليار دولار أمريكى من إقراض البنك الدولى، حيث حصلت أفريقيا على 71.9٪ من منح الدول.	أظهرت الرافعة المالية على الإقراض متعدد الأطراف؛ عدم وجود دليل مستقل على تأثير تمويل محلى، وقلق موثق بشأن الاستبدال فى بيئات مقيدة بالدين. [37,38,39]
الآلات الإقليمية المجمعة	أصبح صندوق الأوبئة الأفريقي عمليا في عام 2025 كمورد مشترك للاستعداد والاستجابة.	مناسب للمخاطر المتغيرة التي لا تستطيع الدول الفردية التأمين الذاتي ضدها بكفاءة. لم تظهر بعد أدلة على خدمات الأم والمواليد الروتينية. [36]

تتبع ثلاثة استنتاجات لصحة الأم وحديثي الولادة. تعالج الضرائب المخصصة والتأمين مشاكل مختلفة وهي مكملة بدلا من بدائل: الضرائب ترفع إيرادات متوقعة، والتأمين يزيل الحاجز عند نقطة الرعاية حيث تشكل المدفوعات من جيبه حوالي 35٪ من الإنفاق الصحي. تحويل الدين هو الأداة الأكثر توافقا مع الوضع المالي للدول الأعضاء المحددة في القسم 5.3. وعبر كل آلية، نادرا ما يكون القيد على صحة الأم والمواليد الجدد غياب أداة تمويل؛ بل أن هذه الخدمات لا تحمل أي خط محمي ضمن أي

أداة اعتمدتها الدولة. لهذا السبب يتم تأطير فرصة 7 حول خط الميزانية وليس حول مصدر معين للتمويل. يجب تقييم كل من هذه الآليات بناء على اختبار أجندة لوساكا لمعرفة ما إذا كانت تحفز خدمات مستدامة وممولة محليا بدلا من استبدالها [43].

8.8 القيادة والحوكمة

الحاجز. 42٪ من الدول الأعضاء لا تملك آلية تنسيق وطنية للصحة الاستراتيجية و43٪ لا تملك خطة تشغيلية بميزانية وجدول زمني. تشارك وزارات المالية في 40٪ فقط من الآليات الموجودة — وهي الأقل تمثيلا بين تسع مجموعات فاعلة، وتلك التي يفسر غيابها أكثر بسبب التأخير في الإفراج وسوء استيعاب الأموال المخصصة. وبالمقارنة مع ذلك، يشير 21٪ فقط من الدول الأعضاء إلى انخفاض الالتزام السياسي كحاجز — وهو الأقل استشهادا من بين الثمانية المقدمة. القيد ليس الإرادة السياسية. بل هو الآلية بين السياسة والخدمة.

تشاد: الدعوة لتنظيم الأسرة بقيادة واعظات مسلمات · *كوتونو، يوليو 2026*

الحاجز. انخفاض استخدام وسائل منع الحمل مدفوع بالمقاومة الدينية والاجتماعية بدلا من العرض. هذا هو حاجز جانب الطلب الذي أبلغ عنه 55٪ من الدول الأعضاء، وقليل منهم أجابوا عليه بشيء سوى نقاط خدمة أكثر.

التدخل. حجة لاهوتية لصالح تنظيم الأسرة طورتها وألقتها واعظات مسلمات، وتم تأسيسها رسميا في مذكرة تفاهم مع القادة الدينيين، وتم نقلها إلى حدث جانبي في الجمعية العامة للأمم المتحدة.

دليل على التأثير. ارتفعت انتشار وسائل منع الحمل من 8.1٪ في 2019 إلى 21٪ في 2025، كما أفادت الدولة الأعضاء.

قوة الأدلة. *الدرجة D: بيانات مسح المبلغ عنها من الدول الأعضاء [15]. طلب استبيانات المصدر والقواسم.*

تشاد هو أوضح مثال في أي من الورشتين على أن الحاجز يجيب بعمله الخاص. العقبة كانت السلطة الدينية، لذا كان التدخل سلطة دينية، وكان يقودها نساء داخل تلك السلطة، وليس موجهة إليها من الخارج.

جمهورية الكونغو الديمقراطية: السياسة واللجان وخط الميزانية معا · *كوتونو، يوليو 2026*

الحاجز. عرض تنظيم الأسرة غير الكافي في ثاني أكبر دولة عضو في القارة، مع خصوبة من بين الأعلى المسجلة والتنسيق المجزأ عبر القطاعات.

التدخل. سياسة وطنية لمنع الحمل مع خطة استراتيجية مكلفة، ولجنة فنية متعددة القطاعات دائمة، والعنصر الذي يميزها، خط ميزانية مخصص. وبشكل منفصل، وسعت الدولة الأعضاء تنفيذ أحكام بروتوكول مابوتو المتعلقة برعاية الإجهاض من خلال المعايير الوطنية والإرشادات وأدوات مقدمي الرعاية والتدريب المقدمة للقضاة والمحامين وكذلك الأطباء.

دليل على التأثير. تم الإبلاغ عن انتشار وسائل منع الحمل بنسبة 11.1٪، وانخفض إجمالي الخصوبة من سبعة إلى ستة أطفال لكل امرأة. ارتفعت الإشعارات المسجلة برعاية الإجهاض بين عامي 2020 و2025 مع انتقال الخدمة من الخدمة من السرية إلى التوفير الموثق.

قوة الأدلة. الدرجة D: بيانات وطنية مبلغ عنها الدول الأعضاء [15]. الاستطلاعات المصدرية، السنوات المرجعية والخطوط الأساسية المطلوبة.

العنصر القابل للنقل هو خط الميزانية. قدمت جمهورية الكونغو الديمقراطية سياسة وخطة ولجنة تنسيق، وهي نفس الأدوات الثلاثة التي تملكها العديد من الدول الأعضاء بالفعل — والإضافة التي جعلتهم تعمل كانت خطا في الميزانية الوطنية.

الصومال: حكم تحول في بيئة هشة · *نيروبي، يوليو 2026*

الحاجز. نظام صحي أعيد بناؤه بعد انهيار، مع تدفقات تمويل شركاء متوازية وغير منسقة، ونقص حاد في القوى العاملة، وبين أعلى معدلات وفيات الأمهات في العالم.

التدخل. الإدارة الحكومية المتعمدة: استراتيجية وطنية لإدارة التوليد النسائي مع دمج SRH بالكامل؛ رئيس الوزراء يترأس شخصيا فريق عمل التطعيم؛ توسيع تدريب القابلات بحيث تدير ست من أصل سبع ولايات مدارس للقابلات؛ توسيع الرعاية

الطارئة الشاملة الأساسية مع الاهتمام الصريح للمناطق التي يصعب الوصول إليها؛ ومن عام 2025، خطة وطنية موحدة يتفق معها جميع الشركاء.

دليل على التأثير. انخفضت وفيات الأمهات من حوالي 1,044 لكل 100,000 ولادة حية في عام 2015 إلى حوالي 563، أي ما يقارب النصف خلال عقد من الزمن، تحقق خلال فترة الهشاشة الطويلة.

قوة الأدلة. *تقديرات وطنية أبلغت عنها وتم التحقق منها من قبل الدولة العضو [15]؛ التثليث مع تقديرات الأمم المتحدة بين الوكالات الموصى بها [1].*

أن الدولة الهشة حققت ذلك من خلال هيكلية الحوكمة بدلا من الموارد الإضافية هو المثال السياسي الأكثر أهمية في هذا التقرير.

مدغشقر: اتفاقية دائمة متعددة القطاعات مع الإيمان والسلطات التقليدية *· نيروبي، يوليو 2026*

الحاجز. مقاومة ثقافية ودينية تحد من تبني تنظيم الأسرة، مع حكم مجزأ لأجندة تنظيم الأسرة عبر القطاعات.

التدخل. لجنة تنظيم الأسرة الوطنية متعددة القطاعات تجمع بين السلطات السياسية والإدارية والدينية والتقليدية مع المجتمع المدني، وتنسق السياسات والتمويل من خلال خطط عمل وطنية متعاقبة بالتكلفة، مع أهداف وطنية توفر مرساة للمساءلة طويلة الأمد.

دليل على التأثير. ارتفعت الحاجة الملباة لتنظيم الأسرة من 64.5٪ إلى 69.8٪، وانتشار وسائل منع الحمل الحديثة من 41٪ إلى 49.5٪، والولادات التي يحضرها الموظفون المؤهلون من 85٪ إلى 86.6٪، إلى جانب زيادة المخصصات السنوية لميزانيات السلع لتنظيم الأسرة.

قوة الأدلة. *بيانات المسوح الوطنية والميزانية التي تم الإبلاغ عنها والتحقق منها من قبل الدولة العضو [15].*

مالاوي: إغلاق قانون زواج الأطفال *· نيروبي، يوليو 2026*

الحاجز. زواج الأطفال الذي يدفع حمل المراهقين وتبعاته على الوفاة، مع القانون نفسه كحاجز، حيث يمكن للأطفال الزواج في سن 15 بموافقة الوالدين.

التدخل. حدد قانون الزواج والطلاق والعلاقات الأسرية لعام 2015 سن الزواج ب 18 عاما؛ وأغلق تعديل دستوري عام 2017 ثغرة موافقة الوالدين. وقد قاد الإصلاح ناشطات شابات ومنظمات نسائية وشركاء من الأمم المتحدة، وحظي بتأييد حاسم من قبل الزعماء التقليديين، حيث أقر البرلمان بالإجماع تقريبا.

دليل على التأثير. هناك إطار قانوني ملزم الآن يحمي كل من الفتيات والفتيان من الزواج قبل سن 18 على مستوى البلاد، وهو تغيير على مستوى الشرط المسبق في مسار الحمل المراهق لا تستطيع الخدمات وحدها تحقيقه.

قوة الأدلة. *الإصلاح القانوني موثق علنا [61] وتم التحقق منه من قبل الدولة العضو [15]. يجب تتبع التأثير الديموغرافي طويل الأمد من خلال جولات متتالية من وزارة الأمن الداخلي.*

8.9 موثق، لم يتم إثبات بعد

تم تقديم التدخلات التالية من قبل الدول الأعضاء في الورشتين وهي مصممة جيدا، لكنها لم تحمل دليلا على التأثير وقت كتابة النص. تم تسجيلها لأن العديد منها من المرجح أن يصبح نماذج عندما توفر الدول الأعضاء المعنية البيانات التي تحتفظ بها، ولأن التقرير المقدم لرؤساء الدول يجب أن يكون واضحا بشأن الفرق.

***الجدول 8.3** التدخلات المقدمة بدون أدلة على النتائج، وما هو مطلوب.*

ما هو مطلوب	التدخل	الدولة العضو	الكتلة
معدل الولادة القيصرية قبل وبعد. المعدل المبلغ عنه في الجلسة العامة (79٪) يجعل هذا أولوية لقاعدة الأدلة القارية	مبادرة لتقليل عملية الولادة القيصرية: إعادة تدريب طبيب النساء على الولادة الطبيعية، عوامل نضج عنق الرحم، دعم التخدير، برنامج للتوليد والدولا يستهدف 9000 قابلة، مستشارون مدربون خلال أول 1000 يوم	مصر	تقديم الخدمة
تغطية الولادة قبل الولادة والولادة المؤسسية قبل وبعد	كابيلو باما وكابيلو فاما — متطوعون صحيون مجتمعيون مختيرون من قبل العشيرة تدربوا عبر سلسلة الرعاية الإنجابية، منطقة النهر السفلى	غامبيا	تقديم الخدمة
الإبلاغ عن اكتمال وتوقيت الأحداث قبل وبعد	إدخال بيانات إلكتروني على مستوى المنشأة؛ مركز بيانات وطني سيادي؛ التحقق الشهري من البيانات على مستوى الحكومات المحلية ومستوى الولايات	نيجيريا	معلومات صحية
فقدان للمتابعة قبل وبعد	تكنولوجيا الورق الذكى؛ جهاز تتبع إلكترونى على مستوى البلاد لفيروس نقص المناعة البشرية والسل والتطعيم	غامبيا	معلومات صحية
معدل نفاد المخزون قبل وبعد اللامركزية	الشراء اللامركزي عبر ثلاث مستويات حكومية؛ توزيع متكامل في الميل الأخير ليحل محل تسليم البرامج الموازية؛ التصنيع المحلي لسلع SRH	نيجيريا	المنتجات الطبية
تخصيص التقييم الذاتى المحلى ومعدل تنفيذ الميزانية مع مرور الوقت	تمويل مشترك تم تأسيسه من خلال وزارة المالية ضمن نهج قطاعي شامل	نيجيريا	التمويل
المحتملة — سيتم تتبعها	وزارة الصحة الأسرية على مستوى الولاية، مكررة هيكل التنسيق الفيدرالي على المستوى الوطني	نيجيريا	الحوكمة
مضاعفات الإجهاض غير الآمن قبل وبعد، ومعدل الوفيات فى حالات النزيف بعد الولادة	رعاية الإجهاض الآمنة بموجب القانون الوطنى للصحة الإنجابية — مرافق خاصة معتمدة ومدربة، جميع خدمات الأمومة مجهزة، وآلية تعالج الاعتراض الضميرى؛ النزيف بعد الولادة يدار باستخدام ستائر معايرة تفعل عند 300 مل ومجموعات سدادات داخل الرحم	بنين	تقديم الخدمة
عدد الجراح الوظيفية ومعدل العمليات القيصرية قبل وبعد	منح تخصص في أمراض النساء والتوليد وطب الأطفال والتخدير لموظفي المرافق الطرفية	السنغال	القوى العاملة الصحية
بيانات النتائج (تم نقلها من ورشة عمل نيروبى)	التعاون في تنظيم الأسرة مع القطاع الخاص	الصومال	متعدد

8.10 ما الذي ينتقل وما لا ينتقل

يجب أن يكون الدفاع القاري صادقا في أن هذه النماذج ليست متساوية في النقل. هناك ثلاثة فروق مهمة.

الجدول 8.4 قابلية نقل النماذج الموثقة في هذا القسم.

الحالة	الأمثلة	قابلية النقل
يتطلب قرارا وخط ميزانية، وليس بنية تحتية جديدة أو أدلة جديدة	حزمة السلع الشعبية في غينيا؛ مراجعة الموت الافتراضي في تنزانيا؛ اتفاقية تمويل إثيوبيا؛ وحدة وحدة عمال الصحة المهنية في إسواتيني.	مباشر — قابل للتبني الآن
يعتمد على المساحة المالية، أو نظام الرواتب الحالي، أو منصة مجتمعية قائمة، أو بنية تدريب قائمة	إصلاح الرواتب فى أوغندا؛ التمويل القائم على الأداء فى رواندا؛ إثيوبيا سمارت ستارت؛ منهج جنوب أفريقيا؛ إصلاح التدريب فى نيجيريا؛ تأمين غامبيا	يحتاج إلى تكيف
يعتمد على الجغرافيا، التكوين السياسي، لحظة دستورية أو هياكل دينية وتقليدية محددة	تسليم جوي في رواندا؛ تحول حكم الصومال؛ تعديل الدستور في مالاوي؛ اتفاقية الإيمان في مدغشقر	الاعتماد على السياق

تحذير ثان يتعلق بالأدلة، وهذا التقرير يوضح ذلك بوضوح. تستند عدة أمثلة إلى تقييم مستقل محكم: التسليم الجوي في رواندا، التمويل القائم على التأمين والأداء في رواندا، إصلاح الرواتب في أوغندا، مراجعة الوفيات الافتراضية في تنزانيا. وأخرى تعتمد على الإحصاءات الوطنية، وعدد أقل فقط على بيانات مراقبة البرامج. عندما لم يتم إثبات تأثير على الوفيات، يذكر هذا القسم ذلك. التغطية ليست وفيات، ويفقد التقرير إلى رؤساء الدول سلطته بمجرد أن يعامل الاثنين كبديل.

8.11 التسلسل المشترك

عند قراءة كلتا الورشتين وجميع اللبنات الأساسية الستة، تتبع الدول الأعضاء التي حققت أسرع مكاسب موثقة تسلسلا يمكن التعرف عليه، وهو نفس التسلسل في كل حالة (الجدول 8.5).

الجدول 8.5 التسلسل المشترك الذي تليه الدول الأعضاء التي حققت أسرع مكاسب موثقة.

كيف يظهر فى النماذج	الخطوة	
تم إرسال رسم خرائط تنزانيا للسكان الذين يتجاوز خمسة كيلومترات إلى رئيس الدولة؛ وكان فريق العمل في الصومال برئاسة رئيس الوزراء؛ وجاءت إصلاحات الرواتب في أوغندا بعد حملة وطنية للمجتمع المدني؛ تطلب تعديل مالاوي دعما برلمانيا شبه بالإجماع	تم رفع الأدلة إلى أعلى مستوى سياسي	1
الزيادة المستمرة فى ميزانية تنزانيا، والتمويل المحلى التدريجى لإثيوبيا، وتخصيص أوغندا البالغ 49.5 مليار وحدة أوغريكس للوحدة، وزيادة غامبيا فى حصة الصحة لمدة خمس سنوات، كلها قرارات تمويل اتخذت لأن الأدلة ظهرت حيث يتم التحكم فى الظرف	حول القيادة السياسية الأدلة إلى ميزانية	2
النقل الطارئ، والقدرة اللامركزية على القيصرية، ودور الانتظار للولادة، والولادة الجوية، والتغطية التأمينية، والتوزيع المسبق للميزوبروستول كلها تعالج نفس المشكلة من اتجاهات مختلفة	تم توفير الخدمات جسديا وماليا في متناول اليد	3

	الخطوة	كيف يظهر فى النماذج
4	تم تدقيق النتائج، وتغير التدقيق في الممارسة	هذه هى الخطوة التى تميز النماذج عن الأغلبية — تدقيق لامركزي على مدار 24 ساعة فى إسواتينى، ونقاط موثوقة فى كانو، وتمويل الناتج الموثق فى أوغندا ورواندا، ومراجعة افتراضية للوفيات فى تنزانيا. وهى الخطوة التى وجدها القسم 6.6 مفقودة فى 20 من أصل 34 دولة عضو

هذا التسلسل هو المحتوى العملي لتفويض البطل. يتطلب القيادة السياسية على مستوى رئيس الدولة للبدء، ووزارة المالية للتمويل، وأنظمة صحية لتنفيذها، وأنظمة مساءلة لتأكيد حدوث التنفيذ. لا خطوة تحل محل أخرى، والرابعة هي التي تتجاهلها القارة بشكل متكرر أكثر.

ما يطلبه هذا القسم من رؤساء الدول

1. اعتماد النماذج الأربعة القابلة للنقل مباشرة. تتطلب قرارا، وليس دليلا جديدا: حزمة السلع الناتجة عن نزيف ما بعد الولادة، مراجعة افتراضية لوفيات الأمهات، اتفاقية تمويل مع حصة محلية متدرجة، وكادر موحد للعاملين الصحيين المجتمعيين.

2. حماية ما يعمل بالفعل. ينتهى برنامج النزيف بعد الولادة فى غينيا فى يوليو 2026، وسلعته المركزية ليست ضمن قائمة الأدوية الأساسية الوطنية. يجب على كل دولة عضو تحديد أي من نتائجها الموثقة تعتمد على التمويل الذي ينتهى ضمن فترة البطل.

3. يلزم بالخطوة الرابعة. يلزم بأن يسجل كل تقرير وطنى لمراجعة الوفيات تقدما ضد توصيات الدورة السابقة. عشرون من أصل أربع وثلاثين دولة عضو لا تسجل ذلك، وهو أرخص إصلاح في هذا التقرير.

4. سد فجوة الأدلة فى برامجك الخاصة. عشرة تدخلات فى الجدول 8.3 غير موثقة وليست غير ناجحة. الأرقام المطلوبة محفوظة لدى الدول الأعضاء المعنية.

المراجع

يتم ترقيم المراجع بشكل عام حسب ترتيب الظهور الأول عبر الأقسام من 1 إلى 6؛ يتم الاستشهاد بعدد قليل منها قبل أن يشير ترقيمها إلى المكان الذي نقلت فيه إعادة هيكلة هذا المسودة النص الذي يستشهد بها. المراجع 19–33 هي الأدبيات المحكمة المحكمة حول مراقبة وفاة الأمهات وفترة ما قبل الولادة والرد عليها في القسم 6.7. المصادر الخاصة بتقارير الوفاة الوطنية للأمهات ومرحلة ما قبل الولادة التي تمت مراجعتها في القسم 4.3 مدرجة بشكل فردي في دليل العمل المصاحب.

1. مجموعة الأمم المتحدة لتقدير وفيات الأمهات بين الوكالات (منظمة الصحة العالمية، اليونيسف، صندوق الأمم المتحدة للسكان، مجموعة البنك الدولي، إدارة الأمم المتحدة لمعايير الشفافية/السكان). اتجاهات وفيات الأمهات من 2000 إلى 2023. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2025. https://www.unfpa.org/publications/trends-maternal-mortality-2000-2023

2. المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لأفريقيا. انخفاض معدلات وفيات الأمهات وحديثي الولادة في المنطقة الأفريقية، لكن التقدم لا يزال بطيئا. برازافيل: منظمة الصحة العالمية AFRO؛ 7 أبريل 2025. https://www.afro.who.int/news/african-regions-maternal-and-newborn-mortality-declining-progress-still-slow

3. مجموعة الأمم المتحدة المشتركة لتقدير وفيات الأطفال. مستويات واتجاهات وفيات الأطفال: تقرير 2025. نيويورك: اليونيسف; 2025. https://data.unicef.org/resources/levels-and-trends-in-child-mortality-2025/

4. بيانات اليونيسف. معدلات الولادة الميتة ومعدلات الولادة الميتة: تقديرات IGME للأمم المتحدة. نيويورك: اليونيسف؛ 2025. https://data.unicef.org/topic/child-survival/stillbirths/

5. الشراكة لصحة الأم والمواليد والأطفال ومفوضية الاتحاد الأفريقي. من الالتزام إلى الولادة: وزراء أفارقة يرسمون مسارا لتمويل صحة النساء والأطفال. أبيدجان؛ 24 يوليو 2026. https://pmnch.who.int/news-and-events/news/item/24-07-2026-from-commitment-to-delivery-african-ministers-chart-a-path-to-fund-the-health-of-women-and-children

6. منظمة الصحة العالمية. الأسباب العالمية والإقليمية لوفيات الأمهات 2009–2020: تحليل منهجي من منظمة الصحة العالمية. لانست جلوبال هيلث؛ 7 مارس 2025. النص الكامل/https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(24)00560-6

7. منظمة الصحة العالمية. ورقة حقائق حول وفيات الأمهات. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2025. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality

8. مراكز أفريقيا لمكافحة الأمراض والوقاية منها. تمويل الصحة في أفريقيا في عصر جديد. أديس أبابا: مركز أفريقيا لمكافحة الأمراض؛ أبريل 2025. https://africacdc.org/news-item/africas-health-financing-in-a-new-era-april-2025/

9. خفض المساعدات، فقدان الأرواح: تقدير تأثير انسحاب الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية على وفيات الأمهات في ست دول أفريقية. سياسة وتخطيط الصحة؛ 2026. https://academic.oup.com/heapol/advance-article/doi/10.1093/heapol/czag034/8513131

10. الاتحاد الأفريقي. خطة عمل مابوتو 2016–2030 لتفعيل إطار السياسة القاري بشأن الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية. أديس أبابا: مفوضية الاتحاد الأفريقي.

11. الاتحاد الأفريقي. استراتيجية الصحة الأفريقية 2016–2030؛ وأجندة 2063: أفريقيا التي نريدها. أديس أبابا: مفوضية الاتحاد الأفريقي.

12. الاتحاد الأفريقي. حملة تقليل معدل وفيات الأمهات في أفريقيا بشكل مسرع (CARMMA). أديس أبابا: لجنة الاتحاد الأفريقي. https://au.int/en/sa/carmma

13. الاتحاد الأفريقي. خارطة الطريق لحملة إعادة تعزيزها لتقليل معدل وفيات الأمهات في أفريقيا (CARMMA Plus) 2021–2030. https://carmma.au.int/en/documents/2022-11-22/re-strengthened-carmma-plus

14. الاتحاد الأفريقي. تعيين سعادة سامية سولوحو حسن، رئيسة جمهورية تنزانيا المتحدة، كبطلة للاتحاد الأفريقي لصحة الأم والطفل والصحة الجنسية والإنجابية والحقوق؛ تمت الموافقة عليه في الدورة العادية التاسعة والثلاثين لجمعية رؤساء الدول والحكومات، عقب تقرير لجنة رؤساء الدول والحكومات المشرفة على مركز مكافحة الأمراض في أفريقيا لعام 2025.

15. مراكز أفريقيا لمكافحة الأمراض والوقاية منها، قسم صحة الأم والإنجاب. تقييم قاري لسياسات SRMNCAH واستراتيجياتها وأطر التمويل وتقديم الخدمات في دول الاتحاد الأفريقي؛ وورش عمل التحقق من السياسات الإقليمية، نيروبي (8–10 يوليو 2026) وكوتونو (29–31 يوليو 2026).

16. منظمة الصحة العالمية. مراقبة اللبنات الأساسية لأنظمة الصحة: دليل للمؤشرات واستراتيجيات قياسها. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2010.

17. ثاديوس س، مين د. بعيد جدا للمشي: وفيات الأمهات في السياق. العلوم الاجتماعية والطب. 1994; 38(8):1091–1110.

18. منظمة الصحة العالمية. استراتيجيات لإنهاء وفيات الأمهات القابلة للوقاية (EPMM). جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2015.

19. ماكواني AM، دومينيكو SA، نغويشيمي SK، ماسيكا GM، مبمبيني R، أمه سي، وآخرون. استخدام مراجعات وطنية افتراضية لوفيات الأمهات لتحسين جودة الرعاية أثناء الحمل والولادة والولادة وما بعد الولادة في تنزانيا. PLoS One. 2026; 21(3):0344858. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0344858. e0344858.

20. نحو تحسين مراقبة واستجابة وفيات الأمهات والفترة حول الولادة في المنطقة الأفريقية: تحليل ل 25 دولة من 2015 حتى 2022. متوفر على: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12959009/

21. كيني MV، وآخرون. "قد يكون هذا إحصائية بالنسبة لي، لكن كل وفاة مهمة.": تقييم لأنظمة مراقبة واستجابة الوفيات الأمومة وفترة ما قبل الولادة على مستوى المنشأة في أربع دول أفريقية جنوب الصحراء. 2020 .PLOS One; e0243722. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243722:15

22. الميسرون والحواجز أمام تنفيذ مراقبة واستجابة وفيات الأمهات وفترة ما قبل الولادة في إثيوبيا: مراجعة منهجية. الصحة الإنجابية. 2025. https://doi.org/10.1186/s12978-025-02115-w

23. مراقبة واستجابة الوفيات بين الأمهات وفترة ما قبل الولادة في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط: مراجعة نطاقية لعوامل التنفيذ. سياسة الصحة والتخطيط. 2021; 36(6):955–973. https://academic.oup.com/heapol/article/36/6/955/6169403

24. مراقبة وفاة الأم ومرحلة ما قبل الولادة والاستجابة لها: مراجعة منهجية للدراسات النوعية. متوفر على: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9795385/

25. العوامل القابلة للتجنب المحددة من قبل التدقيق في وفيات الأمهات وفترة ما قبل الولادة في البيئات ذات الموارد المنخفضة: مراجعة منهجية. الحمل والولادة في BMC. 2014;14:280. https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-280

26. احتساب كل ولادة ميتة ومواليد حديثي الولادة من خلال تدقيق الوفيات لتحسين جودة الرعاية لكل امرأة حامل وطفلها. حمل وولادة 15 ;BMC. 2015(الملحقات 2):S9-S2-S9-15-2393-1471-1186/10.1186/https://doi.org/10.1186/1471-2393-15-S2-S9. S9.

27. موثوقية أدوات التدقيق الأمومي في تحديد سبب الوفاة في مراجعة وفاة الأمهات: مراجعة منهجية وتحليل تلوي. متوفر على: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8127245/

28. تحديد "السبب الحقيقي للوفاة": تعقيدات مراجعات وفيات الأمهات في تنزانيا. سياسة وتخطيط الصحة. 2026 (وصول متقدم). https://doi.org/10.1093/heapol/czag053

29. وجهات نظر موظفي المنشأة حول تنفيذ مراقبة واستجابة وفيات الأمهات وفترة ما قبل الولادة في ست منشآت صحية في كيغوما، تنزانيا. معرف PubMed 42224337. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/42224337/

30. مراجعات دولية شبه سرية لوفيات الأمهات المرتبطة بالعدوى والاقتراب من الوقوع في 11 دولة ذات دخل منخفض ومتوسط — سلسلة تقارير حالة وإجراءات مقترحة. متوفر على: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9128080/

31. تعزيز أنظمة مراقبة وفيات الأمهات لاتخاذ القرار المبني على الأدلة في أفريقيا جنوب الصحراء: حالة منطقة الوسط في الكاميرون. متوفر على: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8647191/

32. ويلكوكس ML، برايس ج، سكوت إس، نيكلسون BD، ستيوارت B، روبرتس NW، ألوت H، موبانجيزي V، دومونت A، هارندن A. تدقيقات ومراجعات الوفاة لتقليل وفيات الأمهات والفترة حول الولادة والأطفال. قاعدة بيانات كوكرين للمراجعات المنهجية. 25 مارس 2020؛ 3(3):CD012982.pub2. https://doi.org/10.1002/14651858.CD012982. (PMCID PMC7093891؛ PMID 32212268)

33. دومونت أ، فورنييه ب، أبراهاموفيتش م، تراوري م، حداد س، فريزر دبليو دي، لمجموعة أبحاث كوارت. جودة الرعاية، إدارة المخاطر، والتقنية في التوليد لتقليل وفيات الأمهات في المستشفيات في السنغال ومالي (QUARITE): تجربة عشوائية عنقودية. ذا لانسيت. 2013؛ 382(9887):146–157. 0-60593(13)S0140-6736/10.1016/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60593-0

34. الاتحاد الأفريقي ومراكز أفريقيا لمكافحة الأمراض والوقاية منها. خارطة الطريق الباردة للاتحاد الأفريقي لصحة الأمهات والمواليد الجدد والأطفال والمراهقين: صفر وفيات أمهات، صفر وفيات حديثة الولادة يمكن الوقاية منها، صفر أطفال غير ملقحين. أديس أبابا؛ 2026. انظر أيضا: مركز مكافحة الأمراض في أفريقيا، "أبطال أفريقيا CDC وAU يجمعان الدول الأعضاء خلف أجندة عدم وجود وفيات أمهات صفر" و"تسريع العمل القاري لإنهاء وفيات الأمهات والأطفال التي يمكن الوقاية منها"، (2026) africacdc.org.

35. الاتحاد الأفريقي. الجلسة الاستثنائية لجمعية رؤساء الدول والحكومات، "تعزيز العدالة والمساواة والتغطية الصحية الشاملة: إنهاء الإيدز والسل وتحسين صحة الأمهات". أكرا؛ 21–22 يوليو 2026.

36. مراكز أفريقيا للسيطرة على الأمراض والوقاية منها. خطة استراتيجية لتحويل تمويل الصحة وتعزيز الاعتماد على الذات؛ وتمويل الصحة في أفريقيا في عصر جديد. أديس أبابا: مركز مكافحة الأمراض في أفريقيا؛ 2025. https://africacdc.org/news-item/africa-cdc-unveils-strategic-plan-to-transform-health-financing-and-advance-self-reliance/

37. التسهيل العالمي للتمويل للنساء والأطفال والمراهقين. التقرير السنوي 2024–2025. واشنطن العاصمة: البنك الدولي؛ 2025. https://www.globalfinancingfacility.org/annual-reports

38. مركز التنمية العالمية. التوجه نحو إنفاق صحي أكثر ذكاء: دور مرفق التمويل العالمي. واشنطن العاصمة: CGD. https://www.cgdev.org/blog/moving-toward-smarter-health-spending-role-global-financing-facility-world-bank

39. دفع أجندة لوساكا: الفرص الضائعة لمرفق التمويل العالمي لتحفيز الاستثمار الصحي المستدام. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC12422050/ انظر أيضا: كشف مرفق التمويل العالمي، تحليل سياسات متعدد الطبقات. العمل الصحي العالمي. 2025. https://doi.org/10.1080/16549716.2025.2476820

40. البنك الأفريقي للتنمية ومؤسسة غيتس. دعم سيولة مرفق الأدوية والمعدات الأفريقي والحكومة لشراء السلع الصحية؛ وصندوق العالم، آلية تبادل الديون Debt2Health. https://www.theglobalfund.org/en/how-we-raise-funds/innovative-finance/debt-swaps-debt2health/

41. العد التنازلي حتى عام 2030. نظرة عامة على الإصلاحات الحالية والمخططة لتمويل الصحة للتغطية الصحية الشاملة في منطقة منظمة الصحة العالمية الأفريقية. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12333570/

42. رحلة كينيا ونيجيريا في تمويل الرعاية الصحية وتحقيق التغطية الصحية الشاملة في أفريقيا. مراقبة الصحة النيجيرية؛ 2025. https://nigeriahealthwatch.com/articles/thought-leadership/kenya-and-nigerias-journey-in-healthcare-financing-and-achieving-universal-health-coverage-in-africa/

43. أجندة لوساكا: استنتاجات عملية مستقبل المبادرات الصحية العالمية. لوساكا وجنيف؛ 12 ديسمبر 2023. تمت الموافقة من قبل جمعية الاتحاد الأفريقي، فبراير 2024. https://futureofghis.org/final-outputs/lusaka-agenda/ انظر أيضا مركز مكافحة الأمراض في أفريقيا، إطار المساءلة لدفع أجندة لوساكا والأمانة القارية لتنفيذ أجندة لوساكا، africacdc.org.

44. وزارة الصحة، جمهورية تنزانيا المتحدة. مسح تنزانيا الديموغرافي والصحي ومسح مؤشرات الملاريا 2022 (TDHS-MIS). دار السلام وروكفيل دكتور في الطب; 2023.

45. تقييم برنامج m-MAMA وتحليلات تجريبية منشورة لنقل الطوارئ للأمهات وحديثي الولادة، جمهورية تنزانيا المتحدة.

46. بيانات مراقبة برنامج المراهقين 360 / RISE، سمارت ستارت، وزارة الصحة الفيدرالية، إثيوبيا.

47. معهد الصحة العامة الإثيوبي. مسح إثيوبيا للديموغرافيا والصحة 25/2024، النتائج الأولية (قبل النشر).

48. منظمة الصحة العالمية. توصية منظمة الصحة العالمية بشأن حمض الترانيكساميك لعلاج نزيف ما بعد الولادة. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2017.

49. منظمة الصحة العالمية. توصيات منظمة الصحة العالمية: المنشطات الرحمية للوقاية من نزيف ما بعد الولادة. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2018.

50. منظمة الصحة العالمية. توصية منظمة الصحة العالمية بتوزيع الميزوبروستول على النساء الحوامل للوقاية من نزيف ما بعد الولادة. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2020.

51. امرأة متعاونات في التجربة. تأثير الإعطاء المبكر لحمض الترانيكساميك على الوفيات، واستئصال الرحم، وأمراض أخرى لدى النساء المصابات بنزيف ما بعد الولادة (WOMAN): تجربة دولية، عشوائية، مزدوجة التعمية، ومحكمة بالدواء الوهمي. لانسيت. 2017; 389(10084):2105–2116. doi:10.1016/S0140-6736(17)30638-4

52. ويدمر م، بياجيو جي، نجوين TMH، وآخرون. الكاربيتوسين المستقر للحرارة مقابل الأوكسيتوسين لمنع النزيف بعد الولادة المهبلية. إن إنجل، جي ميد. 2018؛ 379(8):743–752. doi:10.1056/NEJMoa1805489

53. جالوس آي، ديفال أ، مارتن ج، وآخرون. تجربة عشوائية للكشف المبكر وعلاج نزيف ما بعد الولادة. إن إنجل، جي ميد. 2023؛ 389(1):11–21. doi:10.1056/NEJMoa2303966

54. صندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA). تقرير حالة القابلات في العالم — تقرير إقليمي عن غرب ووسط أفريقيا. داكار: صندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA)؛ 2025.

55. البنك الدولي. مشروع تحسين خدمات الصحة الإنجابية والأمومة والطفل في أوغندا (URMCHIP): تقرير إكمال التنفيذ والنتائج. واشنطن العاصمة: البنك الدولي.

56. نتائج برنامج Geo ST4R، مجلس إدارة الرعاية الصحية الأولية في ولاية كانو، نيجيريا.

57. تقييم سلسلة زمنية محكمة لتوصيل منتجات الدم بواسطة الطائرات بدون طيار الذاتية، رواندا. ذا لانست جلوبال هيلث.

58. صندوق الأمم المتحدة للسكان ووزارة الصحة الفيدرالية، إثيوبيا. اتفاقية تنظيم الأسرة متعددة المانحين: التصميم والحوكمة والتمويل، 2023.

59. تقييم عشوائي محكم من قبل الأقران للتمويل القائم على الأداء، رواندا. ذا لانسيت.

60. تقييم محكم لتأمين الصحة المجتمعي Mutuelles de Santé في رواندا. PLOS ONE.

61. حكومة مالاوي. قانون الزواج والطلاق والعلاقات الأسرية لعام 2015؛ قانون الدستور (تعديل) لعام 2017.

62. البرنامج الوطني للرعاية في التكاثر. تقرير مراقبة الأمهات المبكرات والمهاجرات والرد 2025 (SDMPR). كينشاسا: وزارة السانتي، الجمهورية الديمقراطية في الكونغو؛ 2026.

63. وزارة الصحة والرعاية الاجتماعية الفيدرالية، نيجيريا. تقرير تنفيذ مراقبة واستجابة وفيات الأمهات والفترة حول الولادة والأطفال (MPCDSR) لعام 2019–2021 في نيجيريا. أبوجا؛ 31 يوليو 2026.

64. وزارة الصحة والرعاية الاجتماعية الفيدرالية، نيجيريا. تقرير تنفيذ مراقبة وفاة الأمهات والفترة حول الولادة والأطفال (MPCDSR) لعام 2021–2025 في نيجيريا. أبوجا؛ 31 يوليو 2026.

65. وزارة الجنوب، جمهورية موزمبيق. دبلوم وزاري: اللجنة الوطنية للقاعة الوطنية للموتى، الآباء والنونا. مابوتو؛ 2026.

الملحق 1. ملفات تعريف الدول

يوفر هذا الملحق ملفا تعريفيا لكل من الدول الأعضاء ال 55 في الاتحاد الأفريقي. أكملت جميع الدول ال 55 تقييم القاري لعام 2026، بينما أعادت آخر دولتين الغابون وموزمبيق أدوات الدول في أغسطس وسبتمبر 2026؛ تغطي إقرار موزمبيق الجزء أ فقط من الأقسام من أ إلى ج.

يستند كل ملف إلى مصدرين مستقلين: ما أبلغت عنه الدولة العضو عن سياساتها، والتنسيق، والتمويل، وأنظمة البيانات في التقييم القاري، وما تسجل تقارير مراجعة الوفيات الأمومة وفترة الولادة الخاصة بها حول وفيات النساء وحديثي الولادة. عندما لا يكون لدى الدولة العضو تقرير مراجعة وفاة في المكتبة، يتم ذكر ذلك. وإذا لم تشارك في التقييم، يتم ذكر ذلك. يحمل كل ملف علم الدولة العضو وخريطة تحديد المواقع تظهر عليها الدولة العضو باللون العنابي مقابل بقية القارة بالذهب الباهت.

كانت المسودات السابقة تغلق كل ملف بطلب موجه إلى تلك الدولة العضوة. تنقسم هذه الطلبات إلى خمس مجموعات ويتم ذكرها هنا مرة واحدة بدلا من تكرارها خمس وخمسين مرة. يطلب من سبع وعشرين دولة عضو مشاركة أحدث تقرير وطني لمراجعة الوفاة الأمومة وفترة الولادة، أو التأكيد على أنه لم يتم إنتاج أي تقرير منذ 2015؛ بالنسبة لسبع منها، الأدلة الوحيدة المتاحة حاليا تأتي من دراسات أو تقارير على مستوى المرافق وليس من مراجعة وطنية. يطلب من أربعة عشر، تعمل أنظمة مراجعتهم، تضمين قسم صريح في تقريرهم الوطني القادم يسجل التقدم مقارنة بتوصيات الدورة السابقة. يطلب من ست دول تقديم أو إكمال مجموعة بيانات تقديم الخدمات من 2021 إلى 2025، مع إعطاء الأولوية لبيانات أسباب الوفاة لحديثي الولادة والأمهات، وهي المجالات التي تتناقص بأسرع ما يمكن. يطلب من ثلاث دول تعبئة استبيان التقييم القاري نفسه. أربع منها، التي تبلغ تقاريرها حديثة ومكتملة، يطلب منهم الحفاظ عليه ومشاركة التفاصيل التشغيلية لأنظمة المراجعة مع الدول الأعضاء التي تسعى لتعزيز أنظمتها. يمكن قراءة أي من هذه التوصيات تنطبق على دولة عضو معينة مباشرة من ملفها الشخصي: تقرير الغياب، خط تتبع التوصيات الغائبة، أو نسبة تقديم الخدمات أقل من 100.

النسب المئوية المبلغ عنها في أقسام مراجعة الوفاة هي كما نشرتها كل دولة عضو ولا يمكن مقارنتها بين الدول، للأسباب الموضحة في القسم 4.6.



الجزائر



شمال أفريقيا · مشمول في التقييم القاري لعام 2026 · 0 وثائق في مكتبة مراجعة الوفاة

السياسات والتنسيق والتمويل (التقييم القاري 2026)

د التطوير	**استراتيجية SRH المستقلة**	نعم	**سياسة أو استراتيجية SRH**
من 13	**بطاقة النتائج السياسية**	2025	**سنة الاعتماد**
د التطوير	**خطة التشغيل المتكلفة**	لا	**آلية التنسيق**
	زيادة السكان المحليين (3 سنوات)	نعم	**خط الميزانية المخصص ل SRH**
م	**SRH في التصنيف الوطني HIS**	نعم	**تمويل SRH الخارجي**
شمول الشامل	**SRH في حزمة UHC**	جزئيا	**البيانات مفصلة بالكامل**
	تشريعات العنف ضد النوع الاجتماعي	تجريم	**قانون الإجهاض**

مراجعة وفاة الأم وفترة ما حول الولادة

لم يتم تحديد تقرير وطني لمراجعة وفاة الأمهات أو ما قبل الولادة لهذه الدولة العضو في المكتبة التي أُعدت لهذا التقرير. هذا ليس دليلا على أن الوفيات لا تراجع؛ بل هو دليل على أن النتائج غير متاحة للجمهور.

بيانات تقديم الخدمات، 2021–2025

اكتمال مجموعة بيانات تقديم الخدمة المطلوبة: 27٪ (متوسط).



أنغولا



جنوب أفريقيا · مدرج في تقييم القارة لعام 2026 · وثيقة واحدة في مكتبة مراجعة الوفاة

السياسات والتنسيق والتمويل (التقييم القاري 2026)

	استراتيجية SRH المستقلة	نعم	سياسة أو استراتيجية SRH
من 13	بطاقة النتائج السياسية	—	سنة الاعتماد
م	خطة التشغيل المتكلفة	نعم	آلية التنسيق
	زيادة السكان المحليين (3 سنوات)	لا	خط الميزانية المخصص ل SRH
م	SRH في التصنيف الوطني HIS	نعم	تمويل SRH الخارجي
شمول الشامل	SRH في حزمة UHC	جزئيا	البيانات مفصلة بالكامل
انون الشامل	تشريعات العنف ضد النوع الاجتماعي	قانونية تحت ظروف محددة	قانون الإجهاض

مراجعة وفاة الأم وفترة ما حول الولادة

وثيقة واحدة في المكتبة؛ لم يتم تحديد تقرير مراجعة وطنية، والأدلة من دراسات أو تقارير منشآت. الفترات المغطاة: 2010–2014. نوع المصدر: تقرير مؤسسي (منشأة).

الأسباب المسجلة الرئيسية (2010–2014): النزيف 15٪؛ تعفن النفاس 13٪؛ تسمم الحمل 11٪؛ تمزق الرحم 10٪.

ملاحظة تحليلية: التقرير المؤسسي قبل 2015 فقط — تحليل الفجوات لا يسجل أي تقرير وطني لMPDSR منذ 2015.

بيانات تقديم الخدمات، 2021–2025

اكتمال مجموعة بيانات تقديم الخدمة المطلوبة: 30٪ (متوسط).

بنين



غرب أفريقيا · مشمول في التقييم القاري لعام 2026 · وثيقة واحدة في مكتبة مراجعة الوفاة

السياسات والتنسيق والتمويل (التقييم القاري 2026)

م	استراتيجية SRH المستقلة	نعم	سياسة أو استراتيجية SRH
1 من 13	بطاقة النتائج السياسية	2013	سنة الاعتماد
م	خطة التشغيل المتكلفة	نعم	آلية التنسيق
	زيادة السكان المحليين (3 سنوات)	نعم	خط الميزانية المخصص ل SRH
م	SRH في التصنيف الوطني HIS	نعم	تمويل SRH الخارجي
شمول الجزئي	SRH في حزمة UHC	نعم	البيانات مفصلة بالكامل
انون الشامل	تشريعات العنف ضد النوع الاجتماعي	قانونى عند الطلب	قانون الإجهاض

مراجعة وفاة الأم وفترة ما حول الولادة

وثيقة واحدة في المكتبة؛ تقرير (تقارير) المراجعة الوطنية متوفرة. الفترات المغطاة: 2018 (تم الإبلاغ عنها 2019). نوع المصدر: MPDSR (audit de décès).

الأسباب المسجلة الرئيسية (2018 (تم الإبلاغ عنها 2019)): النزيف 34.3٪؛ مرض ارتفاع ضغط الدم 15٪؛ فقر الدم 13.1٪؛ غير معروف 2٪.

يتتبع التقدم مقارنة بالتوصيات السابقة: نعم.

ملاحظة تحليلية: النزيف هو السبب الرئيسي في 10 من الأقسام وكذلك على المستوى الوطني. ~20٪ من الوفيات تعزى إلى أسباب "غير كلاسيكية". يذكر التقرير نقاط ضعف نظامه بشكل صريح: انخفاض معدل إكمال التدقيق، تأخر في نقل تقارير التدقيق، وانخفاض معدل تنفيذ التوصيات الناتجة عن التدقيق — وهو أحد أوضح التشخيصات الذاتية لفجوة التوصية إلى العمل في المكتبة.

بيانات تقديم الخدمات، 2021–2025

اكتمال مجموعة بيانات تقديم الخدمة المطلوبة: 11٪ (منخفض).



بوتسوانا



جنوب أفريقيا · مدرج في التقييم القاري لعام 2026 · 13 وثيقة في مكتبة مراجعة الموت

السياسات والتنسيق والتمويل (التقييم القاري 2026)

م	استراتيجية SRH المستقلة	نعم	سياسة أو استراتيجية SRH
من 13	بطاقة النتائج السياسية	2010	سنة الاعتماد
د التطوير	خطة التشغيل المتكلفة	قيد التطوير	آلية التنسيق
	زيادة السكان المحليين (3 سنوات)	جزئيا	خط الميزانية المخصص ل SRH
م	SRH في التصنيف الوطني HIS	نعم	تمويل SRH الخارجي
شمول الشامل	SRH في حزمة UHC	جزئيا	البيانات مفصلة بالكامل
كام جزئية	تشريعات العنف ضد النوع الاجتماعي	قانونية تحت ظروف محددة	قانون الإجهاض

مراجعة وفاة الأم وفترة ما حول الولادة

13 وثيقة في المكتبة؛ تقرير (تقارير) المراجعة الوطنية متاح. الفترات المغطاة: 2012–2014؛ 2020؛ 2021؛ 2022؛ 2023. نوع المصدر: مراجعة وطنية على طراز CEMD، سلسلة التسجيل المدني / MMR.

الأسباب المسجلة الرئيسية (2023): أمراض أم أخرى تعقد الحمل 22.7٪؛ ارتفاع ضغط دم الحمل مع بروتينية بولية كبيرة 20.5٪؛ الإجهاض غير المحدد 13.6٪.

يتتبع التقدم مقابل التوصيات السابقة: غير موضح في التقارير التي تم مراجعتها.

ملاحظة تحليلية: تشكل الأسباب العشرة الأولى المشفرة في ICD-10 86.4٪ من الوفاة. الفئة الرائدة هي الإشارة المتبقية ("أمراض الأم الأخرى المصنفة في مكان آخر") — إشارة ذات جودة تصنيف.

بيانات تقديم الخدمات، 2021–2025

اكتمال مجموعة بيانات تقديم الخدمة المطلوبة: 60٪ (عالية).

بوركينا فاسو



غرب أفريقيا · مشمول في التقييم القاري لعام 2026 · 3 وثائق في مكتبة مراجعة الوفاة

السياسات والتنسيق والتمويل (التقييم القاري 2026)

م	استراتيجية SRH المستقلة	نعم	سياسة أو استراتيجية SRH
1 من 13	بطاقة النتائج السياسية	2025	سنة الاعتماد
م	خطة التشغيل المتكلفة	نعم	آلية التنسيق
م	زيادة السكان المحليين (3 سنوات)	نعم	خط الميزانية المخصص ل SRH
م	SRH في التصنيف الوطني HIS	نعم	تمويل SRH الخارجي
شمول الجزئي	SRH في حزمة UHC	نعم	البيانات مفصلة بالكامل
قانون الشامل	تشريعات العنف ضد النوع الاجتماعي	قانونية تحت ظروف محددة	قانون الإجهاض

مراجعة وفاة الأم وفترة ما حول الولادة

3 وثائق في المكتبة؛ تقرير (تقارير) المراجعة الوطنية متوفر. الفترات المغطاة: 2014 و2016. نوع المصدر: SDMR.

يتتبع التقدم مقابل التوصيات السابقة: غير موضح في التقارير التي تم مراجعتها.

ملاحظة تحليلية: تتتبع التقارير وفيات الأمهات المبلغ عنها 2014–2016. تفاصيل محدودة لأسباب الوفاة في المقتطفات المتاحة؛ طلب سلسلة سنوية كاملة من البلاد.

بيانات تقديم الخدمات، 2021–2025

اكتمال مجموعة بيانات تقديم الخدمة المطلوبة: 84٪ (مرتفع).

بوروندي



أفريقيا الوسطى · مشمولة في التقييم القاري لعام 2026 · 0 وثائق في مكتبة مراجعة الوفاة

السياسات والتنسيق والتمويل (التقييم القاري 2026)

م	استراتيجية SRH المستقلة	نعم	سياسة أو استراتيجية SRH
1 من 13	بطاقة النتائج السياسية	2025	سنة الاعتماد
م	خطة التشغيل المتكلفة	نعم	آلية التنسيق
م	زيادة السكان المحليين (3 سنوات)	نعم	خط الميزانية المخصص ل SRH
م	SRH في التصنيف الوطني HIS	نعم	تمويل SRH الخارجي
شمول الجزئي	SRH فى حزمة UHC	نعم	البيانات مفصلة بالكامل
انون الشامل	تشريعات العنف ضد النوع الاجتماعى	تجريم	قانون الإجهاض

مراجعة وفاة الأم وفترة ما حول الولادة

لم يتم تحديد تقرير وطني لمراجعة وفاة الأمهات أو ما قبل الولادة لهذه الدولة العضو في المكتبة التي أُعدت لهذا التقرير. هذا ليس دليلا على أن الوفيات لا تراجع؛ بل هو دليل على أن النتائج غير متاحة للجمهور.

بيانات تقديم الخدمات، 2021–2025

اكتمال مجموعة بيانات تقديم الخدمة المطلوبة: 3٪ (منخفض).

كابو فيردي



غرب أفريقيا · مشمول في التقييم القاري لعام 2026 · 0 وثائق في مكتبة مراجعة الوفاة

السياسات والتنسيق والتمويل (التقييم القاري 2026)

م	استراتيجية SRH المستقلة	نعم	سياسة أو استراتيجية SRH
من 13	بطاقة النتائج السياسية	2025	سنة الاعتماد
م	خطة التشغيل المتكلفة	لا	آلية التنسيق
	زيادة السكان المحليين (3 سنوات)	لا	خط الميزانية المخصص ل SRH
م	SRH فى التصنيف الوطنى HIS	نعم	تمويل SRH الخارجى
شمول الشامل	SRH فى حزمة UHC	جزئيا	البيانات مفصلة بالكامل
انون الشامل	تشريعات العنف ضد النوع الاجتماعى	قانونية تحت ظروف محددة	قانون الإجهاض

مراجعة وفاة الأم وفترة ما حول الولادة

لم يتم تحديد تقرير وطني لمراجعة وفاة الأمهات أو ما قبل الولادة لهذه الدولة العضو في المكتبة التي أُعدت لهذا التقرير. هذا ليس دليلا على أن الوفيات لا تراجع؛ بل هو دليل على أن النتائج غير متاحة للجمهور.

بيانات تقديم الخدمات، 2021–2025

اكتمال مجموعة بيانات تقديم الخدمة المطلوبة: 25٪ (متوسط).



الكاميرون



وسط أفريقيا · مدرج في تقييم القارة لعام 2026 · 3 وثائق في مكتبة مراجعة الموت

السياسات والتنسيق والتمويل (التقييم القاري 2026)

م	استراتيجية SRH المستقلة	نعم	سياسة أو استراتيجية SRH
من 13	بطاقة النتائج السياسية	2024	سنة الاعتماد
	خطة التشغيل المتكلفة	قيد التطوير	آلية التنسيق
	زيادة السكان المحليين (3 سنوات)	جزئيا	خط الميزانية المخصص ل SRH
م	SRH في التصنيف الوطني HIS	نعم	تمويل SRH الخارجي
شمول الجزئي	SRH فى حزمة UHC	نعم	البيانات مفصلة بالكامل
شروع القانون	تشريعات العنف ضد النوع الاجتماعى	قانونية تحت ظروف محددة	قانون الإجهاض

مراجعة وفاة الأم وفترة ما حول الولادة

مستندتان في المكتبة؛ لم يتم تحديد تقرير مراجعة وطني — الأدلة من دراسات أو تقارير منشآت. الفترات المغطى: مراجعة نقدية. نوع المصدر: مراجعة.

ملاحظة تحليلية: لا يوجد تقرير وطني لمكتب إدارة بيانات الولاية في المكتبة؛ مراجعة نقدية محكمة فقط.

بيانات تقديم الخدمات، 2021–2025

اكتمال مجموعة بيانات تقديم الخدمة المطلوبة: 80٪ (عالي).



جمهورية أفريقيا الوسطى



أفريقيا الوسطى · مشمولة في التقييم القاري لعام 2026 · 0 وثائق في مكتبة مراجعة الوفاة

السياسات والتنسيق والتمويل (التقييم القاري 2026)

م	استراتيجية SRH المستقلة	نعم	سياسة أو استراتيجية SRH
من 13	بطاقة النتائج السياسية	2025	سنة الاعتماد
م	خطة التشغيل المتكلفة	نعم	آلية التنسيق
م	زيادة السكان المحليين (3 سنوات)	لا	خط الميزانية المخصص ل SRH
م	SRH فى التصنيف الوطنى HIS	نعم	تمويل SRH الخارجى
شمول الجزئي	SRH فى حزمة UHC	جزئيا	البيانات مفصلة بالكامل
انون الشامل	تشريعات العنف ضد النوع الاجتماعى	قانونية تحت ظروف محددة	قانون الإجهاض

مراجعة وفاة الأم وفترة ما حول الولادة

لم يتم تحديد تقرير وطني لمراجعة وفاة الأمهات أو ما قبل الولادة لهذه الدولة العضو في المكتبة التي أُعدت لهذا التقرير. هذا ليس دليلا على أن الوفيات لا تراجع؛ بل هو دليل على أن النتائج غير متاحة للجمهور.

بيانات تقديم الخدمات، 2021–2025

اكتمال مجموعة بيانات تقديم الخدمة المطلوبة: 57٪ (مرتفع).



تشاد



أفريقيا الوسطى · مشمولة في التقييم القاري لعام 2026 · 0 وثائق في مكتبة مراجعة الوفاة

السياسات والتنسيق والتمويل (التقييم القاري 2026)

م	استراتيجية SRH المستقلة	نعم	سياسة أو استراتيجية SRH
من 13	بطاقة النتائج السياسية	—	سنة الاعتماد
م	خطة التشغيل المتكلفة	نعم	آلية التنسيق
	زيادة السكان المحليين (3 سنوات)	لا	خط الميزانية المخصص ل SRH
م	SRH في التصنيف الوطني HIS	لا	تمويل SRH الخارجي
شمول الشامل	SRH فى حزمة UHC	نعم	البيانات مفصلة بالكامل
انون الشامل	تشريعات العنف ضد النوع الاجتماعى	قانونية تحت ظروف محددة	قانون الإجهاض

مراجعة وفاة الأم وفترة ما حول الولادة

لم يتم تحديد تقرير وطني لمراجعة وفاة الأمهات أو ما قبل الولادة لهذه الدولة العضو في المكتبة التي أُعدت لهذا التقرير. هذا ليس دليلا على أن الوفيات لا تراجع؛ بل هو دليل على أن النتائج غير متاحة للجمهور.

بيانات تقديم الخدمات، 2021–2025

اكتمال مجموعة بيانات تقديم الخدمة المطلوبة: 0٪ (لا شيء).

جزر القمر



شرق أفريقيا · مشمول في التقييم القاري لعام 2026 · 0 وثائق في مكتبة مراجعة الوفاة

السياسات والتنسيق والتمويل (التقييم القاري 2026)

م	استراتيجية SRH المستقلة	نعم	سياسة أو استراتيجية SRH
من 13	بطاقة النتائج السياسية	2023	سنة الاعتماد
م	خطة التشغيل المتكلفة	لا	آلية التنسيق
	زيادة السكان المحليين (3 سنوات)	نعم	خط الميزانية المخصص ل SRH
م	SRH فى التصنيف الوطنى HIS	نعم	تمويل SRH الخارجى
شمول الشامل	SRH فى حزمة UHC	نعم	البيانات مفصلة بالكامل
انون الشامل	تشريعات العنف ضد النوع الاجتماعى	قانونية تحت ظروف محددة	قانون الإجهاض

مراجعة وفاة الأم وفترة ما حول الولادة

لم يتم تحديد تقرير وطني لمراجعة وفاة الأمهات أو ما قبل الولادة لهذه الدولة العضو في المكتبة التي أُعدت لهذا التقرير. هذا ليس دليلا على أن الوفيات لا تراجع؛ بل هو دليل على أن النتائج غير متاحة للجمهور.

بيانات تقديم الخدمات، 2021–2025

اكتمال مجموعة بيانات تقديم الخدمة المطلوبة: 6٪ (منخفض).

ساحل العاج



غرب أفريقيا · مشمول في التقييم القاري لعام 2026 · 0 وثائق في مكتبة مراجعة الوفاة

السياسات والتنسيق والتمويل (التقييم القاري 2026)

م	استراتيجية SRH المستقلة	نعم	سياسة أو استراتيجية SRH
1 من 13	بطاقة النتائج السياسية	2021	سنة الاعتماد
م	خطة التشغيل المتكلفة	قيد التطوير	آلية التنسيق
أعرف	زيادة السكان المحليين (3 سنوات)	نعم	خط الميزانية المخصص ل SRH
م	SRH في التصنيف الوطني HIS	نعم	تمويل SRH الخارجي
أعرف	SRH فى حزمة UHC	نعم	البيانات مفصلة بالكامل
انون الشامل	تشريعات العنف ضد النوع الاجتماعى	تجريم	قانون الإجهاض

مراجعة وفاة الأم وفترة ما حول الولادة

0 وثائق في المكتبة؛ تقرير المراجعة الوطنية متاح. الفترات المغطاة: 2016–2017. نوع المصدر: SDMR.

الأسباب المسجلة الرئيسية (2016–2017): نزيف 35٪؛ أمراض ارتفاع ضغط الدم والمضاعفات 9.6٪.

يتتبع التقدم مقارنة بالتوصيات السابقة: نعم.

ملاحظة تحليلية: جميع المناطق الصحية تبلغ وفيات الأمهات المعروفة؛ ~60٪ من الوفيات المعلنة يتم الإبلاغ عنها خلال 24 ساعة. تستخدم لجان المراجعة صراحة نموذج التأخيرات الثلاثة، مع توثيق إخفاء الهوية وممارسة عدم الحكم — وهو نموذج لجودة عملية MPDSR.

بيانات تقديم الخدمات، 2021–2025

اكتمال مجموعة بيانات تقديم الخدمة المطلوبة: 0٪ (لا شيء).



جمهورية الكونغو الديمقراطية



أفريقيا الوسطى · مشمول في التقييم القاري لعام 2026 · 4 وثائق في مكتبة مراجعة الوفاة

السياسات والتنسيق والتمويل (التقييم القاري 2026)

د التطوير	استراتيجية SRH المستقلة	نعم	سياسة أو استراتيجية SRH
من 13	بطاقة النتائج السياسية	—	سنة الاعتماد
د التطوير	خطة التشغيل المتكلفة	لا	آلية التنسيق
	زيادة السكان المحليين (3 سنوات)	نعم	خط الميزانية المخصص ل SRH
م	SRH في التصنيف الوطني HIS	نعم	تمويل SRH الخارجي
ر مشمول	SRH فى حزمة UHC	نعم	البيانات مفصلة بالكامل
كام جزئية	تشريعات العنف ضد النوع الاجتماعى	قانونية تحت ظروف محددة	قانون الإجهاض

مراجعة وفاة الأم وفترة ما حول الولادة

4 وثائق في المكتبة؛ تقرير مراجعة وطنية متوفر. الفترات المغطاة: 2016؛ 2025. نوع المصدر: SDMR; SDMPR.

الأسباب المسجلة الرئيسية (2025): للأسباب المباشرة، نزيف التوليد 61٪؛ العدوى 13٪؛ اضطرابات ارتفاع ضغط الدم 10٪؛ الإجهاض 7٪؛ مضاعفات توليد أخرى 7٪؛ مضاعفات الرعاية 2٪. الأسباب المباشرة تشكل 65.8٪ من جميع وفيات الأمهات والأسباب غير المباشرة 29.6٪، أي النزيف يشكل حوالي 40٪ من جميع الوفيات. من الوفاة غير المباشرة، يشكل فقر الدم 70٪.

التأخيرات المساهمة (2024، مذكوسة في تقرير 2025): D1 — قرار طلب الرعاية 38٪؛ D2 — النقل إلى المنشأة 32٪. سجلت مراجعة 2016 D3 2٪، D1 31٪، D2 67٪.

يتتبع التقدم مقارنة بالتوصيات السابقة: نعم.

ملاحظة تحليلية: تم الإبلاغ عن 4,291 حالة وفاة أمهات في عام 2025، منها 2,951 في المرافق و1,340 في المجتمع، من 5,198,949 ولادة حية، مما يعطي نسبة 83 لكل 100,000 مقابل 157 في عام 2024. يحذر التقرير نفسه من أن الانخفاض قد يعكس نقص في الإشعار، وزيادة الولادات المنزلية، وضعف تسجيل المواليد بدلا من تحسن حقيقي. وبمقارنة مع تقدير وزارة الأمن الداخلي لعام 2023–24 البالغ 746 لكل 100,000، فإن الإشعارات الروتينية تسجل تقريبا حالة وفاة أم واحدة من كل تسع حالات. تتراوح نسب المحافظات من تشوابا 208 إلى 27 في كاساي أورينتال.

بيانات تقديم الخدمات، 2021–2025

اكتمال مجموعة بيانات تقديم الخدمة المطلوبة: 43٪ (متوسط).

جيبوتي



شرق أفريقيا · مشمول في التقييم القاري لعام 2026 · 0 وثائق في مكتبة مراجعة الوفاة

السياسات والتنسيق والتمويل (التقييم القاري 2026)

م	استراتيجية SRH المستقلة	نعم	سياسة أو استراتيجية SRH
من 13	بطاقة النتائج السياسية	2022	سنة الاعتماد
م	خطة التشغيل المتكلفة	نعم	آلية التنسيق
	زيادة السكان المحليين (3 سنوات)	لا	خط الميزانية المخصص ل SRH
م	SRH في التصنيف الوطني HIS	نعم	تمويل SRH الخارجي
شمول الشامل	SRH في حزمة UHC	نعم	البيانات مفصلة بالكامل
انون الشامل	تشريعات العنف ضد النوع الاجتماعي	تجريم	قانون الإجهاض

مراجعة وفاة الأم وفترة ما حول الولادة

لم يتم تحديد تقرير وطني لمراجعة وفاة الأمهات أو ما قبل الولادة لهذه الدولة العضو في المكتبة التي أُعدت لهذا التقرير. هذا ليس دليلا على أن الوفيات لا تراجع؛ بل هو دليل على أن النتائج غير متاحة للجمهور.

بيانات تقديم الخدمات، 2021–2025

اكتمال مجموعة بيانات تقديم الخدمة المطلوبة: 0٪ (لا شيء).



مصر



شمال أفريقيا · مدرج في التقييم القاري لعام 2026 · وثيقة واحدة في مكتبة مراجعة الوفاة

السياسات والتنسيق والتمويل (التقييم القاري 2026)

	استراتيجية SRH المستقلة	نعم	سياسة أو استراتيجية SRH
1 من 13	بطاقة النتائج السياسية	—	سنة الاعتماد
م	خطة التشغيل المتكلفة	نعم	آلية التنسيق
م	زيادة السكان المحليين (3 سنوات)	نعم	خط الميزانية المخصص ل SRH
م	SRH فى التصنيف الوطنى HIS	نعم	تمويل SRH الخارجى
شمول الشامل	SRH في حزمة UHC	نعم	البيانات مفصلة بالكامل
انون الشامل	تشريعات العنف ضد النوع الاجتماعي	قانونية تحت ظروف محددة	قانون الإجهاض

مراجعة وفاة الأم وفترة ما حول الولادة

وثيقة واحدة في المكتبة؛ لم يتم تحديد تقرير مراجعة وطني — الأدلة من دراسات أو تقارير المنشأة. الفترات المغطاة: دراسة في المستشفى. نوع المصدر: دراسة المنشأة.

الأسباب المسجلة الرئيسية (دراسة في المستشفى): مضاعفات الولادة القيصرية؛ نزيف ما بعد الولادة؛ اضطرابات ارتفاع ضغط الدم.

ملاحظة تحليلية: انخفض معدل MMR الوطني إلى النصف بين 1992–93 و2000. الوفاة المرتبطة بالقيصرية بارزة — إشارة أمان جراحي ذات صلة بارتفاع معدلات CS على مستوى القارة.

بيانات تقديم الخدمات، 2021–2025

اكتمال مجموعة بيانات تقديم الخدمة المطلوبة: 10٪ (منخفض).

غينيا الاستوائية



أفريقيا الوسطى · مشمولة في التقييم القاري لعام 2026 · 0 وثائق في مكتبة مراجعة الوفاة

السياسات والتنسيق والتمويل (التقييم القاري 2026)

	استراتيجية SRH المستقلة	نعم	سياسة أو استراتيجية SRH
من 13	بطاقة النتائج السياسية	—	سنة الاعتماد
	خطة التشغيل المتكلفة	لا	آلية التنسيق
	زيادة السكان المحليين (3 سنوات)	لا	خط الميزانية المخصص ل SRH
م	SRH في التصنيف الوطني HIS	لا	تمويل SRH الخارجي
ر مشمول	SRH فى حزمة UHC	نعم	البيانات مفصلة بالكامل
شروع القانون	تشريعات العنف ضد النوع الاجتماعى	قانونية تحت ظروف محددة	قانون الإجهاض

مراجعة وفاة الأم وفترة ما حول الولادة

لم يتم تحديد تقرير وطني لمراجعة وفاة الأمهات أو ما قبل الولادة لهذه الدولة العضو في المكتبة التي أُعدت لهذا التقرير. هذا ليس دليلا على أن الوفيات لا تراجع؛ بل هو دليل على أن النتائج غير متاحة للجمهور.

بيانات تقديم الخدمات، 2021–2025

اكتمال مجموعة بيانات تقديم الخدمة المطلوبة: 2٪ (منخفض).

إريتريا



شرق أفريقيا · مشمول في التقييم القاري لعام 2026 · 0 وثائق في مكتبة مراجعة الوفاة

السياسات والتنسيق والتمويل (التقييم القاري 2026)

	استراتيجية SRH المستقلة	نعم	سياسة أو استراتيجية SRH
من 13	بطاقة النتائج السياسية	—	سنة الاعتماد
م	خطة التشغيل المتكلفة	نعم	آلية التنسيق
أعرف	زيادة السكان المحليين (3 سنوات)	نعم	خط الميزانية المخصص ل SRH
م	SRH فى التصنيف الوطنى HIS	لا	تمويل SRH الخارجى
أعرف	SRH فى حزمة UHC	جزئيا	البيانات مفصلة بالكامل
قانون الشامل	تشريعات العنف ضد النوع الاجتماعى	قانونية تحت ظروف محددة	قانون الإجهاض

مراجعة وفاة الأم وفترة ما حول الولادة

لم يتم تحديد تقرير وطني لمراجعة وفاة الأمهات أو ما قبل الولادة لهذه الدولة العضو في المكتبة التي أُعدت لهذا التقرير. هذا ليس دليلا على أن الوفيات لا تراجع؛ بل هو دليل على أن النتائج غير متاحة للجمهور.

بيانات تقديم الخدمات، 2021–2025

اكتمال مجموعة بيانات تقديم الخدمة المطلوبة: 6٪ (منخفض).

إسواتيني



جنوب أفريقيا · مدرج في التقييم القاري لعام 2026 · 2 وثائق في مكتبة مراجعة الوفاة

السياسات والتنسيق والتمويل (التقييم القاري 2026)

م	استراتيجية SRH المستقلة	نعم	سياسة أو استراتيجية SRH
1 من 13	بطاقة النتائج السياسية	2024	سنة الاعتماد
م	خطة التشغيل المتكلفة	نعم	آلية التنسيق
أعرف	زيادة السكان المحليين (3 سنوات)	نعم	خط الميزانية المخصص ل SRH
م	SRH في التصنيف الوطني HIS	نعم	تمويل SRH الخارجي
شمول الجزئي	SRH في حزمة UHC	نعم	البيانات مفصلة بالكامل
انون الشامل	تشريعات العنف ضد النوع الاجتماعي	قانونية تحت ظروف محددة	قانون الإجهاض

مراجعة وفاة الأم وفترة ما حول الولادة

وثيقتان في المكتبة؛ تقرير (أو تقارير) مراجعة وطنية متوفرة. الفترات المغطاة: 2011–2013؛ CEMD الثلاثي. نوع المصدر: MDR، CEMD.

الأسباب المسجلة الرئيسية (النزيف النسائي الثلاثي): نزيف التوليد 27٪؛ الإجهاض التمهمي 23٪؛ ارتفاع ضغط الدم.

الأسباب المباشرة 54٪؛ الأسباب غير المباشرة 39٪؛ 7٪ غير محددة.

الوفيات التي تم الحكم عليها بإمكانية تجنبها: 96٪.

يتتبع التقدم مقابل التوصيات السابقة: غير موضح في التقارير التي تم مراجعتها.

ملاحظة تحليلية: 96٪ من أصل 51 حالة وفاة مباشرة تم الحكم عليها بأنها قابلة للتجنب — وهي من بين أعلى النسب التي يمكن تجنبها في أي تحقيق أفريقي. الإجهاض التسمي هو السبب المباشر الثاني بنسبة 23٪.

بيانات تقديم الخدمات، 2021–2025

اكتمال مجموعة بيانات تقديم الخدمة المطلوبة: 52٪ (مرتفع).



إثيوبيا



شرق أفريقيا · مشمول في تقييم القارة لعام 2026 · 15 وثيقة في مكتبة مراجعة الوفاة

السياسات والتنسيق والتمويل (التقييم القاري 2026)

م	استراتيجية SRH المستقلة	نعم	سياسة أو استراتيجية SRH
1 من 13	بطاقة النتائج السياسية	2026	سنة الاعتماد
م	خطة التشغيل المتكلفة	نعم	آلية التنسيق
م	زيادة السكان المحليين (3 سنوات)	نعم	خط الميزانية المخصص ل SRH
م	SRH في التصنيف الوطني HIS	نعم	تمويل SRH الخارجي
ر مشمول	SRH في حزمة UHC	نعم	البيانات مفصلة بالكامل
انون الشامل	تشريعات العنف ضد النوع الاجتماعي	قانونية تحت ظروف محددة	قانون الإجهاض

مراجعة وفاة الأم وفترة ما حول الولادة

15 وثيقة في المكتبة؛ تقرير مراجعة وطنية متاحة. الفترات المغطاة: EFY 2010 (2017/18); EFY 2009 (2016/17); EFY 2008 (2015/16); EFY 2006 (2013/14); EFY 2014 (2021); EFY 2013 (2020/21); EFY 2012 (2019/20); EFY 2016 (2023/EFY 2016 (2023/24)). نوع المصدر: MDSR, MPDSR.

الأسباب المسجلة الرئيسية ((EFY 2016 (2023/24)): نزيف 61٪؛ ارتفاع ضغط الدم 20٪؛ العدوى 7٪.

الأسباب المباشرة 88٪؛ الأسباب غير المباشرة 5٪؛ 7٪ غير محددة.

تأخيرات المساهمة: D1 19٪; D3 36٪; D2 45٪.

الأسباب الوليدية أو المحيطة بالولادة: الخدج 28.1٪؛ الاختناق 26.9٪؛ الإنتان/الالتهاب الرئوي/السحايا 19.8٪.

يتتبع التقدم مقارنة بالتوصيات السابقة: نعم.

ملاحظة تحليلية: تغطية المراجعة 16٪ من الوفيات المعلنة — أعلى التحقيقات. حصة النزيف ارتفعت بشكل مستمر منذ 14/2013.

بيانات تقديم الخدمات، 2021–2025

اكتمال مجموعة بيانات تقديم الخدمة المطلوبة: 61٪ (عالية).

الغابون

أفريقيا الوسطى · مشمولة في التقييم القاري لعام 2026 · 0 وثائق في مكتبة مراجعة الوفاة

السياسات والتنسيق والتمويل (التقييم القاري 2026)

م	استراتيجية SRH المستقلة	نعم	سياسة أو استراتيجية SRH
من 13	بطاقة النتائج السياسية	2022	سنة الاعتماد
م	خطة التشغيل المتكلفة	نعم	آلية التنسيق
أعرف	زيادة السكان المحليين (3 سنوات)	نعم	خط الميزانية المخصص ل SRH
م	SRH في التصنيف الوطني HIS	نعم	تمويل SRH الخارجي
شمول الشامل	SRH في حزمة UHC	نعم	البيانات مفصلة بالكامل
	تشريعات العنف ضد النوع الاجتماعي	قانونية تحت ظروف محددة	قانون الإجهاض

مراجعة وفاة الأم وفترة ما حول الولادة

لم يتم تحديد تقرير وطني لمراجعة وفاة الأمهات أو ما قبل الولادة لهذه الدولة العضو في المكتبة التي تم جمعها لهذا التقرير. هذا ليس دليلا على أن الوفيات لا تراجع؛ بل هو دليل على أن النتائج لا يتم الإبلاغ عنها علنا.

بيانات تقديم الخدمات، 2021–2025

اكتمال مجموعة بيانات تقديم الخدمة المطلوبة: 24٪ (متوسط).

غامبيا

غرب أفريقيا · مشمول في التقييم القاري لعام 2026 · وثيقة واحدة في مكتبة مراجعة الوفاة

السياسات والتنسيق والتمويل (التقييم القاري 2026)

	استراتيجية SRH المستقلة	نعم	سياسة أو استراتيجية SRH
من 13	بطاقة النتائج السياسية	2017	سنة الاعتماد
د التطوير	خطة التشغيل المتكلفة	لا	آلية التنسيق
م	زيادة السكان المحليين (3 سنوات)	لا	خط الميزانية المخصص ل SRH
ئيا	SRH فى التصنيف الوطنى HIS	نعم	تمويل SRH الخارجى
شمول الجزئى	SRH في حزمة UHC	جزئيا	البيانات مفصلة بالكامل
انون الشامل	تشريعات العنف ضد النوع الاجتماعي	مقيد للغاية	قانون الإجهاض

مراجعة وفاة الأم وفترة ما حول الولادة

وثيقة واحدة في المكتبة؛ لم يتم تحديد تقرير مراجعة وطنية — الأدلة من دراسات أو تقارير منشآت. الفترات المغطاة: مراجعة الأقران. نوع المصدر: دراسة.

ملاحظة تحليلية: تراجع معدل MMR منذ عام 1990؛ الأسباب المباشرة الكلاسيكية لا تزال قائمة، وصغرها المؤلفون على أنها انعكاس للتطور الاجتماعي والاقتصادي.

بيانات تقديم الخدمات، 2021–2025

اكتمال مجموعة بيانات تقديم الخدمة المطلوبة: 0٪ (لا شيء).

غانا



غرب أفريقيا · مدرج في التقييم القاري لعام 2026 · 4 وثائق في مكتبة مراجعة الموت

السياسات والتنسيق والتمويل (التقييم القاري 2026)

	استراتيجية SRH المستقلة	نعم	سياسة أو استراتيجية SRH
من 13	بطاقة النتائج السياسية	—	سنة الاعتماد
	خطة التشغيل المتكلفة	نعم	آلية التنسيق
	زيادة السكان المحليين (3 سنوات)	لا	خط الميزانية المخصص ل SRH
م	SRH في التصنيف الوطني HIS	نعم	تمويل SRH الخارجي
شمول الجزئي	SRH في حزمة UHC	نعم	البيانات مفصلة بالكامل
انون الشامل	تشريعات العنف ضد النوع الاجتماعي	قانونية تحت ظروف محددة	قانون الإجهاض

مراجعة وفاة الأم وفترة ما حول الولادة

4 وثائق في المكتبة؛ لم يتم تحديد تقرير مراجعة وطني — الأدلة مأخوذة من دراسات أو تقارير المنشأة. الفترات المغطاة: 2008–2010 (مستشفى تامالي التعليمي) / تحليل الوضع لعام 2016. نوع المصدر: تدقيق المنشأة / تحليل الظرف.

الأسباب المسجلة الرئيسية (2008–2010 (مستشفى تامالي التعليمي) / تحليل الحالة 2016): الإنتان 19.8٪؛ ارتفاع ضغط الدم 18٪.

ملاحظة تحليلية: الأسباب غير المباشرة (14٪) شملت مرض فقر الدم المنجلي، فقر الدم الشديد، الملاريا، التهاب الكبد وفيروس نقص المناعة البشرية. فشلت غانا في تحقيق هدفها من أهداف الخمسة الألفية البالغ 185 لكل 100,000 لكنها حققت انخفاضا ~58٪. الوفيات السنوية المتوقعة بين 2,000–3,000 بالنظر إلى معدل الولادة وMMR — وهو معيار مقياس أقل من الحصر.

بيانات تقديم الخدمات، 2021–2025

اكتمال مجموعة بيانات تقديم الخدمة المطلوبة: 0٪ (لا شيء).

غينيا



غرب أفريقيا · مشمول في التقييم القاري لعام 2026 · 0 وثائق في مكتبة مراجعة الوفاة

السياسات والتنسيق والتمويل (التقييم القاري 2026)

م	استراتيجية SRH المستقلة	نعم	سياسة أو استراتيجية SRH
1 من 13	بطاقة النتائج السياسية	2020	سنة الاعتماد
م	خطة التشغيل المتكلفة	نعم	آلية التنسيق
	زيادة السكان المحليين (3 سنوات)	نعم	خط الميزانية المخصص ل SRH
م	SRH في التصنيف الوطني HIS	نعم	تمويل SRH الخارجي
خدمات المحدودة	SRH في حزمة UHC	نعم	البيانات مفصلة بالكامل
انون الشامل	تشريعات العنف ضد النوع الاجتماعي	قانونية تحت ظروف محددة	قانون الإجهاض

مراجعة وفاة الأم وفترة ما حول الولادة

لم يتم تحديد تقرير وطني لمراجعة وفاة الأمهات أو ما قبل الولادة لهذه الدولة العضو في المكتبة التي أعدت لهذا التقرير. هذا ليس دليلا على أن الوفيات لا تراجع؛ بل هو دليل على أن النتائج غير متاحة للجمهور.

بيانات تقديم الخدمات، 2021–2025

اكتمال مجموعة بيانات تقديم الخدمة المطلوبة: 57٪ (مرتفع).

غينيا بيساو



غرب أفريقيا · مشمول في التقييم القاري لعام 2026 · 0 وثائق في مكتبة مراجعة الوفاة

السياسات والتنسيق والتمويل (التقييم القاري 2026)

أعرف	استراتيجية SRH المستقلة	نعم	سياسة أو استراتيجية SRH
من 13	بطاقة النتائج السياسية	—	سنة الاعتماد
م	خطة التشغيل المتكلفة	لا	آلية التنسيق
	زيادة السكان المحليين (3 سنوات)	لا	خط الميزانية المخصص ل SRH
م	SRH في التصنيف الوطني HIS	نعم	تمويل SRH الخارجي
ر مشمول	SRH في حزمة UHC	جزئيا	البيانات مفصلة بالكامل
كام جزئية	تشريعات العنف ضد النوع الاجتماعي	غير محدد	قانون الإجهاض

مراجعة وفاة الأم وفترة ما حول الولادة

لم يتم تحديد تقرير وطني لمراجعة وفاة الأمهات أو ما قبل الولادة لهذه الدولة العضو في المكتبة التي أُعدت لهذا التقرير. هذا ليس دليلا على أن الوفيات لا تراجع؛ بل هو دليل على أن النتائج غير متاحة للجمهور.

بيانات تقديم الخدمات، 2021–2025

اكتمال مجموعة بيانات تقديم الخدمة المطلوبة: 0٪ (لا شيء).



كينيا



شرق أفريقيا · مدرج في التقييم القاري لعام 2026 · 12 وثيقة في مكتبة مراجعة الوفاة

السياسات والتنسيق والتمويل (التقييم القاري 2026)

	استراتيجية SRH المستقلة	نعم	سياسة أو استراتيجية SRH
من 13	بطاقة النتائج السياسية	2022	سنة الاعتماد
	خطة التشغيل المتكلفة	نعم	آلية التنسيق
	زيادة السكان المحليين (3 سنوات)	—	خط الميزانية المخصص ل SRH
م	SRH في التصنيف الوطني HIS	—	تمويل SRH الخارجي
	SRH في حزمة UHC	نعم	البيانات مفصلة بالكامل
	تشريعات العنف ضد النوع الاجتماعي	—	قانون الإجهاض

مراجعة وفاة الأم وفترة ما حول الولادة

12 وثيقة في المكتبة؛ تقرير (أو تقارير) المراجعة الوطنية متاحة. الفترات المغطاة: 2014 (CEMD)؛ السنة المالية 21/2020؛ السنة المالية 22/2021. نوع المصدر: CEMD, MPDSR.

الأسباب المسجلة الرئيسية (السنة المالية 22/2021): ٪37 PPH؛ تسمم الحمل 22٪؛ تعفن الدم 12٪؛ فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز (غير مباشر) 19٪؛ الإجهاض 5٪؛ تمزق الرحم 2٪.

التأخيرات الناشئة: عامل القيادة D2 (المسافات الطويلة/الطرق السيئة) 25٪.

يتتبع التقدم مقارنة بالتوصيات السابقة: نعم.

ملاحظة تحليلية: ارتفعت نسبة وفيات الأمهات بسبب فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز بنسبة 16٪→19٪ خلال العامين. حدثت 13٪ (21/2020) و11٪ (22/2021) من الوفيات قبل الأسبوع 28 — مضاعفات الإجهاض. كان الرحم الممزق هو الأعلى في حالات الوفاة (6.3٪→4.6٪) رغم أدنى نسبة من الوفيات. انتقل سائق D2 من نقص النقل بين المرافق (31٪) إلى الطرق السيئة (25٪) عن بعد/سيئة الطريق. يشير التقرير إلى عدم اتساق في تسجيل الأسباب غير المباشرة.

بيانات تقديم الخدمات، 2021–2025

اكتمال مجموعة بيانات تقديم الخدمة المطلوبة: 45٪ (متوسط).

ليسوتو



جنوب أفريقيا · مشمول في التقييم القاري لعام 2026 · 16 وثيقة في مكتبة مراجعة الموت

السياسات والتنسيق والتمويل (التقييم القاري 2026)

م	استراتيجية SRH المستقلة	نعم	سياسة أو استراتيجية SRH
من 13	بطاقة النتائج السياسية	2025	سنة الاعتماد
	خطة التشغيل المتكلفة	نعم	آلية التنسيق
أعرف	زيادة السكان المحليين (3 سنوات)	لا	خط الميزانية المخصص ل SRH
م	SRH في التصنيف الوطني HIS	نعم	تمويل SRH الخارجي
شمول الجزئي	SRH في حزمة UHC	جزئيا	البيانات مفصلة بالكامل
كام جزئية	تشريعات العنف ضد النوع الاجتماعي	قانونية تحت ظروف محددة	قانون الإجهاض

مراجعة وفاة الأم وفترة ما حول الولادة

16 وثيقة في المكتبة؛ تقرير (تقارير) المراجعة الوطنية متاحة. الفترات المغطاة: 2010؛ 2011–2015؛ 2016–2020؛ 22/2021. نوع المصدر: MDR.

الأسباب المسجلة الرئيسية (22/2021): اضطرابات ارتفاع ضغط الدم 23.3٪؛ تعفن الدم المرتبط بالحمل 5.3٪.

يتتبع التقدم مقابل التوصيات السابقة: غير موضح في التقارير التي تم مراجعتها.

ملاحظة تحليلية: 20 من أصل 86 حالة وفاة (23.3٪) بسبب اضطرابات ارتفاع ضغط الدم؛ وكانت تسمم الحمل 54٪ (n=7) من وفيات ارتفاع ضغط الدم في عام 2022. شملت العوامل التي يمكن تجنبها من قبل المرضى عدم حضور ANC والإجهاض غير الآمن.

بيانات تقديم الخدمات، 2021–2025

اكتمال مجموعة بيانات تقديم الخدمة المطلوبة: 77٪ (عالي).

ليبيريا



غرب أفريقيا · مدرج في تقييم القارة لعام 2026 · وثيقتان في مكتبة مراجعة الموت

السياسات والتنسيق والتمويل (التقييم القاري 2026)

م	استراتيجية SRH المستقلة	نعم	سياسة أو استراتيجية SRH
1 من 13	بطاقة النتائج السياسية	2024	سنة الاعتماد
م	خطة التشغيل المتكلفة	نعم	آلية التنسيق
م	زيادة السكان المحليين (3 سنوات)	نعم	خط الميزانية المخصص ل SRH
م	SRH في التصنيف الوطني HIS	نعم	تمويل SRH الخارجي
شمول الشامل	SRH في حزمة UHC	نعم	البيانات مفصلة بالكامل
انون الشامل	تشريعات العنف ضد النوع الاجتماعي	قانونية تحت ظروف محددة	قانون الإجهاض

مراجعة وفاة الأم وفترة ما حول الولادة

وثيقتان في المكتبة؛ تقرير (أو تقارير) المراجعة الوطنية متوفرة. الفترات المغطاة: 2016. نوع المصدر: MNDSR.

الأسباب المسجلة الرئيسية (2016): النزيف؛ تلوث الدم.

يتتبع التقدم مقابل التوصيات السابقة: غير موضح في التقارير التي تم مراجعتها.

ملاحظة تحليلية: الأسباب التي تم تسويعها صراحة بسبب محدودية الوصول إلى التقديم المهني (46٪).

بيانات تقديم الخدمات، 2021–2025

اكتمال مجموعة بيانات تقديم الخدمة المطلوبة: 0٪ (لا شيء).



ليبيا



شمال أفريقيا · مشمول في التقييم القاري لعام 2026 · 0 وثائق في مكتبة مراجعة الوفاة

السياسات والتنسيق والتمويل (التقييم القاري 2026)

	استراتيجية SRH المستقلة	نعم	سياسة أو استراتيجية SRH
من 13	بطاقة النتائج السياسية	—	سنة الاعتماد
	خطة التشغيل المتكلفة	نعم	آلية التنسيق
	زيادة السكان المحليين (3 سنوات)	2	خط الميزانية المخصص ل SRH
م	SRH في التصنيف الوطني HIS	لا	تمويل SRH الخارجي
شمول الجزئي	SRH في حزمة UHC	نعم	البيانات مفصلة بالكامل
انون الشامل	تشريعات العنف ضد النوع الاجتماعي	قانونية تحت ظروف محددة	قانون الإجهاض

مراجعة وفاة الأم وفترة ما حول الولادة

لم يتم تحديد تقرير وطني لمراجعة وفاة الأمهات أو ما قبل الولادة لهذه الدولة العضو في المكتبة التي أُعدت لهذا التقرير. هذا ليس دليلا على أن الوفيات لا تراجع؛ بل هو دليل على أن النتائج غير متاحة للجمهور.

بيانات تقديم الخدمات، 2021–2025

اكتمال مجموعة بيانات تقديم الخدمة المطلوبة: 0٪ (لا شيء).



مدغشقر



شرق أفريقيا · مدرج في تقييم القارة لعام 2026 · 3 وثائق في مكتبة مراجعة الموت

السياسات والتنسيق والتمويل (التقييم القاري 2026)

م	استراتيجية SRH المستقلة	نعم	سياسة أو استراتيجية SRH
1 من 13	بطاقة النتائج السياسية	2021	سنة الاعتماد
م	خطة التشغيل المتكلفة	نعم	آلية التنسيق
م	زيادة السكان المحليين (3 سنوات)	نعم	خط الميزانية المخصص ل SRH
م	SRH في التصنيف الوطني HIS	نعم	تمويل SRH الخارجي
شمول الشامل	SRH في حزمة UHC	جزئيا	البيانات مفصلة بالكامل
انون الشامل	تشريعات العنف ضد النوع الاجتماعي	تجريم	قانون الإجهاض

مراجعة وفاة الأم وفترة ما حول الولادة

3 وثائق في المكتبة؛ تقرير مراجعة وطنية متاح. الفترات المغطاة: 2020–2023. نوع المصدر: SDMPR.

الأسباب المسجلة الرئيسية (2020–2023): نزيف ما بعد الولادة 23٪؛ تعفن ما بعد الولادة 16٪.

التأخيرات المساهمة: تم تطبيق ثلاثة إطار تأخير — العائلة/المجتمع، عوامل المزود والإداري.

يتتبع التقدم مقابل التوصيات السابقة: غير موضح في التقارير التي تم مراجعتها.

ملاحظة تحليلية: التقرير يرسم بشكل صريح العوامل المساهمة على مستويات الأسرة/المجتمع، ومقدمي الرعاية والإداري، ويعيد إنتاج التأخيرات الثلاثة. يشير إلى أن معدلات الإشعار والمراجعة لا تزال ثابتة رغم وجود أداتين قانونيتين تفرضان ذلك — فجوة الحوكمة والامتثال.

بيانات تقديم الخدمات، 2021–2025

اكتمال مجموعة بيانات تقديم الخدمة المطلوبة: 94٪ (عالي).

مالاوي



جنوب أفريقيا · مشمول في تقييم القارة لعام 2026 · 7 وثائق في مكتبة مراجعة الوفاة

السياسات والتنسيق والتمويل (التقييم القاري 2026)

م	استراتيجية SRH المستقلة	نعم	سياسة أو استراتيجية SRH
1 من 13	بطاقة النتائج السياسية	2024	سنة الاعتماد
م	خطة التشغيل المتكلفة	لا	آلية التنسيق
م	زيادة السكان المحليين (3 سنوات)	جزئيا	خط الميزانية المخصص ل SRH
م	SRH في التصنيف الوطني HIS	نعم	تمويل SRH الخارجي
شمول الجزئي	SRH في حزمة UHC	جزئيا	البيانات مفصلة بالكامل
كام جزئية	تشريعات العنف ضد النوع الاجتماعي	قانونية تحت ظروف محددة	قانون الإجهاض

مراجعة وفاة الأم وفترة ما حول الولادة

7 وثائق في المكتبة؛ تقرير (تقارير) مراجعة وطنية متاحة. الفترات المغطاة: 2008–2012؛ 2012–2014؛ 2013–2016. نوع المصدر: CEMD، MDSR.

الأسباب المسجلة الرئيسية (2013–2016): تسمم الحمل 18٪؛ تعفن الدم 11٪؛ نزيف ما قبل الولادة 11٪.

يتتبع التقدم مقارنة بالتوصيات السابقة: نعم.

ملاحظة تحليلية: التقرير نفسه يشير إلى أن فئة الأسباب "الأخرى" تحتاج إلى تحقيق — فجوة التصنيف.

بيانات تقديم الخدمات، 2021–2025

اكتمال مجموعة بيانات تقديم الخدمة المطلوبة: 100٪ (عالية).



مالي



غرب أفريقيا · مشمول في التقييم القاري لعام 2026 · 0 وثائق في مكتبة مراجعة الوفاة

السياسات والتنسيق والتمويل (التقييم القاري 2026)

م	استراتيجية SRH المستقلة	نعم	سياسة أو استراتيجية SRH
1 من 13	بطاقة النتائج السياسية	2026	سنة الاعتماد
م	خطة التشغيل المتكلفة	نعم	آلية التنسيق
م	زيادة السكان المحليين (3 سنوات)	نعم	خط الميزانية المخصص ل SRH
م	SRH في التصنيف الوطني HIS	نعم	تمويل SRH الخارجي
ر مشمول	SRH في حزمة UHC	نعم	البيانات مفصلة بالكامل
انون الشامل	تشريعات العنف ضد النوع الاجتماعي	قانونية تحت ظروف محددة	قانون الإجهاض

مراجعة وفاة الأم وفترة ما حول الولادة

لم يتم تحديد تقرير وطني لمراجعة وفاة الأمهات أو ما قبل الولادة لهذه الدولة العضو في المكتبة التي أعدت لهذا التقرير. هذا ليس دليلا على أن الوفيات لا تراجع؛ بل هو دليل على أن النتائج غير متاحة للجمهور.

بيانات تقديم الخدمات، 2021–2025

اكتمال مجموعة بيانات تقديم الخدمة المطلوبة: 53٪ (مرتفع).



موريتانيا



شمال أفريقيا · مدرج في التقييم القاري لعام 2026 · وثيقة واحدة في مكتبة مراجعة الوفاة

السياسات والتنسيق والتمويل (التقييم القاري 2026)

م	استراتيجية SRH المستقلة	نعم	سياسة أو استراتيجية SRH
من 13	بطاقة النتائج السياسية	2022	سنة الاعتماد
م	خطة التشغيل المتكلفة	لا	آلية التنسيق
م	زيادة السكان المحليين (3 سنوات)	نعم	خط الميزانية المخصص ل SRH
م	SRH في التصنيف الوطني HIS	نعم	تمويل SRH الخارجي
شمول الشامل	SRH في حزمة UHC	جزئيا	البيانات مفصلة بالكامل
	تشريعات العنف ضد النوع الاجتماعي	تجريم	قانون الإجهاض

مراجعة وفاة الأم وفترة ما حول الولادة

وثيقة واحدة في المكتبة؛ تقرير (تقارير) المراجعة الوطنية متوفرة. الفترات المغطاة: 2017–2018. نوع المصدر: SDMR.

الأسباب المسجلة الرئيسية (2017–2018): نزيف التوليد؛ مضاعفات ارتفاع ضغط الدم، خاصة تسمم الحمل.

الأسباب المباشرة 69٪.

يتتبع التقدم مقابل التوصيات السابقة: غير موضح في التقارير التي تم مراجعتها.

ملاحظة تحليلية: تم الإبلاغ عن وفيات الحالات بسبب نوع المضاعفات — مفيد لتحليل جودة الرعاية.

بيانات تقديم الخدمات، 2021–2025

اكتمال مجموعة بيانات تقديم الخدمة المطلوبة: 0٪ (لا شيء).

موريشيوس



شرق أفريقيا · مشمول في التقييم القاري لعام 2026 · 0 وثائق في مكتبة مراجعة الوفاة

السياسات والتنسيق والتمويل (التقييم القاري 2026)

	استراتيجية SRH المستقلة	—	سياسة أو استراتيجية SRH
يعاد	بطاقة النتائج السياسية	—	سنة الاعتماد
	خطة التشغيل المتكلفة	—	آلية التنسيق
	زيادة السكان المحليين (3 سنوات)	—	خط الميزانية المخصص ل SRH
	SRH في التصنيف الوطني HIS	—	تمويل SRH الخارجي
	SRH في حزمة UHC	—	البيانات مفصلة بالكامل
	تشريعات العنف ضد النوع الاجتماعي	—	قانون الإجهاض

مراجعة وفاة الأم وفترة ما حول الولادة

لم يتم تحديد تقرير وطني لمراجعة وفاة الأمهات أو ما قبل الولادة لهذه الدولة العضو في المكتبة التي أعدت لهذا التقرير. هذا ليس دليلا على أن الوفيات لا تراجع؛ بل هو دليل على أن النتائج غير متاحة للجمهور.

بيانات تقديم الخدمات، 2021–2025

اكتمال مجموعة بيانات تقديم الخدمة المطلوبة: 0٪ (لا شيء).



المغرب



شمال أفريقيا · مشمول في التقييم القاري لعام 2026 · 5 وثائق في مكتبة مراجعة الموت

السياسات والتنسيق والتمويل (التقييم القاري 2026)

تمت إضافة المغرب إلى التقييم القاري في جولة المسح ليوليو 2026. أكمل المغرب أداة السياسة الأساسية بدلا من الأداة الشاملة، لذا لا تتوفر مجالات التنسيق والتمويل والمراقبة والقانون؛ تحمل الأدلة التالية لمراجعة الوفاة الوزن التحليلي لهذه الدولة العضو.

م	**استراتيجية SRH المستقلة**	نعم	**سياسة أو استراتيجية SRH**
1 من 13	**بطاقة النتائج السياسية**	2021	**سنة الاعتماد**
د التطوير	**خطة التشغيل المتكلفة**	قيد التطوير	**آلية التنسيق**
م	**زيادة السكان المحليين (3 سنوات)**	نعم	**خط الميزانية المخصص ل SRH**
م	**SRH فى التصنيف الوطنى HIS**	لا	**تمويل SRH الخارجى**
شمول الجزئي	**SRH في حزمة UHC**	نعم	**البيانات مفصلة بالكامل**
قانون الشامل	**تشريعات العنف ضد النوع الاجتماعى**	تجريم	**قانون الإجهاض**

مراجعة وفاة الأم وفترة ما حول الولادة

4 وثائق في المكتبة؛ تقرير (تقارير) مراجعة وطنية متاحة. الفترات المغطاة: 2008–2012؛ تحليل نظام المراقبة؛ دراسة اكتمال منطقة واحدة. نوع المصدر: CEMD، تحليل المراقبة، دراسة الاكتمال.

الأسباب المسجلة الرئيسية (دراسة اكتمال منطقة واحدة): النزيف 39.1٪؛ اضطرابات ارتفاع ضغط الدم 23.2٪؛ الإجهاض 5.8٪.

الأسباب المباشرة 84.1٪؛ الأسباب غير المباشرة 10.1٪؛ غير محدد 5.8٪.

يتتبع التقدم مقابل التوصيات السابقة: غير موضح في التقارير التي تم مراجعتها.

ملاحظة تحليلية: الاستشهاد بطرق رئيسية: يحدد نقص الإبلاغ في نظام MDSR الأفريقي. حدثت جميع وفيات الإجهاض الأربع في المستشفيات العامة.

بيانات تقديم الخدمات، 2021–2025

اكتمال مجموعة بيانات تقديم الخدمة المطلوبة: 29٪ (متوسط).

لم يتم تقييمه.



موزمبيق



جنوب أفريقيا · مدرج في التقييم القاري لعام 2026 · 4 وثائق في مكتبة مراجعة الموت

السياسات والتنسيق والتمويل (التقييم القاري 2026)

	استراتيجية SRH المستقلة	نعم	سياسة أو استراتيجية SRH
من 13	بطاقة النتائج السياسية	—	سنة الاعتماد
م	خطة التشغيل المتكلفة	نعم	آلية التنسيق
	زيادة السكان المحليين (3 سنوات)	—	خط الميزانية المخصص ل SRH
	SRH في التصنيف الوطني HIS	—	تمويل SRH الخارجي
	SRH فى حزمة UHC	—	البيانات مفصلة بالكامل
	تشريعات العنف ضد النوع الاجتماعى	—	قانون الإجهاض

تم استلام أداة الدولة لهذه الدولة العضو في سبتمبر 2026 وتغطي فقط الأقسام من أ إلى ج. لم يتم الإبلاغ بعدلا عن الحقول من أقسام التمويل والمراقبة والقانون.

مراجعة وفاة الأم وفترة ما حول الولادة

4 وثائق في المكتبة؛ تقرير مراجعة وطني متوفر. الفترات المغطاة: 2017؛ 2026. نوع المصدر: MDSR (القاعة)؛ أداة وزارية.

الأسباب المسجلة الرئيسية (2017): نزيف توليد (لأسباب مباشرة) 50٪؛ اضطرابات ارتفاع ضغط الدم 22٪.

التأخيرات المساهمة: D3 — التأخير في تلقي الرعاية الكافية في المنشأة.

يتتبع التقدم مقابل التوصيات السابقة: غير موضح في التقارير التي تم مراجعتها.

ملاحظة تحليلية: ارتفعت اضطرابات ارتفاع ضغط الدم من 19٪ (2016) إلى 22٪ (2017)، وشكل فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز 49٪ من الوفيات غير المباشرة في 2017. يعيد دبلوم وزاري لعام 2026 هيكلة اللجنة الوطنية لتدقيق وفيات الأمهات والفترة حول الولادة وحديثي الولادة كهيئة مستقلة، تعمل دون تدخل من الهياكل التنفيذية للوزارة، سرية، وصريحة وغير عقابية: لا تلقي أي لوم فردي، ولا تجري أي إجراءات تأديبية ولا تصدر أحكاما عقابية. تقدم تقاريرها مباشرة إلى وزير الصحة وتصدر تقارير ربع سنوية. هذه هي الأداة الوحيدة في قاعدة الأدلة التي تعالج حاجز ثقافة اللوم بشكل مباشر وقانونيا.

بيانات تقديم الخدمات، 2021–2025

اكتمال مجموعة بيانات تقديم الخدمة المطلوبة: 0٪ (لا شيء). لم ترافق بيانات الجزء ب أداة الدول لسبتمبر 2026.



ناميبيا



جنوب أفريقيا · مدرج في التقييم القاري لعام 2026 · 10 وثائق في مكتبة مراجعة الوفاة

السياسات والتنسيق والتمويل (التقييم القاري 2026)

م	استراتيجية SRH المستقلة	نعم	سياسة أو استراتيجية SRH
1 من 13	بطاقة النتائج السياسية	2025	سنة الاعتماد
م	خطة التشغيل المتكلفة	قيد التطوير	آلية التنسيق
	زيادة السكان المحليين (3 سنوات)	لا	خط الميزانية المخصص ل SRH
م	SRH في التصنيف الوطني HIS	نعم	تمويل SRH الخارجي
شمول الشامل	SRH فى حزمة UHC	نعم	البيانات مفصلة بالكامل
قانون الشامل	تشريعات العنف ضد النوع الاجتماعى	قانونية تحت ظروف محددة	قانون الإجهاض

مراجعة وفاة الأم وفترة ما حول الولادة

10 وثائق في المكتبة؛ تقرير (تقارير) مراجعة وطنية متاحة. الفترات المغطاة: 2010؛ 2016؛ 2018–2021؛ 2021–2024؛ دراسة MMR متعددة المناطق. نوع المصدر: MDR، CEMD، دراسة.

الأسباب المسجلة الرئيسية (دراسة MMR متعددة المناطق): PPH بنسبة 35٪.

تأخيرات المساهمة: D2 7٪؛ D1 38.6٪؛ D3 40.4٪.

يتتبع التقدم مقارنة بالتوصيات السابقة: نعم.

ملاحظة تحليلية: التأخير الثالث (الرعاية بعد الوصول إلى المنشأة) هو الأكبر — إشارة بجودة المنشأة، وليست إشارة وصول.

بيانات تقديم الخدمات، 2021–2025

اكتمال مجموعة بيانات تقديم الخدمة المطلوبة: 62٪ (مرتفع).



النيجر

غرب أفريقيا · مشمول في التقييم القاري لعام 2026 · 8 وثائق في مكتبة مراجعة الوفاة

السياسات والتنسيق والتمويل (التقييم القاري 2026)

م	استراتيجية SRH المستقلة	نعم	سياسة أو استراتيجية SRH
1 من 13	بطاقة النتائج السياسية	2011	سنة الاعتماد
م	خطة التشغيل المتكلفة	لا أعرف	آلية التنسيق
	زيادة السكان المحليين (3 سنوات)	نعم	خط الميزانية المخصص ل SRH
م	SRH في التصنيف الوطني HIS	نعم	تمويل SRH الخارجي
شمول الشامل	SRH في حزمة UHC	نعم	البيانات مفصلة بالكامل
قانون الشامل	تشريعات العنف ضد النوع الاجتماعي	قانونية تحت ظروف محددة	قانون الإجهاض

مراجعة وفاة الأم وفترة ما حول الولادة

8 وثائق في المكتبة؛ تقرير (أو تقارير) مراجعة وطنية متوفرة. الفترات المغطاة: MDSR الوطني. نوع المصدر: MDSR.

الأسباب المسجلة الرئيسية (MDSR الوطني): فقر الدم 26٪؛ النزيف 25٪؛ تسمم الحمل 18٪؛ الإصابات 12٪.

يتتبع التقدم مقابل التوصيات السابقة: غير موضح في التقارير التي تم مراجعتها.

ملاحظة تحليلية: لافتة للنظر: فقر الدم — الذي كان يصنف تاريخيا كسبب غير مباشر — أصبح الآن السبب الرئيسي لوفاة الأمهات في النيجر، قبل النزيف. أربعة أسباب تمثل >80٪ من الوفاة. يشير التقرير إلى التأثير الموسمي: الطرق غير القابلة للعبور وتأخر قرارات النقل بسبب الرجال المشغولين بالعمل الميداني — وهو اكتشاف تأخير ثان/جنس.

بيانات تقديم الخدمات، 2021–2025

اكتمال مجموعة بيانات تقديم الخدمة المطلوبة: 6٪ (منخفض).



نيجيريا

غرب أفريقيا · مدرج في التقييم القاري لعام 2026 · 12 وثيقة في مكتبة مراجعة الموت

السياسات والتنسيق والتمويل (التقييم القاري 2026)

م	استراتيجية SRH المستقلة	نعم	سياسة أو استراتيجية SRH
1 من 13	بطاقة النتائج السياسية	2024	سنة الاعتماد
	خطة التشغيل المتكلفة	نعم	آلية التنسيق
م	زيادة السكان المحليين (3 سنوات)	نعم	خط الميزانية المخصص ل SRH
م	SRH في التصنيف الوطني HIS	نعم	تمويل SRH الخارجي
شمول الشامل	SRH في حزمة UHC	نعم	البيانات مفصلة بالكامل
قانون الشامل	تشريعات العنف ضد النوع الاجتماعي	قانونية تحت ظروف محددة	قانون الإجهاض

مراجعة وفاة الأم وفترة ما حول الولادة

12 وثيقة في المكتبة؛ تقرير (أو تقارير) مراجعة وطنية متاحة. الفترات المغطاة: يونيو 2012 – مايو 2013 (ولاية أوندو)؛ نظرة عامة وطنية: 2019–2021؛ 2020–2025. نوع المصدر: CEMD، تحليل الموقف، MPCDSR.

الأسباب المسجلة الرئيسية (2019–2021): تسمم الحمل/تسمم الحمل الحاد 20.7٪؛ تعفن الدم 11٪؛ نزيف ما بعد الولادة 10٪؛ الإجهاض غير الآمن 4٪؛ أخرى 44.1٪. ما قبل الولادة: مضاعفات المشيمة 14.2٪؛ مضاعفات الأم 14٪؛ اختناق الولادة 13.8٪؛ مضاعفات المخاض 10.9٪؛ غير محدد 11.2٪.

يتتبع التقدم مقارنة بالتوصيات السابقة: نعم.

ملاحظة تحليلية: أول دولة عضو في المكتبة تنشر الإشعارات ومراجعة المعدلات بشكل منفصل. في 2019–2021، تم الإبلاغ عن 83.6٪ من وفيات الأمهات ولكن تم مراجعة 17.8٪ فقط؛ أما الوفيات حول الولادة، فقد تم الإبلاغ 37.1٪ و1.7٪ مراجعة. انخفضت وفيات الأمهات التي اجتازت المراجعة من 2,618 في 2020 إلى 749 في 2025، بينما بقيت الوفيات المسجلة في النظام الوطني بين حوالي 4,000 و5,500، لذا انخفضت النسبة الراجعة من 41٪ في 2022 إلى 17٪ في 2025. مع تسجيل 44.1٪ من الأسباب ك "أخرى"، فإن تصنيف الأسباب هو إشارة بجودة التصنيف ولا يستخدم في هذا التقرير لتأهيل نتيجة النزيف. يعمل MPCDSR في 33 من أصل 37 ولاية ولكن فقط 172 من أصل 774 منطقة حكومية محلية.

بيانات تقديم الخدمات، 2021–2025

اكتمال مجموعة بيانات تقديم الخدمة المطلوبة: 78٪ (عالية).



جمهورية الكونغو



أفريقيا الوسطى · مشمول في التقييم القاري لعام 2026 · وثيقة واحدة في مكتبة مراجعة الوفاة

السياسات والتنسيق والتمويل (التقييم القاري 2026)

م	استراتيجية SRH المستقلة	نعم	سياسة أو استراتيجية SRH
1 من 13	بطاقة النتائج السياسية	2022	سنة الاعتماد
	خطة التشغيل المتكلفة	نعم	آلية التنسيق
م	زيادة السكان المحليين (3 سنوات)	نعم	خط الميزانية المخصص ل SRH
م	SRH في التصنيف الوطني HIS	نعم	تمويل SRH الخارجي
خدمات المحدودة	SRH في حزمة UHC	نعم	البيانات مفصلة بالكامل
قانون الشامل	تشريعات العنف ضد النوع الاجتماعي	مقيد للغاية	قانون الإجهاض

مراجعة وفاة الأم وفترة ما حول الولادة

وثيقة واحدة في المكتبة؛ تقرير مراجعة وطنية متوفر. الفترات المغطى: 2013. نوع المصدر: MDSR.

الأسباب المسجلة الرئيسية (2013): النزيف 55.6٪؛ تسمم الحمل 17.5٪؛ عدوى ما بعد الولادة وما بعد الإجهاض 11.7٪.

التأخيرات المساهمة: تم تحليل ثلاثة تأخيرات.

يتتبع التقدم مقابل التوصيات السابقة: غير موضح في التقارير التي تم مراجعتها.

بيانات تقديم الخدمات، 2021–2025

اكتمال مجموعة بيانات تقديم الخدمة المطلوبة: 46٪ (متوسط).

رواندا



شرق أفريقيا · مشمول في التقييم القاري لعام 2026 · 4 وثائق في مكتبة مراجعة الموت

السياسات والتنسيق والتمويل (التقييم القاري 2026)

تمت إضافة رواندا إلى التقييم القاري في جولة المسح ليوليو 2026. أكملت الأداة السياسية الأساسية بدلا من الأداة الشاملة، لذا لا تتوفر مجالات التنسيق والتمويل والمراقبة والقانونية؛ تحمل الأدلة أدناه لمراجعة الوفاة الوزن التحليلي لهذه الدولة العضو.

	استراتيجية SRH المستقلة	نعم	سياسة أو استراتيجية SRH
من 13	بطاقة النتائج السياسية	—	سنة الاعتماد
	خطة التشغيل المتكلفة	—	آلية التنسيق
	زيادة السكان المحليين (3 سنوات)	—	خط الميزانية المخصص ل SRH
	SRH في التصنيف الوطني HIS	—	تمويل SRH الخارجي
	SRH في حزمة UHC	—	البيانات مفصلة بالكامل
	تشريعات العنف ضد النوع الاجتماعي	—	قانون الإجهاض

مراجعة وفاة الأم وفترة ما حول الولادة

4 وثائق في المكتبة؛ تقرير مراجعة وطني متاح. الفترات المغطاة: CEMD (وطني)؛ 2009–2013 (تحليل التدقيق الوطني). نوع المصدر: CEMD، MDR (التدقيق الوطني).

الأسباب المسجلة الرئيسية (2009–2013 (تحليل التدقيق الوطني)): ٪22.7 PPH؛ انسداد المخاض 12.3٪؛ عدوى التوليد 10.3٪؛ تسمم الحمل 9.4٪.

الأسباب المباشرة 70٪؛ الأسباب غير المباشرة 25.7٪.

يتتبع التقدم مقابل التوصيات السابقة: غير موضح في التقارير التي تم مراجعتها.

ملاحظة تحليلية: ارتفعت الوفيات المرتبطة بالإجهاض بشكل ملحوظ، ~3٪ في بداية الفترة إلى 5.7٪ (2012) و7٪ (2013)، ص<0.001. كانت الرعاية غير القياسية في المنشأة العامل الرئيسي المساهم في 61.1٪ من الوفيات — ضعف معدل عوامل المرضى/المجتمع. تمت مراجعتها من قبل الأقران، لذا يمكن استخدامها كدليل قابل للاستشهاد.

بيانات تقديم الخدمات، 2021–2025

اكتمال مجموعة بيانات تقديم الخدمة المطلوبة: 0٪ (لا شيء).

لم يتم تقييمه.

جمهورية الصحراوي العربية الديمقراطية



شمال أفريقيا · مشمول في التقييم القاري لعام 2026 · 0 وثائق في مكتبة مراجعة الوفاة

السياسات والتنسيق والتمويل (التقييم القاري 2026)

د التطوير	**استراتيجية SRH المستقلة**	نعم	**سياسة أو استراتيجية SRH**
من 13	**بطاقة النتائج السياسية**	—	**سنة الاعتماد**
	خطة التشغيل المتكلفة	نعم	**آلية التنسيق**
	زيادة السكان المحليين (3 سنوات)	لا أعرف	**خط الميزانية المخصص ل SRH**
م	**SRH في التصنيف الوطني HIS**	نعم	**تمويل SRH الخارجي**
ر مشمول	**SRH في حزمة UHC**	جزئيا	**البيانات مفصلة بالكامل**
كام جزئية	**تشريعات العنف ضد النوع الاجتماعي**	غير محدد	**قانون الإجهاض**

مراجعة وفاة الأم وفترة ما حول الولادة

لم يتم تحديد تقرير وطني لمراجعة وفاة الأمهات أو ما قبل الولادة لهذه الدولة الأعضاء في المكتبة التي تم جمعها لهذا التقرير.

بيانات تقديم الخدمات، 2021–2025

اكتمال مجموعة بيانات تقديم الخدمة المطلوبة: 0٪ (لا شيء).

ساو تومي وبرينسيبي



أفريقيا الوسطى · مشمولة في التقييم القاري لعام 2026 · 0 وثائق في مكتبة مراجعة الوفاة

السياسات والتنسيق والتمويل (التقييم القاري 2026)

م	**استراتيجية SRH المستقلة**	نعم	**سياسة أو استراتيجية SRH**
من 13	**بطاقة النتائج السياسية**	2019	**سنة الاعتماد**
م	**خطة التشغيل المتكلفة**	قيد التطوير	**آلية التنسيق**
	زيادة السكان المحليين (3 سنوات)	نعم	**خط الميزانية المخصص ل SRH**
م	**SRH فى التصنيف الوطنى HIS**	نعم	**تمويل SRH الخارجى**
أعرف	**SRH فى حزمة UHC**	نعم	**البيانات مفصلة بالكامل**
كام جزئية	**تشريعات العنف ضد النوع الاجتماعى**	قانونية تحت ظروف محددة	**قانون الإجهاض**

مراجعة وفاة الأم وفترة ما حول الولادة

لم يتم تحديد تقرير وطني لمراجعة وفاة الأمهات أو ما قبل الولادة لهذه الدولة العضو في المكتبة التي أُعدت لهذا التقرير. هذا ليس دليلا على أن الوفيات لا تراجع؛ بل هو دليل على أن النتائج غير متاحة للجمهور.

بيانات تقديم الخدمات، 2021–2025

اكتمال مجموعة بيانات تقديم الخدمة المطلوبة: 32٪ (متوسط).

السنغال

غرب أفريقيا · مشمول في التقييم القاري لعام 2026 · وثيقة واحدة في مكتبة مراجعة الوفاة

السياسات والتنسيق والتمويل (التقييم القاري 2026)

م	استراتيجية SRH المستقلة	نعم	سياسة أو استراتيجية SRH
1 من 13	بطاقة النتائج السياسية	2024	سنة الاعتماد
م	خطة التشغيل المتكلفة	نعم	آلية التنسيق
م	زيادة السكان المحليين (3 سنوات)	نعم	خط الميزانية المخصص ل SRH
م	SRH في التصنيف الوطني HIS	نعم	تمويل SRH الخارجي
شمول الجزئي	SRH في حزمة UHC	نعم	البيانات مفصلة بالكامل
انون الشامل	تشريعات العنف ضد النوع الاجتماعي	قانونية تحت ظروف محددة	قانون الإجهاض

مراجعة وفاة الأم وفترة ما حول الولادة

وثيقة واحدة في المكتبة؛ لم يتم تحديد تقرير مراجعة وطنية — الأدلة من دراسات أو تقارير منشآت. الفترات المغطاة: 2015 (نشرة يناير–سبتمبر). نوع المصدر: نشرة وبائية.

ملاحظة تحليلية: نشرة مراقبة بدلا من تقرير كامل لمكتب إدارة حماية الحدود العسكرية؛ لم يتم تحديد أي تقرير وطني منذ عام 2015.

بيانات تقديم الخدمات، 2021–2025

اكتمال مجموعة بيانات تقديم الخدمة المطلوبة: 74٪ (مرتفع).

سيشيل

شرق أفريقيا · مشمول في التقييم القاري لعام 2026 · 0 وثائق في مكتبة مراجعة الوفاة

السياسات والتنسيق والتمويل (التقييم القاري 2026)

	استراتيجية SRH المستقلة	نعم	سياسة أو استراتيجية SRH
من 13	بطاقة النتائج السياسية	2012	سنة الاعتماد
	خطة التشغيل المتكلفة	لا	آلية التنسيق
أعرف	زيادة السكان المحليين (3 سنوات)	جزئيا	خط الميزانية المخصص ل SRH
م	SRH في التصنيف الوطني HIS	نعم	تمويل SRH الخارجي
ر مشمول	SRH في حزمة UHC	نعم	البيانات مفصلة بالكامل
انون الشامل	تشريعات العنف ضد النوع الاجتماعي	قانونية تحت ظروف محددة	قانون الإجهاض

مراجعة وفاة الأم وفترة ما حول الولادة

لم يتم تحديد تقرير وطني لمراجعة وفاة الأمهات أو ما قبل الولادة لهذه الدولة العضو في المكتبة التي أُعدت لهذا التقرير. هذا ليس دليلا على أن الوفيات لا تراجع؛ بل هو دليل على أن النتائج غير متاحة للجمهور.

بيانات تقديم الخدمات، 2021–2025

اكتمال مجموعة بيانات تقديم الخدمة المطلوبة: 77٪ (عالي).

سيراليون



غرب أفريقيا · مشمول في التقييم القاري لعام 2026 · 8 وثائق في مكتبة مراجعة الوفاة

السياسات والتنسيق والتمويل (التقييم القاري 2026)

	استراتيجية SRH المستقلة	—	سياسة أو استراتيجية SRH
يعاد	بطاقة النتائج السياسية	—	سنة الاعتماد
	خطة التشغيل المتكلفة	—	آلية التنسيق
	زيادة السكان المحليين (3 سنوات)	—	خط الميزانية المخصص ل SRH
	SRH في التصنيف الوطني HIS	—	تمويل SRH الخارجي
	SRH فى حزمة UHC	—	البيانات مفصلة بالكامل
	تشريعات العنف ضد النوع الاجتماعى	—	قانون الإجهاض

مراجعة وفاة الأم وفترة ما حول الولادة

8 وثائق في المكتبة؛ تقرير (تقارير) مراجعة وطنية متاحة. الفترات المغطاة: 2016؛ 2017؛ 2018؛ 2019. نوع المصدر: MDSR.

الأسباب المسجلة الرئيسية (2019): نزيف 45.8٪؛ ارتفاع ضغط الدم 17٪؛ تعفن الدم 9.3٪؛ تمزق الرحم 4.3٪.

التأخيرات المساهمة: تأخير في طلب / إحالة / تلقي الرعاية (مجموعة موثقة) 22٪.

يتتبع التقدم مقارنة بالتوصيات السابقة: نعم.

ملاحظة تحليلية: اضطرت إدارة RCH إلى إعادة تصنيف الأسباب التي تعينها المنطقة بسبب عدم الاكتمال والتصنيف الخاطئ — وهو بيان وطني صريح لحدود جودة بيانات MDSR. انخفض تمزق الرحم بنسبة 7٪→6٪→4.3٪ (2017→2019). 4 ANC+ بين النساء اللاتي توفين فقط 16٪.

بيانات تقديم الخدمات، 2021–2025

اكتمال مجموعة بيانات تقديم الخدمة المطلوبة: 0٪ (لا شيء).



الصومال



شرق أفريقيا · مشمول في التقييم القاري لعام 2026 · 2 وثائق في مكتبة مراجعة الموت

السياسات والتنسيق والتمويل (التقييم القاري 2026)

	استراتيجية SRH المستقلة	نعم	سياسة أو استراتيجية SRH
من 13	بطاقة النتائج السياسية	—	سنة الاعتماد
	خطة التشغيل المتكلفة	نعم	آلية التنسيق
	زيادة السكان المحليين (3 سنوات)	—	خط الميزانية المخصص ل SRH
	SRH فى التصنيف الوطنى HIS	—	تمويل SRH الخارجي
	SRH في حزمة UHC	—	البيانات مفصلة بالكامل
	تشريعات العنف ضد النوع الاجتماعى	—	قانون الإجهاض

مراجعة وفاة الأم وفترة ما حول الولادة

وثيقتان في المكتبة؛ لم يتم تحديد تقرير مراجعة وطني — الأدلة من دراسات أو تقارير منشآت. الفترات المغطاة: توليف محكم. نوع المصدر: دراسة.

الأسباب المسجلة الرئيسية (التخليق المحكم): النزيف (القائد)؛ تسمم الحمل؛ تلوث الدم؛ تعرقل الولادة.

ملاحظة تحليلية: قارن مع نموذج الحوكمة الصومالية (خطة واحدة/ميزانية واحدة/تخطيط وتقييم واحد؛ (2015) 1,044 MMR ~ إلى ~563 لكل 100,000؛ مدارس التوليد في 6 من أصل 7 ولايات).

بيانات تقديم الخدمات، 2021–2025

اكتمال مجموعة بيانات تقديم الخدمة المطلوبة: 0٪ (لا شيء).



جنوب أفريقيا

جنوب أفريقيا · مشمول في التقييم القاري لعام 2026 · 16 وثيقة في مكتبة مراجعة الموت

السياسات والتنسيق والتمويل (التقييم القاري 2026)

م	استراتيجية SRH المستقلة	نعم	سياسة أو استراتيجية SRH
من 13	بطاقة النتائج السياسية	2018	سنة الاعتماد
	خطة التشغيل المتكلفة	نعم	آلية التنسيق
أعرف	زيادة السكان المحليين (3 سنوات)	لا	خط الميزانية المخصص ل SRH
م	SRH في التصنيف الوطني HIS	لا	تمويل SRH الخارجي
شمول الشامل	SRH في حزمة UHC	جزئيا	البيانات مفصلة بالكامل
كام جزئية	تشريعات العنف ضد النوع الاجتماعي	قانونى عند الطلب	قانون الإجهاض

مراجعة وفاة الأم وفترة ما حول الولادة

15 وثيقة في المكتبة؛ تقرير (تقارير) مراجعة وطنية متاحة. الفترات المغطاة: 2011–2013؛ 2017–2019. نوع المصدر: CEMD.

الأسباب المسجلة الرئيسية (2017–2019): العدوى غير المرتبطة بالحمل (NPRI)؛ نزيف التوليد؛ اضطرابات ارتفاع ضغط الدم؛ الحالات الطبية والجراحية.

يتتبع التقدم مقارنة بالتوصيات السابقة: نعم.

ملاحظة تحليلية: مؤشر الحصار: انخفض معدل MMR المؤسسي إلى أقل من 100 لكل 100,000 مولود حي لأول مرة منذ بدء السلسلة في 1998. ينسب التقرير ذلك صراحة إلى تقييم الوفيات الفردية وتنفيذ التوصيات الناتجة. أكبر انخفاض فردي منذ 2010 كان في العدوى غير المرتبطة بالحمل، بعد تطبيق ART. مع انخفاض أسباب أخرى، برز الحالات الطبية والجراحية كسبب رئيسي أساسي. يتم تحليل الوفيات التي يمكن الوقاية منها حسب مستوى الرعاية — أعلى أرقام مطلقة في المستشفيات الإقليمية والمناطقية.

بيانات تقديم الخدمات، 2021–2025

اكتمال مجموعة بيانات تقديم الخدمة المطلوبة: 7٪ (منخفض).



جنوب السودان

شرق أفريقيا · مشمول في التقييم القاري لعام 2026 · 0 وثائق في مكتبة مراجعة الوفاة

السياسات والتنسيق والتمويل (التقييم القاري 2026)

م	استراتيجية SRH المستقلة	نعم	سياسة أو استراتيجية SRH
من 13	بطاقة النتائج السياسية	2019	سنة الاعتماد
م	خطة التشغيل المتكلفة	نعم	آلية التنسيق
	زيادة السكان المحليين (3 سنوات)	لا	خط الميزانية المخصص ل SRH
م	SRH فى التصنيف الوطنى HIS	نعم	تمويل SRH الخارجى
شمول الجزئي	SRH فى حزمة UHC	نعم	البيانات مفصلة بالكامل
قانون الشامل	تشريعات العنف ضد النوع الاجتماعى	قانونية تحت ظروف محددة	قانون الإجهاض

مراجعة وفاة الأم وفترة ما حول الولادة

لم يتم تحديد تقرير وطني لمراجعة وفاة الأمهات أو ما قبل الولادة لهذه الدولة العضو في المكتبة التي أُعدت لهذا التقرير. هذا ليس دليلا على أن الوفيات لا تراجع؛ بل هو دليل على أن النتائج غير متاحة للجمهور.

بيانات تقديم الخدمات، 2021–2025

اكتمال مجموعة بيانات تقديم الخدمة المطلوبة: 12٪ (منخفض).



السودان



شرق أفريقيا · مشمول في التقييم القاري لعام 2026 · 0 وثائق في مكتبة مراجعة الوفاة

السياسات والتنسيق والتمويل (التقييم القاري 2026)

	استراتيجية SRH المستقلة	نعم	سياسة أو استراتيجية SRH
من 13	بطاقة النتائج السياسية	—	سنة الاعتماد
	خطة التشغيل المتكلفة	نعم	آلية التنسيق
	زيادة السكان المحليين (3 سنوات)	نعم	خط الميزانية المخصص ل SRH
م	SRH في التصنيف الوطني HIS	نعم	تمويل SRH الخارجي
شمول الشامل	SRH فى حزمة UHC	جزئيا	البيانات مفصلة بالكامل
انون الشامل	تشريعات العنف ضد النوع الاجتماعى	قانونية تحت ظروف محددة	قانون الإجهاض

مراجعة وفاة الأم وفترة ما حول الولادة

لم يتم تحديد تقرير وطني لمراجعة وفاة الأمهات أو ما قبل الولادة لهذه الدولة العضو في المكتبة التي أُعدت لهذا التقرير. هذا ليس دليلا على أن الوفيات لا تراجع؛ بل هو دليل على أن النتائج غير متاحة للجمهور.

بيانات تقديم الخدمات، 2021–2025

اكتمال مجموعة بيانات تقديم الخدمة المطلوبة: 52٪ (مرتفع).



تنزانيا



شرق أفريقيا · مشمول في تقييم القارة لعام 2026 · 15 وثيقة في مكتبة مراجعة الوفاة

السياسات والتنسيق والتمويل (التقييم القاري 2026)

م	استراتيجية SRH المستقلة	نعم	سياسة أو استراتيجية SRH
1 من 13	بطاقة النتائج السياسية	2021	سنة الاعتماد
م	خطة التشغيل المتكلفة	نعم	آلية التنسيق
م	زيادة السكان المحليين (3 سنوات)	نعم	خط الميزانية المخصص ل SRH
م	SRH فى التصنيف الوطنى HIS	نعم	تمويل SRH الخارجى
شمول الجزئي	SRH فى حزمة UHC	نعم	البيانات مفصلة بالكامل
انون الشامل	تشريعات العنف ضد النوع الاجتماعى	قانونية تحت ظروف محددة	قانون الإجهاض

مراجعة وفاة الأم وفترة ما حول الولادة

15 وثيقة في المكتبة؛ تقرير (أو تقارير) مراجعة وطنية متاحة. الفترات المغطاة: 2018–2024؛ تقييم كاجيرا. نوع المصدر: MPDSR، تقييم تنفيذ MPDSR.

يتتبع التقدم مقارنة بالتوصيات السابقة: نعم.

ملاحظة تحليلية: تقييم جودة التنفيذ بدلا من تقرير الوفيات — دليل مفيد على سبب عمل أو عدم عمل أنظمة MPDSR.

بيانات تقديم الخدمات، 2021–2025

اكتمال مجموعة بيانات تقديم الخدمة المطلوبة: 98٪ (عالية).

توغو



غرب أفريقيا · مشمول في التقييم القاري لعام 2026 · 0 وثائق في مكتبة مراجعة الوفاة

السياسات والتنسيق والتمويل (التقييم القاري 2026)

م	استراتيجية SRH المستقلة	نعم	سياسة أو استراتيجية SRH
من 13	بطاقة النتائج السياسية	2025	سنة الاعتماد
م	خطة التشغيل المتكلفة	نعم	آلية التنسيق
أعرف	زيادة السكان المحليين (3 سنوات)	لا	خط الميزانية المخصص ل SRH
م	SRH في التصنيف الوطني HIS	نعم	تمويل SRH الخارجي
شمول الجزئي	SRH فى حزمة UHC	جزئيا	البيانات مفصلة بالكامل
انون الشامل	تشريعات العنف ضد النوع الاجتماعى	قانونية تحت ظروف محددة	قانون الإجهاض

مراجعة وفاة الأم وفترة ما حول الولادة

لم يتم تحديد تقرير وطني لمراجعة وفاة الأمهات أو ما قبل الولادة لهذه الدولة العضو في المكتبة التي أُعدت لهذا التقرير. هذا ليس دليلا على أن الوفيات لا تراجع؛ بل هو دليل على أن النتائج غير متاحة للجمهور.

بيانات تقديم الخدمات، 2021–2025

اكتمال مجموعة بيانات تقديم الخدمة المطلوبة: 44٪ (متوسط).

تونس



شمال أفريقيا · مدرج في التقييم القاري لعام 2026 · وثيقة واحدة في مكتبة مراجعة الوفاة

السياسات والتنسيق والتمويل (التقييم القاري 2026)

م	استراتيجية SRH المستقلة	نعم	سياسة أو استراتيجية SRH
من 13	بطاقة النتائج السياسية	—	سنة الاعتماد
م	خطة التشغيل المتكلفة	قيد التطوير	آلية التنسيق
أعرف	زيادة السكان المحليين (3 سنوات)	نعم	خط الميزانية المخصص ل SRH
م	SRH فى التصنيف الوطنى HIS	نعم	تمويل SRH الخارجى
شمول الشامل	SRH فى حزمة UHC	جزئيا	البيانات مفصلة بالكامل
انون الشامل	تشريعات العنف ضد النوع الاجتماعى	قانونية تحت ظروف محددة	قانون الإجهاض

مراجعة وفاة الأم وفترة ما حول الولادة

وثيقة واحدة في المكتبة؛ تقرير مراجعة وطنية متوفر. الفترات المغطاة: 1999–2004. نوع المصدر: البحث الوطني.

الأسباب المسجلة الرئيسية (1999–2004): النزيف 30.8٪؛ تسمم الحمل 11٪.

الأسباب المباشرة 69.8٪.

الوفيات التي تم الحكم عليها بإمكانية تجنبها: 75.3٪.

يتتبع التقدم مقابل التوصيات السابقة: غير موضح في التقارير التي تم مراجعتها.

ملاحظة تحليلية: 75.3٪ من الوفيات اعتبرت قابلة للتجنب (مؤكدة أو محتملة) — وهي نقطة بيانات في شمال أفريقيا تتوافق مع نطاق القابلية للتجنب المسجلة في أماكن أخرى من القارة.

بيانات تقديم الخدمات، 2021–2025

اكتمال مجموعة بيانات تقديم الخدمة المطلوبة: 16٪ (منخفض).

أوغندا



شرق أفريقيا · مدرج في التقييم القاري لعام 2026 · 12 وثيقة في مكتبة مراجعة الوفاة

السياسات والتنسيق والتمويل (التقييم القاري 2026)

م	**استراتيجية SRH المستقلة**	نعم	**سياسة أو استراتيجية SRH**
من 13	**بطاقة النتائج السياسية**	2025	**سنة الاعتماد**
د التطوير	**خطة التشغيل المتكلفة**	قيد التطوير	**آلية التنسيق**
م	**زيادة السكان المحليين (3 سنوات)**	لا	**خط الميزانية المخصص ل SRH**
م	**SRH في التصنيف الوطني HIS**	نعم	**تمويل SRH الخارجي**
شمول الجزئي	**SRH في حزمة UHC**	جزئيا	**البيانات مفصلة بالكامل**
كام جزئية	**تشريعات العنف ضد النوع الاجتماعي**	قانونية تحت ظروف محددة	**قانون الإجهاض**

مراجعة وفاة الأم وفترة ما حول الولادة

12 وثيقة في المكتبة؛ تقرير (أو تقارير) مراجعة وطنية متاحة. الفترات المغطاة: 2009–2011؛ السنة المالية 17/2016؛ السنة المالية 18/2017؛ السنة المالية 19/2018؛ السنة المالية 21/2020؛ السنة المالية 25/2024. نوع المصدر: MPDR، MPDSR.

الأسباب المسجلة الرئيسية (السنة المالية 25/2024): نزيف 46٪؛ ارتفاع ضغط الدم 21٪؛ تعفن الدم 8٪؛ غير مباشر (الملاريا/فيروس نقص المناعة البشرية/السل/فقر الدم) 6٪؛ التخدير 5٪؛ الإجهاض 4٪.

تأخيرات المساهمة: تغير ٪6- D1؛ تغير ٪8- D2؛ تغير ٪11 D3.

أسباب حديثي الولادة أو ما قبل الولادة: اختناق الولادة 53٪؛ تعفن الدم 14٪؛ الخدج 12٪.

يتتبع التقدم مقارنة بالتوصيات السابقة: نعم.

ملاحظة تحليلية: الاتجاه لمدة خمس سنوات: النزيف مستقر 40–46٪؛ ارتفع HDP بنسبة 15٪→20–21٪، متجاوزا الأسباب غير المباشرة كسبب ثان. انخفضت معدلات الوفيات على مدى 3 سنوات: نزيف –43٪، ٪50– HDP، تعفن الدم –9٪، الملاريا أثناء الحمل –75٪. التأخير 3 (الرعاية في المنشأة) ارتفعت بنسبة 11٪ — وهو التأخير الوحيد الذي يزداد سوءا. ٪20 APH / ٪80 PPH من النزيف. المراهقون <19: غير مباشر 29٪، تعفن الدم 16٪؛ يبلغ الإجهاض ذروته عند 20–24 سنة (33٪). سلسلة فيروس نقص المناعة البشرية بين الوفيات المحيطة بالولادة: 74٪ تم اختبارهم، 5٪ إيجابيون، فقط 73٪ من الذين يتلقون ART.

بيانات تقديم الخدمات، 2021–2025

اكتمال مجموعة بيانات تقديم الخدمة المطلوبة: 100٪ (عالية).



زامبيا



جنوب أفريقيا · مدرج في تقييم القارة لعام 2026 · وثيقة واحدة في مكتبة مراجعة الوفاة

السياسات والتنسيق والتمويل (التقييم القاري 2026)

م			
1 من 13	استراتيجية SRH المستقلة	نعم	سياسة أو استراتيجية SRH
	بطاقة النتائج السياسية	2022	سنة الاعتماد
م	خطة التشغيل المتكلفة	نعم	آلية التنسيق
م	زيادة السكان المحليين (3 سنوات)	نعم	خط الميزانية المخصص ل SRH
شمول الجزئي	SRH في التصنيف الوطني HIS	نعم	تمويل SRH الخارجي
انون الشامل	SRH في حزمة UHC	نعم	البيانات مفصلة بالكامل
	تشريعات العنف ضد النوع الاجتماعي	قانونية تحت ظروف محددة	قانون الإجهاض

مراجعة وفاة الأم وفترة ما حول الولادة

وثيقة واحدة في المكتبة؛ تقرير مراجعة وطني متوفر. الفترات المغطاة: 2015–2017. نوع المصدر: MDSR.

الأسباب المسجلة الرئيسية (2015–2017): نزيف التوليد؛ اضطرابات ارتفاع ضغط الدم؛ تعفن النفاع.

يتتبع التقدم مقابل التوصيات السابقة: غير موضح في التقارير التي تم مراجعتها.

ملاحظة تحليلية: يطبق التقرير نموذج التأخيرات الثلاثة صراحة كإطار تحليلي. النزيف التوليدي هو السبب الرئيسي. حالة المسودة — يسجل تحليل الفجوات زامبيا ك "مسودة فقط".

بيانات تقديم الخدمات، 2021–2025

اكتمال مجموعة بيانات تقديم الخدمة المطلوبة: 37٪ (متوسط).

زيمبابوي



جنوب أفريقيا · مشمول في تقييم القارة لعام 2026 · 7 وثائق في مكتبة مراجعة الوفاة

السياسات والتنسيق والتمويل (التقييم القاري 2026)

م			
1 من 13	استراتيجية SRH المستقلة	نعم	سياسة أو استراتيجية SRH
م	بطاقة النتائج السياسية	2026	سنة الاعتماد
	خطة التشغيل المتكلفة	نعم	آلية التنسيق
م	زيادة السكان المحليين (3 سنوات)	نعم	خط الميزانية المخصص ل SRH
شمول الشامل	SRH في التصنيف الوطني HIS	نعم	تمويل SRH الخارجي
انون الشامل	SRH في حزمة UHC	نعم	البيانات مفصلة بالكامل
	تشريعات العنف ضد النوع الاجتماعي	قانونية تحت ظروف محددة	قانون الإجهاض

مراجعة وفاة الأم وفترة ما حول الولادة

7 وثائق في المكتبة؛ تقرير (أو تقارير) المراجعة الوطنية متوفرة. الفترات المغطاة: 2024. نوع المصدر: MPDSR.

الأسباب المسجلة الرئيسية (2024): النزيف 33٪؛ ارتفاع ضغط الدم 21٪.

أسباب حديثي الولادة أو ما قبل الولادة: اختناق الولادة 51٪؛ الخدج 24٪؛ الآخرون 18٪؛ تعفن الإنتان الوليدي.

يتتبع التقدم مقابل التوصيات السابقة: غير موضح في التقارير التي تم مراجعتها.

ملاحظة تحليلية: معدل MMR مؤسسي 37 لكل 100,000 مولود حي في عام 2024. تأخير نقل العملاء إلى المستوى التالي من الرعاية يعزى إلى نقص سيارات الإسعاف والوقود — وهو نتيجة واضحة تتعلق بالتأخير الثاني/اللوجستيات.

بيانات تقديم الخدمات، 2021–2025

اكتمال مجموعة بيانات تقديم الخدمة المطلوبة: 0٪ (لا شيء).

الملحق 2. أمثلة الدول: ما الذي نجح بالفعل في أفريقيا

يقدم هذا الملحق تدخلات قائمة على الأدلة من دول الاتحاد الأفريقي الأعلى، تنظمها لبنات نظام الصحة التابع لمنظمة الصحة العالمية. تم إعداده من التقييم القاري وورشتي التحقق الإقليمية للسياسة التي عقدت في نيروبي من 8 إلى 10 يوليو 2026 وكوتونو في 29 إلى 31 يوليو 2026، ويعاد نشرها هنا مع قائمة مراجع خاصة به. المراجع في هذا الملحق مقدمة ب "A2." وتشير إلى قائمة المراجع في نهاية الملحق، وليس إلى قائمة المراجع الرئيسية.

الرسائل الرئيسية

تنتج أفريقيا حلولها الخاصة، على نطاق واسع، مع نتائج قابلة للقياس. كل مثال في هذا القسم مصمم من قبل أفريقيا، وقاده الحكومة، ومثبت — العديد منها من خلال تقييمات الأثر المحكمة المحكمة.

أسرع المكاسب الموثقة تتبع نفس التسلسل: القيادة السياسية تحول الأدلة إلى ميزانيات؛ وتوفر الخدمات جسديا وماليا في متناول اليد؛ ويتم تدقيق النتائج بلا هوادة.

يظهر انخفاض وفيات الأمهات بنسبة 80٪ في تنزانيا خلال سبع سنوات أن مسار أهداف التنمية المستدامة يمكن تعافيه ضمن دورة سياسية واحدة.

هذه النماذج قابلة للنقل — فالتكيف جار بالفعل عبر القارة — وتوسعها هو في الأساس مسألة تمويل والتزام سياسي، وليس اكتشافا.

A2.1 الغرض والنهج

حدد التقييم القاري لسياسات صحة الجنسين والتكاثر والأمهات والأمهات وحديثي الولادة والأطفال والمراهقين (SRMNCAH)، والأطر القانونية، والتمويل، وتقديم الخدمات — الذي أكمله جميع الدول الأعضاء ال 55 في الاتحاد الإفريقي وتم التحقق منه من قبل الدول الأعضاء في ورش عمل التحقق من السياسات الإقليمية في نيروبي وكوتونو في يوليو 2026 [A2.3] — مجموعة متسقة من الحواجز التي تواجه عبء وفيات الأمهات وحديثي الولادة في أفريقيا: التمويل غير الكافي والمجزأ، نقص القوى العاملة وسوء التوزيع، التأخيرات في الوصول إلى الرعاية الطارئة للولادة، نفاد مخزون السلع، ضعف أنظمة البيانات، وفجوات في الحوكمة والقانون والمشاركة المجتمعية.

يجيب هذا القسم على السؤال الأكثر أهمية لصناع القرار: ما الذي نجح بالفعل في أفريقيا ضد كل من هذه الحواجز؟ يقدم أمثلة وطنية منظمة بواسطة ستة لبنات أساس إطار أنظمة الصحة العالمية لمنظمة الصحة العالمية — تقديم الخدمات؛ القوى العاملة الصحية؛ أنظمة المعلومات الصحية؛ الوصول إلى الأدوية والتقنيات الأساسية؛ التمويل؛ والقيادة والحوكمة [A2.1]. توفر اللبنات الأساسية لغة مشتركة بين وزارات الصحة ووزارات المالية والتخطيط، وتجعل النتائج المركزية للتقييم مرئية: لا ينجح تدخل واحد بمفرده، وأقوى النتائج الوطنية تجمع بين العمل عبر عدة كتل في آن واحد.

عتبة الشمول. يتم تضمين الأمثلة الوحيدة التي لديها أدلة موثقة على التأثير — تقييمات الأثر المحكمة المرجعية، بيانات المسوح الوطنية، أو نتائج البرامج المعتمدة التي تم التحقق منها من قبل الدولة العضو المعنية في ورشة عمل نيروبي أو كوتونو. كل مثال يحمل إشارة قوة الأدلة. تدخلات واعدة دون أدلة على النتائج حتى الآن (من بينها التعاقدات الخاصة مع تنظيم الأسرة في الصومال، وتجربة النقل المجتمعي في زيمبابوي، والتجنيد الجماعي المتسارع في ناميبيا، وأدوات القوى العاملة الرقمية في كينيا) موثقة في سجل ورشة العمل واستثمارات تقييم الجدارة، لكنها لم تعرض هنا كمثبتة.

لا تزال دول الاتحاد الأفريقي تمثل حوالي 69٪ من وفيات الأمهات العالمية وما يقرب من نصف حالات وفيات حديثي الولادة [A2.2]. الأمثلة التالية هي أقوى دليل متاح على أن هذا العبء غير ثابت: حيث كانت الحكومات الأفريقية قد تقدمت بالأدلة والتمويل والمساءلة، انخفضت الوفيات — في حالة واحدة بنسبة 80٪ خلال سبع سنوات [A2.4، A2.5].

A2.2 الأمثلة من نظرة واحدة

نتيجة العنوان الرئيسي	التدخل	كانتري	كتلة البناء
ارتفع تمويل التمويل المالي المحلي ~19 ضعفا ليصل إلى 9.47 مليون دولار أمريكي بحلول العام الثاني؛ لا توجد نفاذات كبيرة في الأسهم الوطنية	اتفاقية تنظيم الأسرة متعددة المتبرعين (2023)	إثيوبيا	التمويل
~91٪ مؤمن؛ انخفاض الإنفاق الكارثي؛ تسليم المؤسسات بنسبة +23٪ بموجب PBF	موتويل دي سانتي CBHI والتمويل القائم على الأداء	رواندا	التمويل
معايير التوظيف 56٪→85٪؛ توسع RBF ليشمل 1,300+ منشأة وتم إدخاله في التيار الرئيسي	مضاعفة الرواتب الريفية لعام 2012 بالإضافة إلى تمويل قائم على النتائج في HC IV	أوغندا	القوى العاملة الصحية
تحسين الاتصال ب ANC، وسائل منع الحمل لدى المراهقين، الإبلاغ عن PMTCT وGBV	دمج محفزات البرنامج الواحد فى كادر واحد من عمال الصحة المجتمعية	إسواتيني	القوى العاملة الصحية
معدل MMR الوطني 556→104 لكل 100,000 (2015/16–2022)؛ 38٪ انخفاض في وفيات الأمهات في المناطق المقيمة.	النقل الطارئ m-MAMA ضمن التوسعة الوطنية لشبكة EmONC	تنزانيا	تقديم الخدمة
92٪→84٪ SBA؛ وفيات الأمهات فى المنشأة انخفضت تقريبا إلى النصف	حزمة التأخير الثالث: تدقيقات لامركزية، منازل انتظار، مشاركة حراس البوابة	إسواتيني	تقديم الخدمة
حمل المراهقات في المناطق الريفية ~13٪→~5٪؛ 356,600+ فتاة متزوجات اعتمدت وسائل منع الحمل	Smart Start للمراهقين SRH، تم توسعها من قبل الحكومة من خلال RISE	إثيوبيا	تقديم الخدمة
تم تقليص أوقات التسليم من ساعات إلى دقائق؛ انخفض انتهاء صلاحية الدم ~7 وحدات لكل منشأة شهريا	توصيل الدم والسلع عبر الطائرات بدون طيار في الرحلة الأخيرة	رواندا	المنتجات الطبية
التوفر ارتفع عبر الطرق؛ الحفاظ على مخزون المستودع المركزي بنسبة 100٪	الشراء والتوريد المضغوط الآمن	إثيوبيا	المنتجات الطبية
تم التحقق من 5,600+ مستوطنة؛ 500+ مستوطنة غير مرئية تم العثور عليها وربطها بمنشآت	سجل تسوية موثوق من Geo ST4R لتخطيط RMNCAH	نيجيريا (كانو)	معلومات صحية
MMR ~1,044 (2015) إلى ~563 لكل 100,000؛ مدارس التوليد في ست من أصل سبع ولايات	خطة واحدة، ميزانية واحدة، مراقبة ومراقبة واحدة؛ فريق عمل يقوده رئيس الوزراء؛ توسيع القابلات	الصومال	القيادة والحوكمة
تم تلبية الحاجة إلى FP بنسبة 64.5٪→69.8٪؛ انتشار وسائل منع الحمل 41٪→49.5٪	اللجنة الدائمة متعددة القطاعات للمشروع الحكومى (الدولة، الدينية، التقليدية، CSO)	مدغشقر	القيادة والحوكمة

نتيجة العنوان الرئيسى	التدخل	كانتري	كتلة البناء
تم إغلاق الثغرة القانونية لزواج الأطفال؛ التبني شبه الإجماعي	قانون الزواج لعام 2015 والتعديل الدستوري لعام 2017 (العمر 18 عاما)	مالاوي	القيادة والحوكمة

الجدول A2.1: أمثلة الدول حسب أساس نظام الصحة.

A2.3 التمويل

نتيجة التقييم: كان التمويل غير الكافي هو الحاجز الأعلى لمعظم الدول الأعضاء، وتفاقم ذلك انخفاض ~70٪ في المساعدات الصحية الخارجية منذ 2021 والإنفاق الذاتي الذي يبلغ حوالي 35٪ من الإنفاق الصحي — وهو أكبر حاجز مالي بين المرأة والرعاية [A2.3].

إثيوبيا — اتفاقية تنظيم الأسرة متعددة المانحين (2023)

الحاجز. الاعتماد الكبير على تمويل المانحين لمنتجات تنظيم الأسرة، واتساع الفجوة بين الطلب المتزايد وتراجع تمويل المانحين، والنفاد المتكرر من المخزون الذي يهدد استمرارية الخدمات.

التدخل. اتفاقية وطنية تقود لمدة ثلاث سنوات توحد وزارة الصحة ووزارة المالية وخدمة توريد الأدوية الإثيوبية وشركاء التنمية (بما في ذلك صندوق الأمم المتحدة للسكان والمؤسسات الخاصة)، مع تمويل محلي مشترك تدريجي تحت حوكمة مشتركة، ومراقبة شفافة، وشراء منسق [A2.11]. يرتكز الاتفاق على خطة تنفيذ تنظيم الأسرة المتكلفة لإثيوبيا 2023-2030 [A2.12].

دليل على التأثير. ارتفع تمويل الحكومة لتنظيم الأسرة بحوالي تسعة عشر ضعفا — من حوالي 0.5 مليون دولار أمريكي سنويا إلى 9.47 مليون دولار أمريكي بحلول السنة الثانية — ضمن إجمالي حوالي 30 مليون دولار أمريكي تم تعبئته في 2023-24 (الحكومة 12.41 مليون دولار؛ الشركاء 17.35 مليون دولار). تم الحفاظ على مخزون المستودعات الوطنية عند 100٪، دون وجود مخزون كبير من خطط الأسرة، وارتفع التوفر عبر الطرق: الحقن من 89.6٪ إلى 92.3٪، وسائل منع الحمل الطارئة من 71.9٪ إلى 83.8٪، الزرعات من 88.1٪ إلى 89.2٪، والواقيات الذكرية للرجال من 83.4٪ إلى 85.4٪ [A2.3]. توسع إثيوبيا الآن الاتفاقية لتشمل سلعا أوسع من RMNCAH، مستهدفة الملكية المحلية الكاملة بحلول عام 2030.

قوة الأدلة: نتائج البرنامج المثبتة التي تم التحقق منها من قبل الدولة العضو [A2.3]؛ تصميم وتمويل موثق من قبل صندوق الأمم المتحدة للسكان ووزارة الصحة الفيدرالية [A2.12، A2.11].

رواندا — التأمين الصحي المجتمعي والتمويل القائم على الأداء

الحاجز. الدفع من جيبه الذاتي مع استبعاد أفقر النساء من الحمل والولادة والرعاية الطارئة؛ حوافز مقدمي الرعاية الضعيفة للتغطية والجودة.

التدخل. تم تجربة تأمين الصحة المجتمعي Mutuelles de Santé — وهو أقساط عائلية صغيرة تدعمها الحكومة والمتبرعون، ويشمل رعاية الحمل، الولادة، تنظيم الأسرة، والنقل الطارئ — في عام 1999 وإلزامي على مستوى البلاد اعتبارا من 2008، مع إعفاءات للأقساط للأفقر الفئات. ويكمل ذلك بتمويل وطني قائم على الأداء يدفع مقدمي الخدمات مقابل النتائج والجودة المثبتة.

دليل على التأثير. حققت رواندا من بين أعلى التغطية التأمينية الصحية في أفريقيا (~91٪ من السكان المؤمن عليهم)؛ وجد التقييم الدقيق لأول ثماني سنوات للبرنامج زيادة كبيرة في استخدام الخدمات وانخفاض الإنفاق الصحي الكارثي بين الملتحقين [A2.9]. زاد نظام التمويل القائم على الأداء، الذي تم تقييمه من خلال تصميم عشوائي، عمليات التسليم المؤسسية بنسبة 23٪ وحسن جودة الرعاية قبل الولادة [A2.8]. ارتفع استخدام وسائل منع الحمل من 4٪ إلى 45٪ خلال عقد من هذه الإصلاحات المشتركة [A2.3].

قوة الأدلة: تقييمات الأثر المحكمة (ذا لانسيت؛ بلوس ون) [A2.8، A2.9]؛ التغطية واتجاهات وسائل منع الحمل من بيانات وطنية تم التحقق منها في الورشة [A2.3].

A2.4 القوى العاملة الصحية

نتيجة التقييم: احتلت قيود القوى العاملة المرتبة الثانية في كل دولة عضو تقريبا — مدفوعة بانخفاض الأجور، وسوء التوزيع في المناطق الريفية والحضرية، والهرب من أصحاب العمل الممولين بشكل أفضل، ونقص المرافق التي تعيق الوظائف [A2.3].

أوغندا — إصلاح الرواتب الريفية بالإضافة إلى تمويل قائم على النتائج في مركز الصحة الرابع

الحاجز. مراكز الصحة IV — وهي مراكز فرعية مكلفة بتوفير الجراحة الطارئة والرعاية الطارئة الشاملة للتوليد لمناطق ~100,000 — كانت بدون أطباء: حيث كانت وظائف العمليات ونقل الدم أقل من 50٪، مدفوعة بالرواتب غير التنافسية وبيئات العمل غير الصالحة للاستخدام.

التدخل. إصلاح من مرحلتين. في سبتمبر 2012، وبعد حملة وطنية للمجتمع المدني ضد وفيات الأمهات التي يمكن الوقاية منها، ضاعفت الحكومة رواتب ضباط الطب على مستوى HC IV (من ~1.2 UGX مليون إلى 2.5 مليون UGX شهريا، مدعومة بتخصيص 49.5 مليار UGX). عندما ثبت أن الأجور وحدها غير كافية — حيث كانت المسارح لا تزال تفتقر إلى الإمدادات والمرافق — اتجهت أوغندا إلى تمويل قائم على النتائج: تكسب المرافق من التوصيلات والتطعيمات الموثقة، وتنفق بمرونة على عنق الاختناقات المحلية، وتخضع لتدقيق الجودة من قبل فرق تحسين الجودة في المنطقة، مع تدفق الأموال مباشرة إلى المنشآت [A2.3].

دليل على التأثير. ارتفعت معايير التوظيف في المنشآت المستهدفة من 56٪ إلى 85٪، وتركزت في المناطق الريفية [A2.3]. بموجب برنامج URMCHIP المدعوم من البنك الدولي، تم توسيع التمويل القائم على النتائج ليشمل أكثر من 1,300 منشأة بين 2016 و2022، وتم دمجه في النظام المالي الوطني، مع مراجعة مستقلة توثق تحسن توفر والوصول إلى خدمات صحة الأمهات والأطفال ذات الأولوية [A2.13].

قوة الأدلة: نتائج البرامج المؤكدة التي تم التحقق منها من قبل الدولة الأعضاء [A2.3]؛ وتم توثيق التوسع الوطني وتأثيرات الخدمة في مراجعة إتمام تنفيذ البنك الدولي [A2.13].

إسواتيني — كادر واحد من العاملين في الصحة المجتمعية

الحاجز. كوادر مجتمعية مجزأة ذات برنامج واحد (فيروس نقص المناعة البشرية، الملاريا، RMNCAH 'محفزات الصحة الريفية') يكررون الجهود مع ترك فجوات في الخدمة، دون مسار مهني منظم.

التدخل. دمج جميع المحفزات في برنامج واحد في كادر واحد من العاملين الصحيين المجتمعيين المدربين عبر كامل محفظة RMNCAH، ضمن نظام خدمة منظم: مهارات محددة، معايير التوظيف (خفض سن القبول من 40 إلى 20 سنة) وسن تقاعد إجباري يبلغ 60 عاما.

أدلة على التأثير. تحسن أبلغت الدول الأعضاء عبر الخدمات التي يقدمها الكادر الموحد: الرعاية قبل الولادة الاتصال الأول، تقبل وسائل منع الحمل لدى المراهقين، إدارة فيروس نقص المناعة البشرية بما في ذلك ART المجتمعي، قبول PMTCT، PrEP، والإبلاغ عن العنف والعنف القائم على النوع الاجتماعي ضد الأطفال [A2.3].

قوة الأدلة: بيانات البرنامج تم الإبلاغ عنها والتحقق منها من قبل الدولة العضو [A2.3]؛ التقييم الرسمي سيعزز الحجة لتكرار التمثيل الإقليمي.

A2.5 تقديم الخدمة

نتيجة التقييم: ظهرت التأخيرات في الوصول إلى الرعاية النسائية الطارئة كحاجز عابر عبر المنطقة — مسافات طويلة إلى قدرة CEmONC، ضعف أنظمة النقل والإحالة، وللمراهقين، خدمات غير مصممة لهم [A2.3].

تنزانيا — نقل الطوارئ m-mama ضمن توسعة وطنية لشبكة EmONC

الحاجز. التأخيرات الحرجة في الوصول إلى الرعاية الإحالية: أظهرت الخرائط أن عدد كبير من السكان يبعد أكثر من خمسة كيلومترات عن المنشأة — وهو الحد الذي تجاوزته النساء البحث عن بدائل للولادة في المنشأة — مع وجود عدد قليل جدا من المرافق التي تقدم رعاية التوليد الطارئة.

التدخل. تسلسل وطني متعمد: نقل الأدلة إلى رئيس الدولة؛ زيادة مستدامة في الميزانية؛ توسيع الرعاية الأولية بحيث تجري الصيدليات عمليات الولادة وتوفر المراكز الصحية عمليات قيصرية؛ ونظام النقل الطارئ m-MAMA — خط إرسال مجاني على مدار الساعة مع فرز موجه من وزارة الصحة وأسطول هجين يجمع بين سيارات الإسعاف الحكومية و4,200+ سائق مجتمعي متعاقد عبر طرق مرسومة رقميا. تم تجربة m-mama في شينيانغا (2013) كشراكة بين القطاعين العام والخاص (حكومة تنزانيا مع مؤسسة فودافون، الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، باثفايندر إنترناشونال، Touch Healthy)، وتغطي الآن البلاد بأكملها بتكلفة حكومية سنوية تقل عن 2 مليون دولار أمريكي، وتوفر حوالي 54,000 نقل طارئ سنويا [A2.7، A2.6].

دليل على التأثير. انخفضت نسبة وفيات الأمهات في تنزانيا من 556 إلى 104 لكل 100,000 مولود حي بين عامي 2016/2015 و2022 — أي انخفاض يقارب 80٪ خلال سبع سنوات — مع ارتفاع الولادة المؤسسية حيث اقترب 80٪ من السكان على بعد خمسة كيلومترات من المنشأة [A2.4, A2.5]. تسجل تقييمات البرنامج لحالة الأمهات انخفاضا بنسبة 38٪ في وفيات الأمهات وانخفاض 40٪ في وفيات حديثي الولادة في المناطق المقيمة، حيث تم نقل أكثر من 190,000 أم وطفل حديث الولادة، وكانت التكاليف لكل رحلة أقل بحوالي ثلثي السائقين المجتمعيين مقارنة بسيارات الإسعاف التقليدية [A2.3, A2.6, A2.7]. تجري عملية التكيف في مالاوي وليسوتو، حيث أبدت الصومال وكينيا اهتمامهما [A2.3].

قوة الأدلة: بيانات المسح الوطني [A2.4] (TDHS-MIS 2022)؛ تقييمات البرامج والتحليلات التجريبية المنشورة [A2.7، A2.6]؛ تقارير البرامج المصادقة في ورش العمل [A2.3].

إسواتيني — حزمة 'التأخير الثالث' لحضور الولادة المهرة

الحاجز. معدلات وفيات الأمهات بين السكان الأعلى في المنطقة، مع وجود حواجز ثقافية (الزوج أو الحماة يقررون متى يمكن للمرأة طلب الرعاية)، المسافات الطويلة، وفجوات الجودة في المرافق.

التدخل. حزمة مشتركة: تدقيقات وفيات الأمهات لا مركزية من المستوى الوطني إلى المستوى المحلي والمستواي والمجتمع مع إشعار على مدار 24 ساعة؛ إرشادات EMONNC والإرشاد الميداني الموجه للمرافق ذات معدلات الوفيات العالية؛ تجديد دور انتظار الأمومة للنساء من المناطق الصعبة الوصول؛ إشراك منظم لحراس البوابة التقليديين؛ ولامركزية التشخيص (بما في ذلك الموجات فوق الصوتية) إلى مستوى العيادة.

دليل على التأثير. ارتفعت نسبة الحضور والولادة الماهرة من حوالي 84٪ (2014) إلى حوالي 92٪، مع أكثر من 90٪ في الولادة؛ وانخفضت وفيات الأمهات المسجلة في المنشأة تقريبا إلى النصف (من ~190 إلى ~90) [A2.3].

قوة الأدلة: البيانات الوطنية وبيانات المنشأة التي تم الإبلاغ عنها والتحقق منها من قبل الدولة الأعضاء [A2.3].

إثيوبيا — Smart Start: خدمات منع الحمل التي تركز على المراهقين على نطاق واسع

الحاجز. ارتفاع الحمل المتزايد في المناطق الريفية باستمرار؛ الفتيات المراهقات — خاصة الفتيات الريفيات المتزوجات — غير المتاحات من قبل خدمات تنظيم الأسرة التقليدية.

التدخل. يربط برنامج Smart Start بين الاستشارات في التخطيط المالي وخيار وسائل منع الحمل للفتيات المراهقات المتزوجات، والذي يقدم من خلال برنامج التمديد الصحي الحكومي على مستوى المكتب الصحي. تم تطويره ضمن مبادرة المراهقين 360، واعتمدته وزارة الصحة الفيدرالية وتم تأسيسه وتوسيعه على المستوى الوطني من خلال برنامج RISE (خارطة الطريق لدمج البداية الذكية في إثيوبيا)، مع إطلاق الآن تكيف حضري [A2.14]. ويعزز ذلك خارطة طريق للحد من الحمل بين المراهقين

المكونة من أربع وزارات (التعليم؛ المرأة والشؤون الاجتماعية؛ العدالة؛ التخطيط) التي تمنح كل قطاع مسؤوليات ومحاسبة صريحة [A2.3].

دليل على التأثير. أكثر من 356,600 فتاة مراهقة متزوجة اتخذن طوعا وسيلة منع حمل من اختيارهن [A2.14]. انخفض حمل المراهقات في المناطق الريفية من حوالي 13٪ إلى 5٪ في مناطق التدخل، وتشير نتائج المسح الوطني الأولية لعام 25/2024 إلى انخفاض الحمل في سن المراهقة إلى حوالي 10٪ على المستوى الوطني، مع أشد الانخفاضات في المناطق الريفية حيث كان البرنامج أقوى [A2.3، A2.15].

قوة الأدلة: مراقبة البرامج على المستوى الوطني [A2.14]؛ المسح الوطني (EDHS 2024/25، قبل النشر) [A2.15]؛ تم التحقق من صحتها من قبل الدولة الأعضاء في الورشة [A2.3].

A2.6 الوصول إلى الأدوية والتقنيات الأساسية

نتيجة التقييم: احتلت مخزونات السلع من بين أكبر خمسة عوائق في معظم الدول الأعضاء، في قارة تستورد حوالي 80٪ من سلعها الصحية [A2.3].

رواندا — تسليم جوي للدم والسلع المنقذة للحياة في الميل الأخير

الحاجز. النزيف بعد الولادة — وهو السبب الرئيسي لوفيات الأمهات — يتطلب دما خلال دقائق؛ واستغرق التوصيل على الطرق إلى المرافق النائية ساعات وأدى إلى نفاد المخزون وإهدار المنتجات قصيرة الصلاحية.

التدخل. منذ عام 2016، تعاقدت الحكومة مع توصيل منتجات الدم واللقاحات والأدوية ووسائل منع الحمل عبر الطائرات بدون طيار المستقلة (Zipline) إلى منشآت يصعب الوصول إليها في جميع أنحاء البلاد، مدمجة مع التخزين المركزي وأنظمة الإمداد الوطنية ضمن أجندة رواندا الذكية.

دليل على التأثير. وجد تحليل السلسلة الزمنية المحكمة أن تسليم الدم بالطائرة بدون طيار قلل بشكل ملحوظ من أوقات تسليم منتجات الدم (عمليات تسليم طارئة خلال ساعة، مقابل ما يصل إلى أربع ساعات عبر الطريق — وفي بعض الحالات الموثقة من أربع ساعات إلى خمس عشرة دقيقة) وقلل من انتهاء صلاحية وحدات الدم بحوالي سبع وحدات لكل منشأة شهريا [A2.10]. حوالي ثلاثة أرباع الدم الذي يتم تسليمه خارج كيغالي الآن يتحرك بواسطة الطائرات بدون طيار.

قوة الأدلة: تقييم محكم (ذا لانست جلوبال هيلث) [A2.10].

إثيوبيا — توفر السلع المضمونة المدمجة

الحاجز. نفاد مخزون تنظيم الأسرة المتكرر بسبب التمويل غير المتوقع والمشتريات المجزأة.

التدخل. اتفاقية التمويل الموصوفة في القسم 4، والتي تعمل آلياتها على جانب العرض — منسقة المشتريات، المراقبة الشفافة، والحوكمة المشتركة مع خدمة توريد الأدوية الإثيوبية — كأداة لأمان السلع.

دليل على التأثير. حافظت 100٪ على مخزون المستودعات الوطنية دون نفاد كبير في مخزون تنظيم الأسرة، وزيادة في التوفر عبر جميع الطرق الرئيسية (القسم 4) [A2.3, A2.11].

قوة الأدلة: نتائج البرنامج المؤكدة التي تم التحقق منها من قبل الدولة الأعضاء [A2.3, A2.11].

A2.7 نظم المعلومات الصحية

نتيجة التقييم: كانت أنظمة البيانات المحدودة من بين أهم الحواجز، ووجد التقييم القاري نفسه أن بيانات تقديم الخدمات هي أضعف طبقة في تقارير الدول — وهو اكتشاف بحد ذاته. تدعم كل بطاقة تقييم، وتقدير تغطية، وأداة للمساءلة قوامم موثوقة وبيانات روتينية [A2.3].

نيجيريا (ولاية كانو): Geo ST4R: جعل المجتمعات غير المرئية مرئية

الحاجز. افترضت أنظمة التخطيط لRMNCAH أن كل مستوطنة على الخريطة. في الواقع، لم تكن المئات كذلك، غير مخصصة لأي منشأة، غائبة عن خطط التوعية الصغيرة، غير محسوبة حسب القوام، وبالتالي لم تصل إليها الرعاية قبل الولادة والتطعيم.

التدخل. Geo ST4R، نظام دعم اتخاذ القرار الجغرافي المكاني المبني والمملوك من قبل الحكومة: سجل مستوطنات رئيسي موثق مع تحديد موقع جغرافي دقيق؛ ربط رسمي لكل مستوطنة بمنشأة مسؤولة؛ لوحة تحكم دعم اتخاذ القرار للتخطيط الدقيق للتطعيم، جدولة ANC، واستهداف التغذية؛ وروبوت دردشة في الخطوط الأمامية يسمح للعاملين الصحيين بالاستفسار عن مناطقهم الخاصة [A2.17].

دليل على التأثير. في ولاية كانو، تم التحقق من أكثر من 5,600 تسوية وتم تحديد أكثر من 500 مستوطنة لم تستولي عليها سابقا — مجتمعات قائمة غير مرئية للنظام الصحي. تم تصحيح مناطق التجميع، وإعادة تخصيص المرافق، ومراجعة خطط التطعيم والتوعية بحزب المؤتمر الوطني الأفريقي؛ النظام ينتقل إلى ملكية وإدارة الدولة [A2.17]. تعزز بيانات التسوية المؤكدة من هذا النوع تقارير كارما بلس بشكل مباشر ومصداقية قضايا التمويل المحلي.

قوة الأدلة: نتائج البرنامج تم التحقق منها على مستوى الولاية [A2.17]؛ يوصى بتقييم النتائج على مستوى النتائج (تغيير التغطية) مع توسع النظام.

A2.8 القيادة والحوكمة

نتائج التقييم: ضعف التنسيق، قوانين وسياسات غير كافية، حواجز ثقافية ودينية والتزام سياسي غير متكافئ تقطع كل الركائز الأساسية. أوضح درس في الورشة: الإرادة السياسية هي آلية التحويل التي تحول الأدلة إلى ميزانيات [A2.3].

الصومال — حكم تحول في بيئة هشة

الحاجز. نظام صحي أعيد بناؤه بعد انهيار، مع تدفقات تمويل شركاء متوازية وغير منسقة، ونقص حاد في القوى العاملة، وبين أعلى معدلات وفيات الأمهات في العالم.

التدخل. الإدارة الحكومية المتعمدة: استراتيجية وطنية لإدارة التوليد النسائي مع دمج SRH بالكامل؛ رئيس الوزراء يترأس شخصيا فريق عمل التطعيم؛ توسيع تدريب القابلات بحيث تدير ست من الولايات السبع مدارس للقابلات؛ توسيع الرعاية الطارئة الشاملة الأساسية والشاملة مع الاهتمام الصريح للمناطق التي يصعب الوصول إليها؛ ومن عام 2025، خطة وطنية واحدة، ميزانية واحدة، إطار مراقبة (خطة واحدة، ميزانية واحدة، مراقبة واستغلال واحد) مع خرائط شركاء وموارد موحدة لإنهاء التكرار [A2.3].

دليل على التأثير. انخفضت وفيات الأمهات من حوالي 1,044 لكل 100,000 ولادة حية (2015) إلى حوالي 563 — أي ما يقرب من النصف خلال عقد من الزمن، تحقق خلال فترة الهشاشة الطويلة [A2.3].

قوة الأدلة: تقديرات وطنية تم الإبلاغ عنها والتحقق منها من قبل الدولة العضو [A2.3]؛ التثليث مع تقديرات الأمم المتحدة المشتركة بين الوكالات الموصى بها للتقرير النهائي [A2.2].

مدغشقر — اتفاقية دائمة متعددة القطاعات مع السلطات الإيمانية والتقليدية

الحاجز. المقاومة الثقافية والدينية التي تحد من تبني تنظيم الأسرة، وتشتت الحوكمة لأجندة التخطيط الأسري عبر القطاعات.

التدخل. لجنة وطنية دائمة متعددة القطاعات لتنظيم الأسرة تجمع بين السلطات السياسية والإدارية والدينية والتقليدية مع المجتمع المدني، وتنسق السياسات والتمويل من خلال خطط عمل وطنية متتالية لتنظيم الأسرة (2016--2020، 2021-2025، 2022--2026)، مع أهداف وطنية (انتشار وسائل منع الحمل الحديثة 60٪، والحاجة غير الملباة 8٪ بحلول 2030) توفر إطار مساءلة طويل الأمد [A2.3].

دليل على التأثير. ارتفعت الحاجة الملباة لتنظيم الأسرة من 64.5٪ إلى 69.8٪، وانتشار وسائل منع الحمل الحديثة من 41٪ إلى 49.5٪، وعدد الولادات التي يحضرها أفراد مؤهلون من 85٪ إلى 86.6٪ (بيانات المسح الوطني)، إلى جانب زيادة المخصصات السنوية لتنظيم الأسرة للسلع المخصصة لتنظيم الأسرة [A2.3].

قوة الأدلة: بيانات المسح الوطني والميزانية التي تم الإبلاغ عنها والتحقق منها من قبل الدولة الأعضاء [A2.3].

مالاوي — إغلاق القانون: إنهاء زواج الأطفال

الحاجز. زواج الأطفال الذي يدفع حمل المراهقين وتبعاته على الوفاة، مع القانون نفسه هو الحاجز: يمكن للأطفال الزواج في سن 15 بموافقة الوالدين.

التدخل. حدد قانون الزواج والطلاق والعلاقات الأسرية لعام 2015 سن الزواج ب 18؛ وأغلق تعديل دستوري عام 2017 ثغرة موافقة الوالدين. قاد الإصلاح ناشطات شابات ومنظمات نسائية وشركاء في الأمم المتحدة، وحظي بتأييد حاسم من قبل الزعماء التقليديين، حيث أقر البرلمان بالإجماع تقريبا [A2.3, A2.16].

دليل على التأثير. يوجد إطار قانوني ملزم الآن يحمي الفتيات والفتيان من الزواج قبل سن 18 على مستوى البلاد — وهو تأثير على مستوى الشرط المسبق على مسار حمل المراهقين لا تستطيع الخدمات وحدها توفيره. إن المشاركة المستمرة لقادة الإيمان والمجتمع، إلى جانب الوصول الحقيقي إلى الخدمات، هي الدرس الموثق لتكرار التكرار [A2.3, A2.16].

قوة الأدلة: الإصلاح القانوني موثق علنا [A2.16] وتم التحقق منه من قبل الدولة العضو [A2.3]؛ يجب تتبع التأثير الديموغرافي طويل الأمد من خلال جولات متعاقبة من وزارة الأمن الداخلي.

ج2.9 ماذا تخبر هذه النماذج القارة

عند قراءة الأمثلة عبر الستة لبنات الأساس، تتجمع الأمثلة على خمس دروس قابلة للنقل.

- القيادة السياسية هي المضاعف. رئاسة تنزانيا، ورد أوغندا على حملة المجتمع المدني، ورئيس وزراء الصومال، وبرلمان مالاوي كل منهم حول الأدلة إلى ميزانيات وقانون. لا يوجد مثال في هذا القسم تم التوسع بدونها.
- إزالة الحواجز للوصول إلى المسافة والمال. أكبر انخفاض في الوفيات يقترن مع الوصول المادي (توسيع المنشأة، النقل الطارئ، المنازل المنتظرة) مع الحماية المالية (التأمين، حماية الرسوم، اتفاقيات التمويل).
- الدفع مقابل النتائج، وليس فقط المدخلات. تظهر رواندا وأوغندا (مع أدلة محكمة وبرامج على التوالي) أن الأموال المرتبطة بالمخرجات والجودة المؤكدة، وتنفق بمرونة على مستوى المرافق، تفتح أداءا لا تستطيع الرواتب وحدها.
- عد كل شيء، تدقيق كل شيء. تدقيقات الوفاة اللامركزية على مدار 24 ساعة (إسواتيني)، والمقامات المعتمدة (كانو)، والتمويل المعتمد (أوغندا، رواندا) تشترك في تخصص واحد: لا نتيجة بدون رقم، ولا رقم بدون متابعة.
- صمم مع، لا من أجل. تم إشراك قادة ديانة في مدغشقر ورواندا، وحراس بوابة تقليديون في إسواتيني، وزعماء في مالاوي، وسائقي المجتمع في تنزانيا، وفتيات مراهقات في إثيوبيا كمالكين مشاركين — وهو الفرق المستمر بين البرامج التجريبية والبرامج الوطنية.

الرسالة القارية للجمعية العامة للأمم المتحدة مباشرة: أفريقيا لا تفتقر إلى الحلول؛ لقد أنتجت واختبرت ووسعت حجمها. ما تتطلبه أجندة الثلاثة أصفار الآن هو التمويل والالتزام السياسي لحمل هذه النماذج المثبتة عبر جميع الدول الأعضاء ال55، وأنظمة المساءلة التي تتحقق من تنفيذها، بلدا بدولة.

A2. المراجع لهذا الملحق

ج2.1 منظمة الصحة العالمية. عمل الجميع: تعزيز أنظمة الصحة لتحسين النتائج الصحية — إطار عمل منظمة الصحة العالمية. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2007.

A2.2 منظمة الصحة العالمية، اليونيسف، صندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA)، مجموعة البنك الدولي وUNDESA/قسم السكان. اتجاهات وفيات الأمهات 2000--2023: تقديرات منظمة الصحة العالمية، اليونيسف، صندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA)، مجموعة البنك الدولي وإدارة الأمم المتحدة لمكافحة المخدرات/السكان. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2025.

ج2.3 مراكز أفريقيا للسيطرة على الأمراض والوقاية منها. التقييم القاري لسياسات SRHR، والأطر القانونية، والتمويل، وتقديم الخدمات — مذكرات الدول الأعضاء (جميعها 55) ونماذج الدول كما تم تقديمها والتحقق منها في ورشة عمل التحقق من السياسات الإقليمية لمناطق شرق وجنوب أفريقيا، نيروبي، 8--10 يوليو 2026.

A2.4 وزارة الصحة (تنزانيا القارية)، وزارة الصحة (زنجبار)، المكتب الوطني للإحصاء، مكتب كبير الإحصائيين الحكوميين وICF. مسح تنزانيا الديموغرافي والصحي ومسح مؤشرات الملاريا 2022 (TDHS-MIS): التقرير النهائي. دودوما وروكفيل، ماريلاند؛ 2023.

A2.5 أفريقيا CDC. نجاح تنزانيا في تقليل وفيات الأمهات يمهد لنموذج لأفريقيا. أديس أبابا: مركز مكافحة الأمراض في أفريقيا؛ 2024. متوفر على: africacdc.org.

A2.6 مؤسسة فودافون. تقرير برنامج 'M-Mama: m-MAMA يقلل من معدل وفيات الأمهات الإقليمي' و'النقل الطارئ رقم 150,000 ل M-Mama يقام في تنزانيا'. متوفر على: foundation.vodafone.com.

A2.7 نحو نظام نقل طارئ مستدام للأمهات وحديثي الولادة: دروس من برنامج m-mama التجريبي المبتكر في شينيانغا، تنزانيا. الصحة العامة العالمية PMC10284377 / PLOS؛ 2023.

A2.8 باسينغا ب، جيرتلر بي جي، بيناغواهو أ، سوكات ALB، ستوردي ج، فيرميرش CMJ. تأثير الدفع لمقدمي الرعاية الصحية الأولية مقابل الأداء على خدمات صحة الأم والطفل في رواندا: تقييم الأثر. ذا لانسيت. 2011; 377(9775):1421--1428.

A2.9 لو سي، تشين ب، ليواندوفسكي ـال، باسينغا ب، هيرشهورن LR، هيل ك، موراي م، بيناجواهو أ. نحو التغطية الصحية الشاملة: تقييم لموتويليس رواندا في السنوات الثماني الأولى. PLOS ONE. 2012; 7(6):e39282.

A2.10 نيسينجيزوي MP، نديشيمي P، سويبو ك، وآخرون. تأثير توصيل الطائرة بدون طيار (الطائرات بدون طيار) على وقت تسليم منتجات الدم والهدر في رواندا: دراسة استعادية ومقطعية وتحليل سلاسل زمنية. ذا لانست جلوبال هيلث. 2022; 10(4):e569--e564.

A2.11 صندوق الأمم المتحدة للسكان في إثيوبيا. أطلقت صندوق الأمم المتحدة للسكان وحكومة إثيوبيا اتفاقية الدول لتمويل مشترك لشراء السلع الصحية الإنجابية. أديس أبابا: صندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA)؛ 2023.

A2.12 وزارة الصحة الفيدرالية، إثيوبيا. خطة تنفيذ التخطيط الأسري المكلفة 2023-2030 (FP-CIP). أديس أبابا؛ 2023.

ج2.13 البنك الدولي. مشروع أوغندا لتحسين خدمات الصحة الإنجابية والأمهة والطفل (URMCHIP) — تقرير إتمام التنفيذ والنتائج (ICR00006386). واشنطن العاصمة: البنك الدولي؛ 2024.

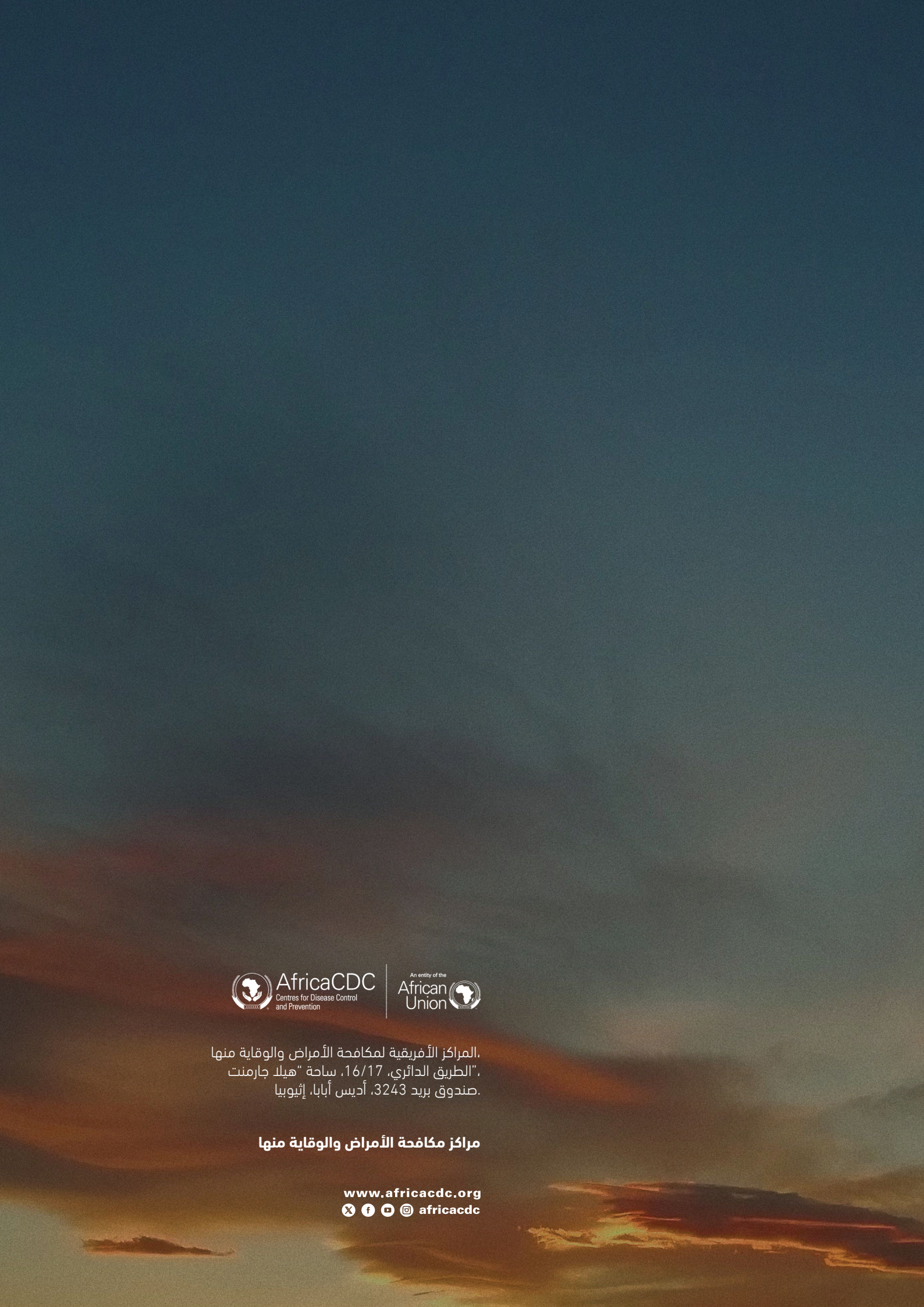
A2.14 خدمات السكان الدولية / المراهقون 360. Smart Start إثيوبيا وتوسع RISE (خارطة الطريق لدمج البداية الذكية في إثيوبيا): أدلة البرنامج. متوفر في: 2024 ;psi.org; a360learninghub.org.

A2.15 معهد الصحة العامة الإثيوبي ووزارة الصحة الفيدرالية. مسح إثيوبيا الديموغرافي والصحي 25/2024 — النتائج الأولية (قبل النشر)، كما قدمت في ورشة عمل التحقق من السياسات الإقليمية في نيروبي، يوليو 2026.

A2.16 حكومة مالاوي. قانون الزواج والطلاق والعلاقات الأسرية (2015)؛ قانون تعديل الدستور (2017). انظر أيضا فتيات لا عرائس وهيومن رايتس ووتش تغطيان عن تعديل مالاوي الدستوري الذي أنهى زواج الأطفال، 2017.

A2.17 باثفايندر إنترناشونال. نظام دعم القرار الجغرافي المكاني Geo ST4R — نتائج التحقق من تسوية ولاية كانو (نيجيريا)، كما قدمت في ورشة عمل التحقق من السياسات الإقليمية في نيروبي، يوليو 2026.

ج2.18 صندوق الأمم المتحدة للسكان الطبيعي. ابدأ بها: تقرير تأثير صندوق صحة الأمهات وحديثي الولادة في صندوق الأمم المتحدة للسكان، كما عرض في ورشة عمل التحقق من السياسات الإقليمية في نيروبي، يوليو 2026.



المراكز الأفريقية لمكافحة الأمراض والوقاية منها،
"الطريق الدائري، 16/17، ساحة "هيلا جارمنت،
صندوق بريد 3243، أديس أبابا، إثيوبيا.

مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها

www.africacdc.org
africacdc