Referate

Gesondheid in Afrika*

C.F. Slabber

Charlesstraat 165, Brooklyn 0181

"For almost nine hundred million people, approximately one sixth of mankind, the march of human progress has now become a retreat. In many nations, development is being thrown into reverse."

UNICEF — The State of the World's Children, 1989.

Dit is die openingsin in die 1989-verslag van die *United Nations Children's Fund* (UNICEF). Baie van hierdie mense woon in Afrika. Die stelling dui op agteruitgang en toenemende probleme vir die toekoms.

Hierdie artikel gee 'n kort oorsig van die fisiese en geestelike wel en wee van 'n vasteland waar 'n geskatte 500 miljoen mense woon en waaraan ons hier in Suidelike Afrika onherroeplik behoort. Dit is 'n groot wêrelddeel wat eens vergete was vanweë sy donker mistiek, ontoeganklikheid en siektes wat dikwels totaal anders was as dié waarvan die res van die wêreld bewus was.

Deur die eeue was Afrika 'n geslote boek, ook wat kennis rakende gesondheidsrisiko's en werklike voorkoms van siektes betref. Aanvanklik het 'n bietjie kennis vanaf avonturiers, ontdekkingsreisigers en hulle wat onder die prysenswaardige vaandel van sendinggenootskappe in Afrika gaan werk het, gekom. Feitlik onopsigtelik het hierdie sendingdokters, en andere, gesondheidsorg op ons vasteland van die een na die ander land ingedra. Mediese hulppersoneel is in groot getalle deur hulle opgelei en die evangelie is by wyse van die spuitnaald en die chirurgiese mes bekend-gestel.

Albert Schweitzer het vanweë sy toegewyde verblyf in Afrika vanaf 1913 tot 1965 die naam Lambaréné 'n huishoudelike naam oor die ganse wêreld gemaak. Voor en na hom was daar egter ook talle ander mediese sendelinge wat 'n leeftyd in Afrika deurgebring het. Benewens Europa en Noord-Amerika het hulle ook uit Suid-Afrika gekom. Vandag is hulle spore nog steeds in die huidige Zimbabwe, Malawi, Nigerië, Soedan en ander gebiede te vinde.

Weinig van hierdie fakkeldraers na die donkerste uithoeke van Donker Afrika is ooit vereer. Grootliks ongemerk was hul bydrae om op hierdie vasteland "eilandjies" tot stand te bring waar Afrikaans gedink en gepraat is, Afrikaans die taal was waarin daar gebid is, Afrikaans die taal was waarin beplan en beskrywings gegee is van die siektes waarmee hulle daagliks te doen gehad het. Begryplik was hulle, asook pioniersendingdokters van ander lande van die wêreld, se bydrae tot ons kennis van die siektes van Afrika redelik beskeie. Hulle is daagliks só oorval deur honderde siekes dat daar geen geleentheid was vir die byhou van aantekeninge, om nie eers van enige vorm van navorsing te

praat nie. Slegs enkeles kon met betekenisvolle literatuurbydraes voor die dag kom. Hier dink ons veral aan Chesterman se bydrae oor slaapsiekte, Browne se navorsing oor rivierblindheid en Burkitt wat die eerste persoon was om 'n bepaalde tumor in Afrika te beskryf. Werklike insiggewende siekestudies oor Afrika sou moes wag vir wetenskaplik uitgevoerde opnames en ander navorsingsgerigte aktiwiteite. Veral in die vyftigerjare was daar 'n opbloeit van hierdie aktiwiteite. In 1957 het die monumentale "An African Survey" van Lord Hailey verskyn. Twee jaar later verskyn daar insiggewende siektegegewens in die verslag van die beplanningskomitee wat die stigting van 'n mediese fakulteit in die destydse Rhodesië voorafgegaan het. In 1959 is 'n spesiale ondersoek deur wyle prof. H.W. Snyman op versoek van die WNNR uitgevoer oor mediese navorsing in Sentraal en Wes-Afrika.

Dit was juis gedurende hierdie tydperk dat Afrika sterker in die soeklig geplaas is. Amerikaanse en ander buitelandse hulpprogramme is van stapel gestuur. Die Wêreldgesondheidsorganisasie het die siektesluier oor Afrika begin lig. Intussen is siekte-opnames gedoen deur fakulteite van geneeskunde wat veral gedurende die afgelope 30 jaar in Afrika gevestig is. Dit is betekenisvol dat tydens die opname deur prof. H.W. Snyman in 1959 daar in Afrika, suid van die Sahara, 'n totaal van 10 volwaardige mediese fakulteite was — vyf van hulle was in Suid-Afrika. Waardevolle epidemiologiese en kliniese siektetekennis sou ook kom uit die mikroskoop en pen van merkwaardige mense soos Gelfand en andere.

Gedurende die dekades voor Suid-Afrika geïsoleer is, was Afrika vir ons navorsers en gesondheidsbeamptes maklik toeganklik en kon hulle ons kennis oor Afrika verryk. Daarná moes kontak al hoe meer in die geheim geskied, veral ten opsigte van dringende versoeke vir mediese hulpverlening uit lande met wie Suid-Afrika geen diplomatieke of ander verbintenisse gehad het nie. Gelukkig het daar in die jongste tyd 'n kentering ingetree daar Suid-Afrika nou oor redelike vars en eerste-handse kennis rakende gesondheid in Afrika beskik. Die Wêreldgesondheidsorganisasie, 'n agentskap van die Verenigde Volke, het daarin geslaag om met heelwat versamelde kundigheid 'n baie betroubare bron van kennis te wees.

Voordat ons indringend na gesondheid in Afrika kyk, is daar een verband wat ons duidelik moet neerlê. Ekonomiese en maatskaplike ontwikkeling is noodsaaklike voorvereistes vir die bereiking van goeie gesondheid vir al die inwoners van 'n betrokke land. Die teenoorgestelde is net so waar: die bevordering en beveiliging van die gesondheid van die inwoners is 'n noodsaaklike voorvereiste vir ekonomiese en maatskaplike ontwikkeling in enige land. Ekonomiese en maatskaplike ontwikkeling en gesondheid is vervleg en kan nie los van mekaar bespreek word nie. Al drie is noodsaaklik vir die algemene ontwikkeling van enige land. Gesondheid is dus basies deel van die algemene ontwikkelingsproses van 'n land.

In hierdie referaat word op drie aspekte van gesondheid in Afrika gelet:

*Referaat gelewer tydens die jaarvergadering van die SA Akademie vir Wetenskap en Kuns, Pretoria, 20-22 Junie 1990.

1. Gesondheid in Afrika — die huidige situasie.
2. Gesondheid in Afrika — redes vir die huidige dilemma.
3. Gesondheid in Afrika — die toekoms.

1. GESONDHEID IN AFRIKA — DIE HUIDIGE SITUASIE

Afrika het hoë verwagtings van onafhanklikheid gekoester. Die einde van die koloniale era is gesien as die begin van 'n tydperk van snelle ontwikkeling. Baie is bereik. Afrikalande het daarin geslaag om die lewensverwachting te verhoog, geleterdheid te vermeerder en gesondheidsorg uit te brei. Die infrastruktuur is aansienlik uitgebrei. Die gemiddelde ekonomiese groeikoers sedert 1961 was 3,4% per jaar — gering hoër as die bevolkingsgroei. Veral na 1967 het ekonomiese groei verder toegeneem, hoofsaaklik as gevolg van hoë pryse vir kommoditeite en aansienlike beleggings. Die beleggings was die gevolg van:

- uitvoerverdienste,
- buitelandse hulpprogramme van Amerika, Europa, en
- lenings.

Maar sedert die middel van die dekade 1970 het die prentjie begin verander. Die bruto binnelandse produk per capita begin daal. Hierdie daling was nie deel van 'n wêreldwye daling nie, maar beperk tot Afrika en Suid-Amerika. Die kontras met Suid-Asië was treffend. Afrika het begin agterraak. Die eindresultaat was dat Afrika met sy 450 miljoen inwoners in 1987 'n bruto binnelandse produk van 135 miljard VSA dollars gehad het — feitlik dieselfde as dié van België met sy 10 miljoen inwoners.

Hierdie is natuurlik 'n algemene oorsig, want hierdie treurige prentjie versteek die suksesstorie van byvoorbeeld 'n land soos Botswana, met 'n jaarlikse groeikoers van 8,3% in bruto binnelandse produk. Dit moet egter onthou word dat daar binne landsgrense groot verskille is. In Afrika tref ons 'n wye verskeidenheid van tale, gelowe en etniese groeperings aan. Min lande in Afrika is maatskaplik of kultureel homogeen.

As ons aan die begin van die nuwe dekade op die afgelope dekade terugkyk, dan kan ons dit soos volg saamvat:

- dalende per capita-inkomstes
- 'n per capita-voedselproduksie wat in 1989 laer is as wat dit in 1980 was
- 'n verlies aan wêreldmarkte vir sekere produkte
- 'n dalende persentasie kinders wat skool bywoon
- toenemende werkloosheid veral in die stede
- 'n toenemende skuld — Afrika se langtermynskuld het met 'n faktor van 19 sedert 1970 vermeerder.

Hierdie krisis het sy tol ten opsigte van die inwoners geëis. In baie lande het die besteding aan maatskaplike dienste gedaal — en dit sluit gesondheid in. Wanvoeding het toegeneem. Babasterfesyfers het hoog gebly.

Op die gesondheidsterrein is die oorheersende indruk van Afrika dat dit steeds in die wurggreep van oordraagbare siektes verkeer. Siekteveroorsakende agente soos helminte, protooë, swamme, bakterië, rickettsiae en virusse het onderskeidelik tot gevolg dat miljoene inwoners van Afrika wurminfestasies het, aan malaria ly, geteister word deur velsiektes, infeksies beleef soos longontsteking en bosluiskoorsverwante toestande asook

die verworwe immuungebreksindroom (VIGS). Malaria, bilharzia en haakwurm het 'n wye verspreiding, terwyl ander soos slaapsiekte, pes, kala-azar, geelkoors, amebiase en filariase meer lokaal aangetref word.

Na raming is ongeveer die helfte van die bevolking van Afrika suid van die Sahara draers van malaria-parasiete en kom daar nog jaarliks 90 miljoen nuwe gevalle in Afrika voor. Baie van hierdie pasiënte is woonagtig in gebiede waar geen spesifieke malariabestryding geskied nie. Ander infeksiesiektes bly steeds 'n groot bedreiging. Oor Afrika lê daar 'n sogenaamde meningitisgordel en hierdie infeksie van die sentrale senuweestelsel met hoë mortaliteit het redelik onlangs in Ethiopië 'n totaal van 9 000 gevalle tot gevolg gehad. Nie so lank gelede nie het ons hier in Suid-Afrika self 'n voorsmakie van cholera gehad en epidemies hiervan is veral die afgelope tyd in Angola skynbaar aan die orde van die dag. Dit is eintlik verbasend dat dit vanaf daardie oorlogontwrigte land nie drastieser suidwaarts versprei het nie. Uit die aard van die saak is VIGS ook in Afrika van besondere belang.

Daar was 'n tyd toe die verhaal oor Afrika se siektes by die hoofstuk oor die oordraagbaresiektespektrum sou eindig, maar met verstedeliking en verwestering het transkulturele blootstelling nuwe siektewerklikhede geskep. Daardie eeue-oue immuniteit teen peptiese ulserasie asook sekere ander siektes van die spysverteringskanaal, skildkliersteurnisse en bepaalde hartvatsiektes wat ook al "tuislandimmunitet" genoem is, is besig om te verdwyn. Hartvatsiektes het reeds in Mauritius infektiewe en parasitêre toestande vervang as die leidende oorsaak van dood. Tragies is ook die waarneming dat hartvatsiektes se risikofaktore in Afrika al hoe waarneembaarder word. Die rook van tabak vermeerder jaarliks met 10%. Selfs groente en vrugte word op groter skaal verwerk in hoëkiljoulekonfyt, koeldranke ensovoorts.

Ongeveer 100 miljoen mense in Afrika staan die risiko in die gesig om jodiumgebreksiektes te ontwikkel. Aktiewe programme van soutjodiumtoevoegings word tans in verskillende lande van stapel gestuur. In Afrika het ons verder te kampe met sekere tropiese siektes wat venynig met bepaalde teikenorgane werk. 'n Goeie voorbeeld hiervan is rivierblindheid wat in 34 lande, waarvan die meeste in Afrika, 'n bedreiging vir ongeveer 90 miljoen mense is en volgens onlangse statistiek reeds meer as 300 000 met blindheid geslaan het.

Die tragedie is dat dit veral die kinders is wat onder die krisis ly. Die media kan 'n akute tragedie soos droogte of vloede vasvang en onder die aandag van die wêreld bring. Hierdie stadige agteruitgang gaan egter ongemerk verby, want dit gebeur nie op 'n spesifieke plek nie — dit geskied in al die krotbuurtes van die stede en die landelike gebiede. Dit gebeur nie op 'n spesifieke tyd nie — dit gebeur stadig oor 'n lang periode. Dit gebeur nie as gevolg van 'n spesifieke oorsaak nie, maar as gevolg van die stadige ontvouing van 'n ekonomiese drama.

Die gesondheidsowerhede is nie kenners van die internasionale ekonomie nie. Die gesondheidsowerhede sien die ekonomiese probleme wat:

—nie bespreek word in die finansiële instellings van die

wêreld nie;

- nie weergegee word in die statistiek van skuld, rente en delging nie;
- nie deel van die onderhandelings vir die herskedule-ring van skuld is nie.

Die gesondheidsowerhede sien dikwels slegs die gesig van 'n jong kind. 'n Kind wie se groeiende liggaam en brein vatbaar is vir permanente skade — selfs al is die ontbering slegs tydelik. Dit is die jong kind wie se ontwikkeling en maatskaplike bydrae van môre deur vandag se ekonomie bepaal word. Dit is die jong kind wat die hoogste prys gaan betaal — en reeds betaal — vir die huidige krisis. Vir baie van Afrika se inwoners was die 1980's die dekade van wanhoop.

Die prentjie is egter nie net donker nie. In die afge-lope dekade is ook veel bereik. Daar is veral drie in-grepe wat waarskynlik die grootste invloed gehad het op die gesondheidstatus van veral die kinders van Afrika.

i) Immunisering

In 1975 sterf 5 miljoen kinders onder die ouderdom van vyf jaar aan slegs ses siektes —

- masels
- tetanus
- kinkhoes
- witseerkeel
- tuberkulose
- poliomiëlitis

Miljoene is permanent gestrem. Maar al ses hierdie siektetoestande is voorkombaar deur immuni-sering. In 1974 aanvaar die Wêreldgesondheidsorga-nisasie sy uitgebreide program vir immunisasie teen hierdie ses siektes. Toe was minder as 5% van die kinders van Afrika geïmmuniseer teen hierdie siek-tes. In 1990 sal tussen 70 en 80% van alle kinders in Afrika geïmmuniseer wees teen hierdie ses siektes.

ii) Oralerehidrasieterapie

In 1980 sterf vier miljoen kinders as gevolg van dehidrasie veroorsaak deur diarree. Sedertdien word 'n eenvoudige metode toegepas waarvolgens moeders geleer word om rehidrasiesoute — gewone sout en suiker — op te los in water en aan babas met diarree te gee. Die aantal sterftes verminder daardeur jaarliks. Ongelukkig is dit juis Afrika waar die metode nog die minste uitwerking toon.

iii) Geboortespatiëring

Gedurende die dekade word inwoners bewus van die gevare van:

- te veel kinders
- kinders met kort tussenposes
- kinders gebore vir die baie jong of baie ou moeder.

Ongelukkig is dit weer eens veral Afrika wat sukkel om hierdie metodes te aanvaar.

'n Ander kommerwekkende verskynsel is internasio-nale hulpverlening. Groter afhanklikheid van eksterne bronne word bespeur. Dit blyk dat 90% of meer van die fondse vir gesondheidsontwikkeling in Afrika suid

van die Sahara reeds van buitehulp afhanklik is. Vol-gens gegewens van die Wêreldbank (1988) wat deur die Wêreldgesondheidsorganisasie verstrekkend is, het die per-sentasie van die totale owerheidsbesteding vir die gesondheidssektor in lande soos Kenia, Lesotho, Ugan-da en Zambië vanaf 1972 tot 1986 gedaal. Dit wil ook voorkom asof die fout in Afrika gemaak word om te veel vir gesondheidsdienste op die Wêreldgesondheidsor-ganisasie, waarvan die begroting nie veel meer is as dié van 'n groot universiteitshospitaal in Swede nie, te steun.

Verder word die persepsie van ontoereikendheid ver-sterk deur syfers rakende gesondheidsmannekrag. Die 2,4 mediese praktisyns per 10 000 van die bevolking in Afrika moet vergelyk word met die 3,2 in Suid-Asië, 7,3 in Latyns-Amerika en 18,2 in Noord-Amerika. Daar is net meer as 7 mediese praktisyns per 10 000 van die bevolking in die Republiek van Suid-Afrika.

Op hierdie vasteland is die aanwesigheid en beskik-baarheid van verpleegkundiges in sekere opsigte en onder bepaalde omstandighede meer aktueel as die voor-siening van geneeshere. In vergelyking met die 51,1 ver-pleegkundiges per 10 000 van die bevolking in Noord-Amerika is die verhouding in die Republiek van Suid-Afrika 38,1 en in Afrika in die geheel 9,9.

Die fout word dikwels gemaak om te dink dat die voorsiening van genoegsame hospitaalbeddens die beste antwoord vir 'n land se gesondheidsprobleme is. Dit is nie die geval in die ontwikkelende lande waaruit Afri-ka saamgestel is nie. 'n Goed georganiseerde kliniek-stelsel sal 'n baie getrouer en gerusstellender weergawe wees van 'n bevredigende gesondheidsdiens as juis die beskikbaarheid van hospitaalbeddens in stedelike ge-biede. Hoe dit ookal sy, die volgende gegewens is tog van belang: die 1,8 hospitaalbeddens per 1 000 van die bevolking in Afrika vergelyk nie ongunstig met die situ-asie in Suid-Asië en Latyns-Amerika nie. Dit kan verge-lyk word met die 6 beddens in Noord-Amerika en veral die 4,2 vir nie-blankes en 8,2 vir Blankes in die Repu-bliek van Suid-Afrika. Terloops, die Sowjet-Unie spog met 'n bed-bevolking-verhouding van 12,5.

Hierdie syfers vir gesondheidsorgfasiliteite moet ook saamgelees word met onlangse uitsprake van die Wêreldgesondheidsorganisasie. Daarvolgens het 58% van die bevolking van Afrika nie direkte toegang tot gesondheidsdienste nie en slegs by een-derde van beval-lings is 'n opgeleide gesondheidswerker teenwoordig. Wat laasgenoemde betref, vergelyk Afrika ongunstig met die 50% in Asië, meer as 60% in Latyns-Amerika en feitlik 100% vir ontwikkelde lande in die algemeen.

2. GESONDHEID IN AFRIKA — REDES VIR DIE HUIDIGE DILEMMA

Die vraag kan met reg gevra word waarom Afrika nie verder ontwikkel het nie. Waarom het Afrika agter ge-raak? Daar is baie redes daarvoor. Ek wil sewe redes noem — redes wat ons in Suid-Afrika altyd in gedagte moet hou, want baie van die probleme van Afrika on-dervind ons ook. Ons moet verseker dat ons leer uit die lesse van Afrika.

i) Ontwikkeling sonder infrastruktuur

Al die koste-effektiewe metodes wat tans beskik-

baar is en gepropageer word — immunisering, oralerehidrasietherapie, nuwe hoëopbrengsvariëteite van koring en mielies ens. — is van min waarde as die inwoners nie ingelig word oor die bestaan van die metodes nie en as hul nie ondersteun word in die gebruik van die metodes nie. Daar is dus 'n basiese infrastruktuur nodig. Die ruggraat van hierdie infrastruktuur is toepaslik opgeleide personeel en ingeligte inwoners. Dit ontbreek dikwels in Afrika.

ii) Ontwikkeling sonder deelname

Volgehoue ontwikkeling hang uiteindelik af van mense se eie vermoë om hul eie lewens te verbeter. Mense moet hulle eie toekoms kan beheer. Eksterne bystand kan ontwikkeling op die kort termyn positief beïnvloed. Hulp wat mense in staat stel en betrek se kanse op sukses is egter veel hoër as blote finansiële bydraes — wat dikwels net die gewete sus.

iii) Ontwikkeling sonder vroue

Die vrou in die ontwikkelende gemeenskappe speel 'n deurslaggewende rol. Kyk net na haar pligstaats:

- produksie en bemarking van meeste van die oeste
- voedselvoorbereiding
- huishouding
- voorsiening van water en brandstof
- voorsiening van gesondheidsorg en basiese higiëne
- opvoeding van die jeug, en vele ander pligte.

Hulle is feitlik alleen verantwoordelik vir die fisiese en geestelike ontwikkeling van die volgende geslag. Tog, in ons ontwikkelingspogings gaan die hulp, opvoeding en opleiding, die tegnologie, die insette, die beleggings en die lenings aan mans. Dit is natuurlik deel van die histories-kulturele maatskaplike ongelykhede van gemeenskappe. Opvoeding van die vrou is bepalend vir familiégrootte, kindergesondheid en die benutting van gesondheidsdienste. Beleggings in veilige moederskap en arbeidsbesparende hulpmiddels vir vrouens is van die produktiefste beleggings — en tog word dit so dikwels geïgnoreer.

iv) Ontwikkeling sonder die omgewing

Twee dekades gelede was die omgewing 'n probleem vir ontwikkelde lande en 'n gevolg van rykdom. Vandag besef ons 'n verslegtende omgewing — gronderosie, vernietiging van natuurlike woude, toeslik van riviere en mere en selfs industriële ongelukke — is net so belangrik vir ontwikkelende lande. Terselfdertyd het ons bekommernis oor die uitputting van die osoonlaag, die verwarming van die aarde se atmosfeer en die onbekende effek van die vernietiging van die wêreld se reënwoude ons laat besef dat die omgewing in werklikheid almal se probleem is.

v) Ontwikkeling sonder die armes

Ontwikkeling is dikwels beperk tot loodsprojekte en demonstrasie- (toonvenster) projekte. Hierdie projekte wys duidelik wat gedoen kan word — die klem moet daarna na die werklike dóén verskuif. Die kennis wat ons reeds het, moet toegepas word.

So dikwels is ons tevrede met twee-derdes van die bevolking — as ons twee-derdes van die bevolking kan immuniseer, op skool kan hê, ens. Die lastigheid is dat die probleme van wanvoeding, vertraagde groei, kindersterftes, moedersterftes, ongeletterdheid en lae produktiwiteit juis gekonsentreer is in die armste een-derde van die bevolking. Die uitdaging is om die armstes onder die armes te bereik.

vi) Ontwikkeling sonder die haalbare

So dikwels word al die behoeftes geïdentifiseer en gelys, maar selde word prioriteite bepaal en politieke aanvaarbare strategieë vir implementering voorgelê. Dit is waarom so baie weldeurdragte planne en so baie kennis op die rak van die potensiële bly. Gebrek aan implementering word so dikwels toegeskryf aan 'n gebrek aan politieke wil. Die taak is om vandag se kennis om te sit in planne wat politieke aantreklik is. Dit is juis daarom dat die Uitgebreide Program vir Immunisering van die WGO so suksesvol was:

- dit is goedkoop
- dit kan maklik geïmplementeer word
- dit is maklik verstaanbaar
- dit bring vinnige en duidelik sigbare resultate
- dit is goeie gesondheidsorg
- dit is goeie politiek.

Dit het geen waarde nie as ons ons verbeel ons leef in 'n ideale wêreld waar die hoogste prioriteite eerste geïmplementeer sal word nie. Daar is kompetisie vir beperkte hulpbronne in alle lande. Ontwikkelaars moet hulle papierplanne dus nie verder verfyn nie, maar hul planne omskep in haalbare, lae-koste-hoë-impak- en politieke aantreklike planne.

vii) Ontwikkeling sonder mobilisasie

Kennis moet tot die beskikking van almal gestel word. Kliniekfasiliteite sal nie gebruik word as ouers nie weet hoekom kinders geïmmuniseer moet word nie. Diarreësiektes sal nie oorwin word as ouers nie weet hoe om dit te hanteer nie en waar om vir hulp aan te klop nie. Hierdie oordrag van kennis kan nie aan die gesondheidsberoep alleen toevertrou word nie. Skole, kerke en die media moet ingespan word om hierdie kennis oor te dra.

3. GESONDHEID IN AFRIKA – DIE TOEKOMS

As Afrika 'n menslike katastrofe wil voorkom, moet hy die huidige krisis die hoof bied — en dit is moontlik. Maar om te slaag het Afrika omvattende aksieplanne wat algemeen ondersteun word, nodig. Terselfdertyd moet die lesse van die verlede nie vergeet word nie.

Dit is duidelik dat Afrika ekonomiese groei nodig het. Die primêre bron van hierdie groei kan aanvanklik slegs die landbousektor wees. Daarna kan nywerheids groei volg. Om dit te vermag moet produktiwiteit verhoog.

Daar is een basiese feit wat ons nie kan wegredeneer nie — gesonde en opgeleide mense is die enigste wyse waarop ons ekonomiese groei teweeg kan bring. Die vraag is of Afrika sy menslike hulpbronne sal kan ontwikkel. Daarvoor moet daar aan twee onmiddellike prioriteite aandag geskenk word:

- Verbeter die kwaliteit en toepaslikheid van onderwys op alle vlakke.
- Herkanaliseer openbare fondse na basiese onderwys en basiese gesondheidsdienste insluitend gesinsbeplanning.

Hierdie programme is op so 'n wyse vervleg dat hulle mekaar ondersteun. Gesinsbeplanning is aanvaarbaarder as die kindermortaliteit laag is en die opvoedingspeil hoog is. Gesonde kinders woon skole by en leer. Onderwys leer mense om gesondheidsprobleme te verstaan. Die kindersterftes is veel laer by moeders wat skoolopleiding gehad het as by ongeletterde moeders. So kan ons aanhou. Toegang tot onderwys en gesondheidsdienste is die vertrekpunt vir die ontwikkeling van Afrika.

Afgesien van ekonomiese groei is die volgende voorvereistes vir ontwikkeling in Afrika:

1) Voorsiening van basiese (primêre) gesondheidsorg

In 12 van die 29 lande in Afrika waarvoor statistiek beskikbaar is, sterf een uit elke 200 moeders tydens swangerskap of geboorte, en tussen 1 en 1,7 kinders uit elke tien sterf voor die ouderdom van een jaar. In die arm lande – Ethiopië, Mali, Niger ens. – sal slegs 70% van alle kinders gebore, die ouderdom van 5 jaar bereik.

Die huidige afname in die voedselvoorraad lei tot toenemende wanvoeding. Hoë geboortesyfers lei tot babas met lae geboortemassas wat swak weerstand bied teen wanvoeding en infeksies. Die lewensverwagting het in 9 lande verminder – en dan kry ons nog die VIGS-epidemie wat die vermoë van die gesondheidsdienste verder sal ooreis.

Die ekonomiese krisis het nie alleen inkomstes verminder en lewensomstandighede verswak nie, maar dit het ook tot gevolg dat noodsaaklike geneesmiddels en mediese voorrade net nie beskikbaar is nie. Beskerming van die toekennings vir gesondheidsorg is noodsaaklik. Ander faktore mag ook bydra tot sukses. Ek noem vir u enkele:

- i) Mense – individue, families en gemeenskappe – moet verantwoordelikheid aanvaar vir hulle eie gesondheid. In die proses moet hulle deur die Staat, kerke en ander organisasies bygestaan en ondersteun word.
- ii) Gemeenskappe moet betrokke raak. Hul moet geraadpleeg word en aangemoedig word om deel te neem aan die bepaling van hul eie prioriteite sowel as die ontwerp en ontwikkeling van hulle eie dienste.
- iii) Die belegging moet regverdig verdeel word. Dit is dikwels die verafgeleë landelike gebiede wat afgeskeep word. 'n Vennootskap tussen Staat, privaat sektor en vrywillige organisasies mag die toeganklikheid van dienste verbeter.
- iv) Rasionaliseer die aankope van geneesmiddels. Daar moet verseker word dat alle inwoners toegang tot 'n beperkte hoeveelheid essensiële geneesmiddels het.
- v) Rasionaliseer die gebruik van gesondheidsmannekrag. Geneeshere en verpleegkundiges moet vrygestel word om die noodsaaklike en ingewikkelder take te verrig. Gebruik vrywilligers en gemeenskapswerkers om die eenvoudiger take

te verrig. Tradisionele werkers kan met 'n minimum van opleiding nuttig aangewend word.

- vi) Lê klem op immunisering. 'n Enkele dosis maselentstof kos slegs 10 sent en is 95% effektief vir die voorkoming van masels. Die totale koste om een kind teen masels, tetanus, witseerkeel, tuberkulose, kinkhoes en poliomiëlitis te immuniseer is slegs R12. Dit is duidelik dat basiese gesondheidsorg effektief en goedkoop is. Die WGO bereken dat as die basiese infrastruktuur eers geskep is, basiese gesondheidsdienste teen R25 per capita per jaar gelewer kan word.

2) Voorsiening van skoon water

Toegang tot skoon water tesame met verbeterde sanitasie en basiese higiëne het 'n enorme effek op gesondheidsorg. 'n Ander probleem is die beskikbaarheid van water. In Lesotho se vlaktes spandeer 30% van die gesinne meer as 2½ uur per dag net om water te versamel. Dit is 'n addisionele las op die waterdraers – die vrouens. Dit is verlore tyd wat aangewend kan word vir ander aktiwiteite soos onderwys, voedselvoorbereiding ens. Twee-derdes van die landelike inwoners van Afrika het geen toegang tot skoon water in voldoende hoeveelhede nie. Ten opsigte van sanitasie is die prentjie nog donkerder.

3) Beheer die bevolkingsgroei

Beter spasiëring en minder geboortes verlaag baba-, kinder- en moedersterftes. 'n Baba gebore binne 2 jaar na 'n vorige bevalling se risiko om te sterf binne die eerste jaar is 90% hoër as normaal. Sodra kinderoorlewingsyfers verbeter, daal fertiliteit. Ouers hoef hulle nie langer te verseker teen toekomstige kindersterftes nie. Dalende fertiliteit as gevolg van gesinsbeplanning lei tot gesonde families.

Die onbeheerste bevolkingsgroei van Afrika plaas 'n onhanteerbare las op alle maatskaplike dienste. Die las eis sy tol van die individu, familie en land. Dit verswak die pogings om die kwaliteit van lewe te verbeter. Ontwikkeling gaan hand aan hand met lae geboortesyfers – en omgekeerd.

Die totale fertiliteitsyfer (TFS) – die aantal kinders gebore per vrou tydens haar vrugbare jare – is baie hoog in Afrika. Enkele voorbeelde is:

Botswana 5,0

Kenia 7,7

Nigerië 6,5

Zimbabwe 5,9

Die ekonomiese waarde van kinders, veral in die landelike gebiede, is welbekend. Enige program wat op die beheer van die bevolkingsgroei ingestel is, moet geïntegreer word met programme wat konsentreer op die ontwikkeling van die vrou en die verlaging van die babasterftesyfer.

Die Wêreldbank se goeie scenario aanvaar 'n halvering van die TFS tussen nou en die jaar 2020. Selfs al sou dit gebeur, sal Afrika se bevolking steeds 1 miljard teen die jaar 2020 oorskry. 'n Driekwart van die Afrikaanse lande het hulle uitgespreek ten gunste van gesinsbeplanning. Min lande het hierdie uitsprake opgevolg met voldoende tegniese en finansiële ondersteuning. Slegs

Mauritius, Botswana en Zimbabwe kon daarin slaag om die TFS betekenisvol te verlaag.

In Afrika is dit herhaaldelik bewys dat, indien gesinsbeplanningsfasiliteite beskikbaar is, die gebruik hoog is. Gebruik moet verder gestimuleer word deur inligtings-, opvoedkundige en kommunikasieaktiwiteite.

Gesinsbeplanningsaktiwiteite kan slegs uitgebou word deur basiese gesondheidsdienste te versterk. Die koste hieraan verbonde is nie belemmerend nie. Die Wêreldbank bereken dat Zimbabwe sy TFS kan halveer deur 0,6 van sy Bruto Binnelandse Produk aan gesinsbeplanningsdienste te bestee.

4) Voorsien voldoende voedsel

Kroniese wan- en ondervoeding verminder produktiwiteit en verlaag die weerstand teen infeksies. Voedselsekuriteit het sedert 1960 versleg en ernstige voedseltekorte kom algemeen voor. Een honderd miljoen mense in Afrika se voedselinname is minder as 80% van wat hulle nodig het. Dit is veral die vroue en kinders wat kwesbaar is.

Die toekoms is duister. Die Wêreldbank reken dat indien voedselproduksie met 4% per jaar styg

en die bevolkingsgroei tot 2,75% afneem, sal Afrika teen die jaar 2000 voldoende voedsel vir sy mense produseer. Beide voorvereistes is moeilik haalbaar.

Wanvoeding begin reeds voor geboorte. 'n Wan-gevoede moeder het 'n baba met 'n lae geboortemassa wat vatbaar is vir infeksie en siekte.

5) Voorsien primêre onderwys

Die belang van onderwys en geletterdheid – veral van die vrou – is reeds bespreek.

Dit is duidelik dat vanuit 'n gesondheidsoogpunt Afrika steeds die donker vasteland is. Afrika is besig om verder agter te raak. Die toekoms is donker, tensy Afrika-leiers bereid is om aan sekere basiese aspekte aandag te skenk.

Die gesondheidsowerhede in Suid-Afrika het 'n trotse rekord van hulpverlening aan Afrika. Miskien is die huidige staatkundige ontwikkeling en die veranderende posisie van Suid-Afrika die stimulus wat nodig is. Op die gesondheids-terrein het Suid-Afrika 'n rol in Afrika te speel. Die gesondheidswerkers van Suid-Afrika sal hierdie uitdaging aanvaar.