منظمة الصحة العالمية

المجلس التنفيذي **م ت١٢٤/١٠**
الدورة الرابعة والعشرون بعد المائة **٢٧ تشرين الثاني/ نوفمبر ٢٠٠٨**
البند ٤-٧ من جدول الأعمال المؤقت **EB124/10**

رصد تحقيق المرامي الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة

تقرير من الأمانة

١- تتدرج الصحة في صلب المرامي الإنمائية للألفية. وإذا كانت المرامي ٤ و٥ و٦ تركز على الصحة بصفة خاصة، فإن جميع المرامي الأخرى تتضمن جوانب ذات علاقة بالصحة؛ وبلوغ هذه المرامي لن يكون ممكناً ما لم يتحقق التقدم في مجال الأمن الغذائي والمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة والتوسع في إتاحة التعليم وتحسين رعاية البيئة. وتطلعاً نحو عام ٢٠١٥ وما بعده فإن ثمة تحديات ستكتسي أهمية متزايدة، وهي تحديات تتصل بضعف النظم الصحية وتغير الأوضاع الوبائية وظهور مخاطر صحية جديدة.

الأوضاع والاتجاهات الراهنة

٢- انخفضت عموماً نسبة الأطفال دون الخامسة من العمر الذين يعانون من نقص التغذية (حسب معايير نمو الطفل التي وضعتها منظمة الصحة العالمية) من ٢٧٪ عام ١٩٩٠ إلى ٢٠٪ عام ٢٠٠٥. ولكن هذا التقدم كان متفاوتاً ويقدر عدد الأطفال الذين يعانون من نقص الوزن بنحو ١١٢ مليون طفل، ولايزال نقص التغذية يمثل سبباً رئيسياً لما يزيد على ثلث وفيات الأطفال.

٣- وفي عام ٢٠٠٦ بلغ عدد وفيات الأطفال ٩,٥ مليون وفاة، وهو أقل بكثير من عدد وفيات الأطفال المسجل في عام ١٩٩٠ والذي بلغ آنذاك ١٢,٤ مليون وفاة، أي أن معدل وفيات الأطفال دون الخامسة انخفض بنسبة ٢٧٪ في الفترة نفسها حيث بلغ ٧١ وفاة لكل ١٠٠٠ وليد حي في سنة ٢٠٠٦. ومازال تقليص معدلات وفيات الأطفال يعتمد اعتماداً متزايداً على معالجة مشكلة وفيات المواليد. ويقدر أن ٣٧٪ من وفيات الأطفال دون الخامسة على صعيد العالم الشامل تحدث في الشهر الأول من عمرهم، ومعظمها في الأسبوع الأول منه. وتسجل أدنى معدلات التقدم عموماً في البلدان التي تعاني من ارتفاع مستويات الإصابة بالأيدز والعدوى بفيروسه والبلدان التي تمر بظروف اقتصادية صعبة أو بالحروب.

٤- ويعزى الحجم الأكبر من التقدم المحقق في تقليص معدلات وفيات الأطفال إلى توسيع نطاق التمنيع، واستخدام الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات، وإتاحة توليفات العلاج المستندة للآرتيميسينين، وجهود التخلص من الأمراض الناجمة عن العدوى *بالمستدمية النزلية* من النمط "ب". ولكن الانخفاض المتواصل في مستوى توافر واستخدام التدخلات المثبتة الفعالية مازال يشكل سبباً لوفاة ٣,٨ مليون طفل دون الخامسة كل عام نتيجة للإصابة بالالتهاب الرئوي والإسهال.

٥- وفي كل سنة تتوفى ٥٣٦ ٠٠٠ امرأة بمضاعفات مرضية أثناء الحمل أو الوضع، وتحدث ٩٩٪ من تلك الوفيات في البلدان النامية. أما معدل وفيات الأمومة العالمي فقد بلغ ٤٠٠ وفاة للأمهات لكل ١٠٠ ٠٠٠ مولود حي في عام ٢٠٠٥، وهو معدل يكاد لم يتغير منذ عام ١٩٩٠. وتحدث معظم تلك الوفيات في الإقليم الأفريقي حيث يرتفع معدل وفيات الأمومة إلى ٩٠٠ وفاة للأمهات لكل ١٠٠ ٠٠٠ مولود حي، وحيث لم يتحقق تحسن يذكر في الفترة الممتدة بين عامي ١٩٩٠ و٢٠٠٥.

٦- ويتوقف تحقيق التقدم في تقليص معدلات وفيات وأمراض الأمومة على تحسين إتاحة خدمات جيدة لرعاية صحة الأمومة والصحة الإنجابية والاستفادة من تلك الخدمات. ولقد ارتفعت نسبة الحوامل اللاتي يعرضن أنفسهم لكشف واحد على الأقل قبل الولادة في البلدان النامية من نسبة تتجاوز النصف بقليل في مطلع التسعينات إلى ما يقارب ثلاثة أرباع بعد عقد واحد. أما الولادات التي تتم تحت إشراف مهنيين صحيين ماهرين فقد بلغت نسبة ٦٥٪ ولادة على صعيد العالم ككل في الفترة الممتدة بين عامي ٢٠٠٠ و٢٠٠٦، وهي تزيد بنسبة ٤٪ على تلك المسجلة في الفترة ١٩٩٠-١٩٩٩.

٧- وارتفع معدل استخدام وسائل منع الحمل على الصعيد العالمي من ٥٩٪ في الفترة ١٩٩٠-١٩٩٥ إلى ٦٣٪ في الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٦. ولكن بعض الأقاليم مازالت تجد صعوبة شديدة في تلبية الاحتياجات الكبرى لخدمات تنظيم الأسرة، علاوة على ارتفاع معدلات الخصوبة في مرحلة المراهقة. وبلغت نسبة الولادات لدى النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ عاماً و١٩ عاماً ٤٨ ولادة لكل ١٠٠٠ امرأة تمت في العالم ككل عام ٢٠٠٦، مما يمثل انخفاضاً ضئيلاً عن نسبة ٥١ ولادة لكل ١٠٠٠ امرأة التي تم تسجيلها في عام ٢٠٠٠.

٨- وقدر عدد المعرضين لخطورة الإصابة بالملاريا بنحو ٣٣٠٠ مليون نسمة في عام ٢٠٠٦، من بينهم ١٢٠٠ مليون نسمة من الفئة الأشد تعرضاً لهذه الخطورة (أي وهم من يعيشون في مناطق يرتفع معدل الإصابات السنوية بالملاريا فيها إلى أكثر من إصابة واحدة مسجلة لكل ألف ساكن). ومع أن الوقت مازال مبكراً لتسجيل التغيرات التي حدثت فعلاً على الصعيد العالمي، فقد تمكن ٢٧ بلداً (بما فيها خمسة بلدان أفريقية) من تحقيق انخفاض بلغت نسبته ٥٠٪ في عدد الإصابات و/ أو الوفيات المسجلة والتي تُعزى إلى الملاريا بين عامي ١٩٩٠ و٢٠٠٦. كما توسع نطاق التغطية بتدخلات الوقاية من هذا المرض وعلاجه. وسجل تزايد كبير في إنتاج واستخدام الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات، ولم تتحقق مع ذلك الأهداف العالمية المحددة في هذا الصدد. وبحلول حزيران/ يونيو ٢٠٠٨، اعتمد العلاج المولّف المستند إلى الآرتيميسينين، كخط علاج أول للملاريا المنجلية في جميع البلدان والأقاليم التي تعاني من ارتفاع عبء هذا المرض، وذلك باستثناء أربعة منها، ويتواصل الآن التوسع في استخدام هذه التوليفات العلاجية.

٩- وتم على الصعيد العالمي في عام ٢٠٠٤ تحقيق المرمى الإنمائي للألفية المتعلق بوقف انتشار السلّ وكبح مساره. وأخذت معدلاته تتراجع تراجعاً بطيئاً منذ ذلك الحين.[١] فقد انخفضت معدلات الإصابة بالسل لدى كل ١٠٠ ٠٠٠ نسمة من السكان من ٢٩٤ إصابة عام ١٩٩٠ إلى ٢١٩ إصابة عام ٢٠٠٦، كما انخفضت معدلات الوفيات الناجمة عنه لكل ١٠٠ ٠٠٠ نسمة من ٢٨ وفاة عام ١٩٩٠ إلى ٢٥ وفاة عام ٢٠٠٦. وارتفع المعدل العالمي لاستبانة السل في إطار استراتيجية المعالجة القصيرة الأمد للسلّ تحت الإشراف المباشر من نسبة تقدر بنحو ١١٪ في عام ١٩٩٥ إلى ٦١٪ في عام ٢٠٠٦. وتراجع معدل التحسن في استبانة حالات السلّ بعد عام ٢٠٠٤، ويعود سبب ذلك بالدرجة الأولى إلى النجاح السابق الذي حققته البلدان التي سجلت أكبر عدد من حالات السلّ. وتشير البيانات بشأن معدلات نجاح العلاج بموجب استراتيجية

١ *مكافحة السلّ على صعيد العالم : الترصد والتخطيط والتمويل: تقرير منظمة الصحة العالمية ٢٠٠٨*. جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٨.

المعالجة القصيرة الأمد للسل تحت الإشراف المباشر إلى وجود تحسن مستمر، حيث ارتفعت تلك المعدلات من ٧٩٪ عام ١٩٩٠ إلى ٨٥٪ عام ٢٠٠٦. ومازالت بعض الأقاليم تواجه مشاكل خاصة من جراء السلّ المقاوم للأدوية والسلّ المرافق للأيدز.

١٠- وتشير التقديرات إلى حدوث ٢,٧ مليون إصابة جديدة بفيروس الأيدز في عام ٢٠٠٧ وإلى وفاة مليوني شخص لأسباب تتعلق بالأيدز، مما يرفع مجموع عدد الأشخاص المتعايشين مع الأيدز إلى ٣٣ مليون شخص. وبقيت النسبة المئوية العالمية للراشدين المتعايشين مع الأيدز ثابتة منذ عام ٢٠٠٠. وتزايد استخدام العلاج المضاد للفيروسات القهقرية؛ فقد تلقى ٠٠٠ ٩٥٠ شخص آخر من المتعايشين مع فيروس الأيدز هذا العلاج عام ٢٠٠٧.[١] وعلى الرغم من ذلك مازال ٩,٧ مليون شخص بحاجة إلى هذا العلاج في البلدان النامية حيث لا يحصل منهم على هذه الأدوية سوى ثلاثة ملايين شخص. وبينما تحقق تقدم في توقي الأيدز والعدوى بفيروسه، فإن نسبة الحصول على سبل توقي انتقال الأيدز من الأم إلى الطفل لم تتجاوز ٣٠٪ من المصابات بعدوى فيروس الأيدز في نهاية عام ٢٠٠٧.

١١- ويقدر أن ١,٢ مليار شخص يعاني من الأمراض المدارية المنسية، وهي أمراض مزمنة تسبب العجز وتزدهر في ظروف الفقر وضعف النُظم الصحية. وفي عام ٢٠٠٧ بلغ عدد الأشخاص الذين يتلقون علاجاً لتوقي انتقال داء الفيلاريات اللمفي ٥٤٦ مليون شخص، ولم يتجاوز عدد الإصابات بداء التنينات المبلغ عنها ٩٥٨٥ حالة في بلدان توطن المرض الخمسة، مقابل ٣,٥ مليون حالة أبلغ عنها عشرون بلداً عام ١٩٨٥. وبينما بلغ عدد حالات الجذام المبلغ عنها ٥,٢ مليون حالة في العالم ككل عام ١٩٨٥، فإن عدد الحالات المبلّغ عنها في مطلع ٢٠٠٨ لم يتجاوز ٨٠٢ ٢١٢ حالة.

١٢- ويشكل غياب المياه المأمونة وضعف خدمات الإصحاح عاملين من عوامل الاختطار الهامة التي تتسبب في الإصابة والوفاة بأمراض منها الإسهال والكوليرا والعدوى بالديدان والتهابات الكبد. وعلى الصعيد العالمي ارتفعت نسبة السكان الذين يتيسر لهم الحصول على مصادر مياه الشرب المحسنة من ٧٦٪ إلى ٨٦٪ بين عامي ١٩٩٠ و٢٠٠٦. وارتفع عدد سكان المناطق النامية ممن يستخدمون مرافق الإصحاح المحسنة بنحو ١١٠٠ مليون شخص منذ عام ١٩٩٠. مع ذلك فإن أقل من نصف السكان في ٥٤ بلداً من البلدان التي توافرت المعلومات عنها في عام ٢٠٠٦ كانوا محرومين من استخدام مرافق الإصحاح المحسنة.

١٣- وعلى الرغم من أن جميع البلدان النامية تقريباً نشرت قوائم الأدوية الأساسية، فإن **توافر الأدوية** في مرافق الصحة العمومية مازال ضعيفاً في الغالب. وتبين من مسح أجري لنحو ٣٠ بلداً نامياً إلى أن توافر نخبة محددة من الأدوية لم يتجاوز ٣٥٪ في المرافق الصحية التابعة للقطاع العام و٦٣٪ في مرافق القطاع الخاص. وفي غياب الأدوية في مرافق القطاع العام يضطر المرضى إلى شرائها بأنفسهم. أما في القطاع الخاص فإن الأدوية الجنيسة تباع في الغالب بأسعار تتجاوز السعر المرجعي الدولي بعدة أضعاف، بينما تباع الأدوية التي تحمل العلامات التجارية المسجلة بثمن أغلى عموماً.

تسريع تحقيق التقدم

١٤- كشف تحليل منتصف الفترة بين ٢٠٠٠ و٢٠١٥ عن وجود علامات مشجعة تدل على تحقيق التقدم وخصوصاً في صحة الطفل، وظهرت من التحليل المجالات التي يلزم المحافظة فيها على المكاسب الراهنة،

١ *Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector: progress report 2008*. Geneva, World Health Organization, in press.

لاسيما في مجال الأيدز والعدوى بفيروسه والسلّ والملاريا؛ وظهرت كذلك المجالات التي كان التقدم المحرز فيها ضئيلاً أو التي لم تشهد أي تقدم، ومنها بصفة خاصة صحة الأم والوليد. ويتضح من البيانات التفصيلية، التي لا ترد في هذه الوثيقة، وجود تفاوت كبير في التقدم المحرز في شتى البلدان والأقاليم.

١٥- وحازت استراتيجيات تسريع تحقيق المرامي الإنمائية للألفية على اهتمام المجموعة التوجيهية المعنية بالمرامي الإنمائية للألفية في أفريقيا، التي يرأسها الأمين العام للأمم المتحدة؛ وكذلك على اهتمام إطار عمل توياكو للصحة العمومية (الذي رحب به مؤتمر قمة مجموعة البلدان الثمانية الذي انعقد في هوكايدو باليابان من ٧ إلى ٩ تموز/ يوليو ٢٠٠٨)؛ وعلى اهتمام التظاهرة الرفيعة المستوى بشأن المرامي الإنمائية للألفية التي نظمتها الأمم المتحدة (نيويورك، ٢٥ أيلول/ سبتمبر ٢٠٠٨).

١٦- وتؤلف **المرامي الإنمائية للألفية المأخوذة من إعلان الألفية** وسيلة لضمان تقاسم فوائد العولمة تقاسماً عادلاً ومنصفاً. وهي تدعم قيماً مماثلة للقيم التي نادى بها إعلان ألما - آتا (١٩٧٨). وفي هذا السياق يتيح تجدد الالتزام بالرعاية الصحية الأولية إطاراً وتوجيهاً لعمل المستقبل من أجل بلوغ المرامي الإنمائية للألفية، مع التركيز على العناصر التالية: المساواة، والصحة بوصفها إحدى حصائل السياسات المطبقة في جميع القطاعات، والنظم الصحية المؤاتية لتحقيق الإتاحة الشاملة والاستجابة لاحتياجات الناس.

١٧- **زيادة التركيز على المساواة والتضامن واحتياجات الجنسين.** يتضح من التحليل التفصيلي للاتجاهات أن متوسط المعدلات على الصعيدين الإقليمي والوطني يحجب تباينات كبيرة في داخل البلدان والأقاليم وبين الجنسين. فقد سجلت الأسر الأغنى والمناطق الحضرية مثلاً أكثر الانخفاضات في معدلات وفيات الأطفال، بينما كانت هذه الإنجازات أبطأ لدى السكان الفقراء والريفيين. وبالمثل سجلت معدلات نقص التغذية لدى البنين انخفاضاً أكبر من انخفاض معدلاتها المسجلة لدى البنات. وذلك فضلاً عن تفاقم عبء وفيات الأمومة بسبب عوامل عديدة من بينها قلة إتاحة الرعاية، والفشل في منع الحمل غير المرغوب فيه وتدني أوضاع المرأة في الكثير من المجتمعات. مع ذلك يلاحظ تقدم سريع سجلته بعض البلدان في الأقاليم ذات الأداء الضعيف عموماً؛ ففي أفريقيا مثلاً نجحت خمسة بلدان في تقليص معدل وفيات الأطفال بنسبة ٤٠٪ أو أكثر. ويقدر أن ثلث الناس الذين يعيشون في الفقر المدقع يعيشون في ما يعرف **بالدول الهشة** التي تقل المعونة التي تتلقاها لكل فرد بنسبة تقارب ٤٠٪ عن المعونة التي تتلقاها البلدان المنخفضة الدخل الأخرى.

١٨- **تعزيز الصحة بوصفها من حصائل جميع السياسات.** بحلول عام ٢٠٣٠ سترتبط ثمانية أسباب من أسباب الوفيات العشرة الرئيسية **بالأمراض غير السارية** واعتلالات أخرى كالاضطرابات النفسية والإصابات والعنف.[١] ويشكل وجود خدمات الرعاية الصحية الفعالة والإجراءات المتخذة في طائفة واسعة من المجالات السياسية شرطاً أساسياً لتحقيق النجاح في معالجة عوامل الاختطار مثل استهلاك التبغ والنظم الغذائية غير الصحية والخمول البدني وتعاطي الكحول على نحو ضار، إلى جانب الأثر الاجتماعي والاقتصادي الناجم عن الأمراض القلبية الوعائية والسرطانات والأمراض التنفسية المزمنة والسكري. وإذ تركز الأنشطة المشتركة بين القطاعات في معظم الأحيان تركيزاً رئيسياً على الأمراض غير السارية، فإن تحقيق العديد من الحصائل الصحية الأخرى يتحدد بتدخلات السياسات التي تنفذها قطاعات خارج القطاع الصحي - كرسوم الاستيراد المفروضة على الأدوية والتكنولوجيات الأساسية، وسياسات العمل والإسكان التي تؤثر في النمو في مرحلة الطفولة المبكرة، والقوانين التي تتحيز ضد المصابين بالأيدز والعدوى بفيروسه، أو القيود المفروضة على حركة السكان والمواشي تجنباً لتفشي الأوبئة.

١ *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva, World Health Organization, 2008.

١٩- **بناء نظم صحية معززة ومستندة إلى الرعاية الصحية الأولية.** إن بلوغ كل مرمى من المرامي الإنمائية للألفية مرهون بوجود نظم صحية معززة. وكما يتبين من عمل المنظمة في هذا المجال،[١] فإن تحقيق التقدم يقتضي توفير جميع المتطلبات الرئيسية اللازمة لضمان فعالية النظم الصحية، ألا وهي: نظم تمويلية عادلة للحماية من الوقوع فريسة للفقر؛ وقوى عاملة جيدة الإعداد تعمل بمرتبات كافية؛ وتطبيق نظم المعلومات اللازمة لدعم السياسات والإدارة؛ ونظم يمكن التعويل عليها لشراء وتوزيع الأدوية والتكنولوجيات الأساسية؛ ونظم فعالة للإحالة وإيتاء الخدمات؛ والقدرة على صياغة وتنفيذ سياسات توجيهية لجميع أصحاب المصلحة الرئيسيين. على أن توجه القيم الأساسية للرعاية الصحية الأولية الأنشطة التالية من أجل إصلاح النظم الصحية: تعزيز الحصول الشامل على الخدمات دعماً للمساواة؛ وضمان التركيز على الناس في نُهُج إيتاء الخدمات؛ وإدراج عنصر الصحة في مجالات السياسات الأخرى؛ وإنشاء نظام لتصريف شؤون هذه الإصلاحات. وبالرغم من أهمية قياس فعالية الاستثمار في تعزيز النظم الصحية، فإن إنشاء نظم صحية متينة يشكل بحد ذاته وسيلة لبلوغ الغاية؛ ويبقى الهدف الرئيسي المتوخى هو تقليص وفيات الأمومة وتحقيق النتائج الصحية الرئيسية الأخرى.

٢٠- وتنطوي هذه التوجهات السياسية على آثار تمس العديد من أصحاب المصلحة الذين يدعمون بلوغ المرامي الإنمائية للألفية. وفيما يلي شرح لثلاثة من هذه التوجهات ذات الأهمية الخاصة للمنظمة.

٢١- **رصد الاتجاهات.** يجري رصد التقدم المحرز في بلوغ المرامي الإنمائية للألفية على الصعيد الدولي بموجب عملية راسخة تنسقها شعبة الإحصاءات التابعة للأمم المتحدة. وتشارك المنظمة في فريق الخبراء المشترك بين الوكالات والمعني بمؤشرات المرامي الإنمائية للألفية. كما تقدم المنظمة تقريراً عن آخر التقديرات الإحصائية المتصلة بهذه المرامي في منشورها السنوي، *الإحصاءات الصحية العالمية*، الذي يصدر في شهر أيار/ مايو من كل عام. وتعمل المنظمة الآن على تعزيز وظيفتها الأساسية وهي رصد الوضع الصحي العالمي واتجاهاته من خلال إنشاء مرصد صحي عالمي، سيتاح من خلاله توسيع قدرة الحصول على البيانات الصحية على صعيد المنظمة، وتحسين نوعية المعلومات المعنية.

٢٢- **تعزيز كمية موارد الصحة وجودتها.** مازالت هناك حاجة قائمة لتحقيق زيادات هامة ومستدامة في التمويل المحلي والمعونة الإنمائية الخارجية، وثمة حاجة ملحة أيضاً لتحسين الاتساق بين العدد المتزايد من المبادرات الدولية الرامية إلى التعجيل بخطى التقدم صوب بلوغ المرامي الإنمائية للألفية. وفي هذا الصدد، ستعزز المنظمة تنفيذ إعلان باريس بشأن فعالية المعونة: الملكية والتنسيق والمواءمة وتحقيق النتائج والمساءلة المشتركة (٢٠٠٥) وبرنامج عمل أكرا. كما تدعم المنظمة الالتزامات الدولية المتخذة إزاء تعزيز النظم الصحية – ولاسيما الشراكة الصحية الدولية وتوفير لوازم الصحة – لأن ذينكما الإعلان والبرنامج يشجعان على وضع السياسات والخطط الصحية الوطنية واستخدامها لتحسين الاتساق مع الأولويات الوطنية، ولأن هاتين الشراكتين توفران المشورة الأفضل بشأن سياسات التمويل المحلية. وتوخياً لزيادة المعونة المخصصة للصحة واستدامتها، ستنضم المديرة العامة إلى فرقة العمل الرفيعة المستوى المعنية بالتمويل الدولي الابتكاري.

٢٣- **العمل في إطار الشراكات.** ستواصل المنظمة العمل بالشراكة مع جميع الجهات الفاعلة المعنية بتحسين صحة الناس. وتشتمل مشاركة المنظمة في هذه المجالات على توسيع شبكة العلاقات مع المجتمع المدني والقطاع الخاص. كما تدعم المنظمة بفعالية إصلاحات الأمم المتحدة الرامية إلى زيادة فعالية الدعم الذي تقدمه المنظومة للتنمية القطرية. ولقد رسخت الشراكات الصحية العالمية موقعها كجهات لإيتاء المعونة – لاسيما

---

١ *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes*: *WHO's framework for action*. Geneva, World Health Organization, 2007.

الشراكات التي تقدم تمويلاً كبيراً للبلدان، مثل الصندوق العالمي لمكافحة الأيدز والسل والملاريا، والتحالف العالمي من أجل اللقاحات والتمنيع. وبالإضافة إلى مكافحة الأيدز والعدوى بفيروسه والسل والملاريا، ومن أجل توسيع التغطية المناعية، تؤدي هاتان الشراكتان دوراً رئيسياً الآن في تمويل توطيد النظم الصحية.

٢٤- ويتيح تجدد الالتزام بالرعاية الصحية الأولية إطاراً للتعجيل بخطى التقدم العادل صوب بلوغ المرامي الإنمائية للألفية. واستراتيجيات التعجيل بإنجاز المرامي المتعلقة بالصحة المذكورة في هذا التقرير متسقة مع استنتاجات *التقرير الخاص بالصحة في العالم ٢٠٠٨* [١] وتقرير اللجنة المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة.[٢]

الإجراء المطلوب من المجلس التنفيذي

٢٥- المجلس التنفيذي مدعو للإحاطة علماً بهذا التقرير.

= = =

١ *التقرير الخاص بالصحة في العالم ٢٠٠٨: الرعاية الصحية الأولية: الآن أكثر من أي وقت مضى*. جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٨.

٢ *"تضييق الفجوة في غضون جيل واحد: العدالة والإنصاف في المجال الصحي بفضل اتخاذ إجراءات حول المحددات الاجتماعية للصحة"* (الوثيقة WHO/IER/CSDH/08.1).