



THIRTY-SIXTH WORLD HEALTH ASSEMBLY

TRENTE-SIXIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE

ТРИЦАТЬ ШЕСТАЯ СЕССИЯ ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

36^a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

جمعية الصحة العالمية السادسة والثلاثون

第三十六届世界卫生大会

A36/VR/5

4 May 1983

4 mai 1983

4 мая 1983 г.

4 de mayo de 1983

٤ مايو/أيار ١٩٨٣

1983年5月4日

PROVISIONAL VERBATIM RECORD OF THE
FIFTH PLENARY MEETING

4 May 1983, at 14h40

Palais des Nations, Geneva

President: Tan Sri CHONG Hon Nyan (Malaysia)

Acting Presidents: Dr T. MORK (Norway); Dr A. MROUEH (Lebanon)

COMPTE RENDU IN EXTENSO PROVISOIRE
DE LA CINQUIEME SEANCE PLENIERE

4 mai 1983, 14h40

Palais des Nations, Genève

President: Tan Sri CHONG Hon Nyan (Malaisie)

Présidents par intérim: Dr T. MORK (Norvège); Dr A. MROUEH (Liban)

ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ СТЕНОГРАММА
ПЯТОГО ПЛЕНАРНОГО ЗАСЕДАНИЯ

4 мая 1983 г., 14 ч. 40 м.

Дворец Наций, Женева

Председатель: Тан Сри Чонг Хон Ньян (Малайзия)

И.о. Председателя: д-р Т. МОРК (Норвегия); д-р А. МРОУЭХ (Ливан)

ACTA TAQUIGRAFICA PROVISIONAL
DE LA QUINTA SESION PLENARIA

4 de mayo de 1983, a las 14.40 horas

Palais des Nations, Ginebra

Presidente: Tan Sri CHONG Hon Nyan (Malasia)

Presidentes interino: Dr T. MORK (Noruega); Dr A. MROUEH (Libano)

محضر حرفي مؤقت

للجلسة العامة الخامسة

٤ مايو/أيار ١٩٨٣، الساعة ١٤.٤٠

قصر الأمم، جنيف

الرئيس: تان سري شونج هون نيان (ماليزيا)

ثم الرئيس بالنيابة: الدكتور ت. مورك (النرويج)، والدكتور أ. مروة (لبنان)

第五次全体会议

发言临时逐字记录

1983年5月4日下午2时40分

日内瓦 万国宫

主席: Tan Sri Chong Hon Nyan (马来西亚)

代主席: T·摩克博士(挪威); A·摩洛哥博士(黎巴嫩)



Note: In this provisional verbatim record speeches delivered in Arabic, Chinese, English, French, Russian or Spanish are reproduced in the language used by the speaker; speeches delivered in other languages are given in the English or French interpretation. The final verbatim records will subsequently be issued in separate English, French, Russian and Spanish versions.

This record is regarded as provisional because the texts of speeches have not yet been approved by the speakers. Corrections for inclusion in the final version should be handed in to the Conference Officer or sent to the Records Service (Room 4013, WHO headquarters), in writing, before the end of the session. Alternatively, they may be forwarded to Chief, Office of Publications, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland before 1 July 1983.

Note : Le présent compte rendu in extenso provisoire reproduit dans la langue utilisée par l'orateur les discours prononcés en anglais, arabe, chinois, espagnol, français ou russe, et dans leur interprétation anglaise ou française les discours prononcés dans d'autres langues. Les comptes rendus définitifs paraîtront ultérieurement dans des documents distincts en anglais, espagnol, français et russe.

Ce compte rendu est considéré comme un document provisoire, le texte des interventions n'ayant pas encore été approuvé par les auteurs de celles-ci. Les rectifications à inclure dans la version définitive doivent, jusqu'à la fin de la session, soit être remises par écrit à l'Administrateur du service des Conférences, soit être envoyées au service des Comptes rendus (bureau 4013, Siège de l'OMS). Elles peuvent aussi être adressées au Chef du Bureau des Publications, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, cela avant le 1er juillet 1983.

Примечание: В настоящем предварительном стенографическом отчете о заседании выступления на английском, арабском, испанском, китайском, русском или французском языках воспроизводятся на языке оратора; выступления на других языках воспроизводятся в переводе на английский или французский язык. Впоследствии стенограммы заседаний будут изданы отдельно на английском, испанском, русском и французском языках.

Настоящий протокол является предварительным, так как тексты выступлений еще не были одобрены докладчиками. Поправки для включения в окончательный вариант протокола должны быть представлены в письменном виде сотруднику по обслуживанию конференций или направлены в Отдел документации (комната 4013, штаб-квартира ВОЗ) до окончания сессии. Они могут быть также вручены до 1 июля 1983 г. заведующему редакционно-издательскими службами, Всемирная организация здравоохранения, 1211 Женева 27, Швейцария.

Nota: En la presente acta taquigráfica provisional, los discursos pronunciados en árabe, chino, español, francés, inglés o ruso se reproducen en el idioma utilizado por el orador. De los pronunciados en otros idiomas se reproduce la interpretación al francés o al inglés. Las actas taquigráficas definitivas aparecerán posteriormente en versiones separadas en español, francés, inglés y ruso.

La presente acta tiene un carácter provisional porque los textos de los discursos no han sido aún aprobados por los oradores. Las correcciones que hayan de incluirse en la versión definitiva deberán entregarse, por escrito, al Oficial de Conferencias o enviarse al Servicio de Actas (despacho 4013, sede de la OMS) antes de que termine la reunión. A partir de ese momento, pueden enviarse al Jefe de la Oficina de Publicaciones, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza, antes del 1 de julio de 1983.

ملاحظة : في هذا المحضر الحرفي المؤقت تسجل الكلمات التي تلى بالأسبانية أو الانجليزية أو الروسية أو الصينية أو العربية أو الفرنسية بنفس اللغة التي يستخدمها المتحدث . أما الكلمات التي تلى بلغات أخرى فان هذا المحضر يورد ترجمتها الانجليزية أو الفرنسية . وسوف تصدر المحاضر الحرفية النهائية فيما بعد باللغات الأسبانية والانجليزية والروسية والفرنسية كل على حدة .

ويعتبر هذا المحضر مؤقتا نظرا لأن نصوص الكلمات لم تعتمد بعد من السادة المتحدثين . وتسلم التصويبات المراد ادخالها في النص النهائي الى المسؤول عن خدمة المؤتمر أو ترسل كتابة الى دائرة المحاضر (الغرفة ٤٠١٣ بالمقر الرئيسي للمنظمة) قبل نهاية الدورة . وفي الامكان أيضا أن ترسل الى رئيس قسم المنشورات، بمنظمة الصحة العالمية، (٢١١ جنيف ٢٧، سويسرا ، وذلك قبل ١ يوليو/تموز ١٩٨٣ .

说明:

凡是阿拉伯文、中文、英文、法文、俄文或西班牙文的发言，将以发言人所用的语种在本临时逐字记录中刊印；其他语种的发言，将以其英文或法文的译文刊印。最后的逐字记录将随后分别用英文、法文、俄文和西班牙文出版。

本记录属临时性质，因为发言稿的文本未经发言人审阅。需要列入最后文本的修改，应在本届会议结束以前书面提交会务官员或送记录办公室（世界卫生组织总部4013室），或者在一九八三年七月一日以前寄给瑞士1211日内瓦27，世界卫生组织出版办公室负责人。

CONTENTS

	<u>Page</u>
Debate on the reports of the Executive Board on its seventieth and seventy-first sessions and on the report of the Director-General on the work of WHO in 1982 (continued)	4

SOMMAIRE

	<u>Page</u>
Débat sur les rapports du Conseil exécutif sur ses soixante-dixième et soixante et onzième sessions et sur le rapport du Directeur général sur l'activité de l'OMS en 1982 (suite).	4

СОДЕРЖАНИЕ

	<u>Стр.</u>
Рассмотрение докладов Исполнительного комитета о работе его Семидесятой и Семьдесят первой сессий и отчета Генерального директора о работе ВОЗ в 1982 г. (продолжение)	4

INDICE

	<u>Página</u>
Debate acerca de los informes del Consejo Ejecutivo sobre sus 70ª y 71ª reuniones y del informe del Director General sobre las actividades de la OMS en 1982 (continuación).	4

المحتويات

<u>الصفحة</u>	
٤	مناقشة تقريرى المجلس التنفيذى عن دورتيه السبعين والحادية والسبعين وتقرير المدير العام عن أعمال المنظمة فى عام ١٩٨٢ (تابع)

目 录

页 数

就执行委员会第七十届及第七十一届会议报告和总干事所作世界卫生组织一九八二年工作报告的辩论(续)	4
---	---

DEBATE ON THE REPORTS OF THE EXECUTIVE BOARD ON ITS SEVENTIETH AND SEVENTY-FIRST SESSIONS AND ON THE REPORT OF THE DIRECTOR-GENERAL ON THE WORK OF WHO IN 1982

(continued)

DEBAT SUR LES RAPPORTS DU CONSEIL EXECUTIF SUR SES SOIXANTE-DIXIEME ET SOIXANTE ET ONZIEME SESSIONS ET SUR LE RAPPORT DU DIRECTEUR GENERAL SUR L'ACTIVITE DE L'OMS EN 1982 (suite)

РАССМОТРЕНИЕ ДОКЛАДОВ ИСПОЛНИТЕЛЬНОГО КОМИТЕТА О РАБОТЕ ЕГО СЕМИДЕСЯТОЙ И СЕМЬДЕСЯТ ПЕРВОЙ СЕССИЙ И ОТЧЕТА ГЕНЕРАЛЬНОГО ДИРЕКТОРА О РАБОТЕ ВОЗ В 1982 г. (продолжение)

DEBATE ACERCA DE LOS INFORMES DEL CONSEJO EJECUTIVO SOBRE SUS 70^a Y 71^a REUNIONES Y DEL INFORME DEL DIRECTOR GENERAL SOBRE LAS ACTIVIDADES DE LA OMS EN 1982

(continuación)

مناقشة تقريرى المجلس التنفيذى عن دورته السبعين والحادية والسبعين وتقرير المدير العام عن أعمال المنظمة فى عام ١٩٨٢ (تابع)

就执行委员会第七十届及第七十一届会议报告和总干事所作世界卫生组织一九八二年工作报告的辩论(续)

The ACTING PRESIDENT:

The Assembly is called to order. The President is unfortunately not able to preside over this afternoon's session from the start, and he has asked me to preside over the meeting.

Fellow delegates, may I first thank you for the honour you have done my country and the confidence you have shown in me by electing me as one of the Vice-Presidents of this august Assembly.

Before resuming the debate on items 10 and 11, I wish to announce my intention to close the list of speakers at the end of this afternoon's meeting. Delegates who wish to participate in the debate and are not yet inscribed on the list of speakers are kindly invited to give their names to the Assistant to the Secretary of the Assembly here in this room. I now call to the rostrum the first two speakers on my list, the delegates of Greece and of Trinidad and Tobago.

I give the floor to the delegate of Greece.

Professor PAPAVALASSIOU (Greece):

Mr President, first I would like to congratulate you on your election and to thank the Director-General for his report. I would also like, through the Director-General, to thank all the staff of WHO for the work they have put into developing the activities of the Organization over the past year.

In this past year, Greece has continued its efforts to introduce a major health reform with the aim of establishing a national health system, available to all citizens equally and equitably because we believe that the goal of Health for all by the year 2000 can only be attained when the health services provide comprehensive care to all within a well defined national health strategy.

The first step in this direction was the creation of the Central Health Council. The Council is responsible for formulating the national health strategy, for developing plans in specified areas within this strategy and for evaluating the efficiency of the health services and the implementation of the plans. It is also the body which brings all interested parties into the decision-making process at the central level: medical and health professionals, and representatives of scientific bodies, trade unions and local authorities. This form of community participation will be a model for local bodies. For this reason it was decided to organize in collaboration with WHO a national workshop in planning later this year.

Another major decision is to unite the medical services of the health insurance organizations under the national health system. At the moment there are more than 100 funds each providing benefits under a different entitlement scheme, while the extent of coverage also varies. This situation cannot continue because it is incompatible with the concept of comprehensive health care.

A third aspect of the national health system will be the promotion of the decentralization of services by directing development to the areas where need is greatest rather than where demand is more dominant. This is important for Greece because of its geographical characteristics: many small islands and sparsely populated mountainous areas.

Functional decentralization has two complementary programmes: first, primary health care will be provided from 400 health centres which are to be set up so that no citizen is more than half an hour away from one. Secondly, the network of general hospitals will be improved and modernized in order to provide the necessary back up to the health centres. In this way it is hoped that it will be unnecessary for patients to travel to the capital seeking care.

But health centres and hospitals cannot function without staff, and therefore manpower development is receiving high priority. Staff for health centres will be trained in a special collaborative project which we are setting up with WHO, while the training of health administrators will be the topic to be discussed at another WHO workshop.

In addition, a special programme has been prepared to establish new schools for nursing so that the big lack of nursing staff which exists in Greece is covered within the next 10 years.

Finally, the career opportunities for all doctors will be the same within the unified service, so that they will be willing to go to the provincial centres, thus facilitating the decentralization process.

Another aspect of health policy which must not pass unnoticed is the policy on drugs. In this last year a major law was adopted which created the National Pharmaceutical Organization. This body will be responsible for registration of pharmaceuticals and also for the production, the distribution and the control of these products by the appropriate scientific methods.

Of course the preparation and implementation of these major health reforms has not been easy. Major constraints must be overcome and are still being faced: the inertia of the system is one obstacle, and vested interests from within the medical profession, the pharmaceutical industry and the administration have not yet accepted the general principles of the National Health System.

Before ending, I would like to stress that the health policy I have outlined to you today is not an isolated effort. It is an integral part of a wider policy which aims to create a more just society, a society where disease and suffering are reduced to a minimum, a society where health development is part of national development. To this end, 1983 has been proclaimed "Year of Health" by the Greek Government, in the conviction that it will be a turning point in the history of health care in Greece.

Dr CONNELL (Trinidad and Tobago):

Mr President, distinguished delegates, ladies and gentlemen, on behalf of my delegation, may I extend to you, Sir, my warmest congratulations on your appointment as President of this distinguished Assembly. I have no doubt that you will discharge your responsibilities with distinction.

The Government of Trinidad and Tobago is pleased to affirm continued support for the World Health Organization and its commitment to the stated goal of health for all by the year 2000.

Along with member countries of our Caribbean Community, CARICOM, Trinidad and Tobago was signatory to a policy statement defining primary health care as the major strategy to achieve this goal.

Our countdown has truly begun, for on 12-14 April of this year, the Government, in collaboration with PAHO, organized a national workshop on primary health care. Truly multisectoral in approach, the workshop sensitized key decision-makers to the implications of the primary health care approach with respect to development in all sectors that impact on health. The active participation of the representatives from several public sectors, nongovernmental organizations, voluntary organizations and community leaders throughout the workshop was indeed positive evidence of the willingness of all involved to coordinate our efforts to improve the health of our people.

Recommendations resulting from the workshop set a framework for the development of plans to achieve our goal of health for all by the year 2000. The participation of communities in the planning and management of their health and environment programmes will be greatly assisted

by Government's policies to strengthen and enhance local government bodies so that this participation of communities and citizens in activities that intimately affect them might be made more meaningful, more productive.

My country, Trinidad and Tobago, has been constantly engaged in the pursuit of solutions to the severe economic problems that so seriously pressure us and, indeed, the international community as a whole. The world recession and the depression in the global market for petroleum products, on which we rely so heavily, have begun to take their toll despite prudent economic measures implemented in the past. Limited resources and declining revenue present a formidable challenge to my Government, and in order to improve the level of health for all our citizens optimum use will have to be made of such resources as may be available. In this respect, efforts to coordinate the activities of the numerous sectors that impact on health have already been initiated.

During the past year we have been able to maintain most of our programmes aimed at target groups identified - mothers, children, the elderly. In some cases new programmes have been established. Remarkable success has been achieved in our diarrhoeal disease control programme with the introduction of the oral rehydration treatment mode. Initially started as a pilot project in one regional hospital, this has been implemented in the other regional hospitals and has in fact expanded to include several health centres. There has been a significant decline in the admissions to the hospitals because of this. Other aspects of the programme including education of mothers and communities have also been intensified. The adoption by my country of the new International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes will enhance our efforts in this direction.

The immunization schedule has now been expanded to include measles, rubella and yellow fever routinely. Funds have also been earmarked for improvement to the school health programme. In this way, the health of our children, indeed the health of our future nation, is assured.

Trinidad and Tobago's growth in the industrial sector over the past decade has been truly dynamic. This progress, however, has not been without its price. As is well known in the developed countries, with industrialization often comes abuse of the environment. The protection of the environment has deeply concerned my Government over the years. In the past year, the Division of Environmental Health, now consolidated to include public health engineering, insect vector control and the expanding occupational health unit, has adopted a coordinated approach to environmental protection. A workshop to assist the Government in defining a comprehensive policy for the protection of the environment is planned for later this year, in collaboration with PAHO.

A successful workshop was completed at the end of the last calendar year on agro-medicine. Representatives of both the agricultural and health sectors, and of other relevant organizations, attended. It was a timely occurrence, especially in the light of decisions taken for a major thrust in the expansion of the agricultural sector in Trinidad and Tobago. In this, as in other areas, the importance of human resource development has been fully recognized.

Work on the Mount Hope Medical Complex is scheduled for completion by 1985. At this time it is planned that training facilities for doctors, dentists, and veterinarians will gradually be phased in, and, in addition, postgraduate training for nurses and pharmacists. It is also of interest to note that in our development programme 31 health centres will be completed within this calendar year.

Our nursing training programme, now expanded to an enrolment of 486 nurses, must continue if we are to reduce the quantitative deficiency in this category of health personnel. With the development of our plans to implement the primary health care approach, training programmes will be initiated to reorientate traditional health workers.

The development of a health care delivery system necessitates the provision of resources - human, physical and financial. From my statements at the beginning, it is evident that in Trinidad and Tobago, as in developing and developed countries worldwide, our major constraint is limited financial resources. We, in Trinidad and Tobago, are fortunate to have been blessed with a period of rapid economic growth in the past decade. This progress has brought its disadvantages, but of more importance at this time is the fact that it has provided a firm base from which our goal of health for all by the year 2000 is well within our grasp. Our efforts, now, will be aimed at ensuring that this reality does not become an illusion. The well-known ability of the people of Trinidad and Tobago to develop initiatives to overcome adversities is being put to the sternest of tests, but I am pleased to say that there are already encouraging signs of success.

The Government of Trinidad and Tobago, with the assistance of PAHO, is in the process of re-evaluating its comprehensive national health plan. In keeping with the overall developmental plan of Trinidad and Tobago, this plan will enable our people to realize their aspirations and to achieve self-reliance. The primary health care approach will be the master strategy, and measures are being taken to ensure that the impetus gained from our national workshop is not lost. Community participation is being sought at all levels, and coordination of efforts of all sectors that contribute to health activities will be formalized.

The provision of appropriate technology and of accessible health care for all are but two aspects of the primary health care approach with obvious financial implications. Close attention will be given in the coming months to consideration of alternative methods of financing health care services in particular, and the possible introduction of a national health insurance scheme.

Trinidad and Tobago's efforts over the past years have resulted in substantial improvements in the health of our people. We are confident that, through the initiatives of our citizens, through the hard work and cooperation of the staff of my Ministry, as well as that of other ministries, and with the assistance of PAHO, this improvement will continue through the present challenging times. We are determined to meet the objective of health for all by the year 2000.

My delegation is pleased to endorse the report of the Director-General for the year 1982. It is an impressive record of excellence in achievement we have long come to associate with the Director-General and the Organization he so ably leads. The summaries of developments in WHO's 1982 programmes are, naturally, concise and to the point, but provide nevertheless stirring examples of the quality of effort that has gone into basic areas of the Organization's activities.

We look forward to participating in the discussions on the plan of action for the Seventh General Programme of Work for 1984-1989. We are always appreciative of the opportunity to listen to the esteemed contributions of our fellow delegates from whom we gain valuable insights and information on innovative technology. And these delegates now include the distinguished representatives of two Commonwealth countries which have recently become Members of the Organization - and whom we warmly recommend. It was with the deepest satisfaction that my Government and I, personally, noted the unanimous endorsement by the Executive Board in January 1983 of Dr Mahler's re-election as Director-General of the World Health Organization. That endorsement will certainly be unanimously confirmed tomorrow, and that confirmation will be yet further evidence of our recognition of those qualities of dynamism, dedication and concern that have constantly characterized the man and have shaped his stature.

Once again, Mr President, on behalf of the Government and people of the Republic of Trinidad and Tobago, I extend to you warmest congratulations and our sincerest wish that you will enjoy a very successful term of office.

Mr SHOSTAK (Israel):

Mr President, permit me to begin by congratulating you on your election to the Presidency of the Thirty-sixth World Health Assembly. I should also like to take this opportunity to congratulate Dr Mahler for having demonstrated his extraordinary devotion and competency as Director-General of this Organization over the years and to wish him success for the years to come.

Distinguished delegates, we, the Member States of the World Health Organization, have pledged to strive together to achieve the goal of health for all by the year 2000. I am sure that each Member State is doing the utmost possible in the frame-work of its national limitations and circumstances to attain this objective. In my country we are doing it through legislation presently before our Parliament entitling all citizens of the state to comprehensive health insurance as part of our social insurance programme. The State will be obliged to provide its citizens with all the health services required, preventive and curative. Obviously this is not the only way to achieve our objective. In the document A36/INF.DOC./1, "Global Strategy for Health for All by the Year 2000", which the Director-General has kindly distributed to this Assembly, I have learned of other projects adopted by many of the Member States.

However there is one issue on which we should focus particular attention - an issue on which in my opinion hinge our hopes for achieving our objective, and that is the issue of the status and image of primary health care. This is probably the central issue today in medicine the world over. The most spectacular advances in medicine in the last decade have occurred in

the medical centres and hospitals. There has been the concentration of expertise and specialization in all the different areas of human anatomy. However, despite this progress, primary care has been largely neglected, as has general and comprehensive preventive and environmental medicine in all its complexity and with its ramified health problems. The lack of cooperation between the two principal medical services - the hospitals and the primary medicine - has led to uncoordinated and discontinuous planning of patient care. Hospitals admit patients who have been referred to them by various branches of primary medicine, completely ignoring the wealth of medical information and knowledge that has been accumulated in primary general clinics.

The status of primary medicine has unfortunately eroded during the last years, and the gap between hospital medicine and ambulatory care is broad and getting wider. The general physician, working out of his clinic, is developing feelings of inferiority and frustration because he is increasingly unable to cope with the growing medical problems. When he tries to cope with serious medical problems in his clinic the equipment and the diagnostic facilities at his disposal are woefully inadequate. The total dependence on hospital diagnostic services even for the most routine cases that he is confronted with creates frustration for the physician on the one hand and spiralling costs of medical care at the other. The poor image of the primary physician has become a counter-incentive to medical graduates who may want to pursue a career in primary care. Worse than that, medical students are fleeing from primary medicine and from the image of the general clinic doctor.

Achieving the aim of health for all by the year 2000 will only be possible if there is a radical change in the status of the general physician and in his ability to practice. This can be achieved in two ways: either by greater specialization in primary medicine and improved availability to the primary physician of diagnostic capabilities and modern medical technology, or by integration of hospital medical staffs with district clinics, and clinic medical staff with hospitals, and the creation of teaching links and information exchange between the two parts of the service.

Our energy and our endeavours have now to be directed chiefly towards general primary medicine which views man in his background and environment, which is such a great influence on his health. Primary medicine should be restored to its former historical place and thereby to its proper status and prestige.

I am confident, Mr President, that by achieving this we can succeed in attaining our objective of reaching the level of health that will permit all people to lead a healthy, productive and prosperous life.

Mr CLARKE (United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland):

Mr President, Mr Director-General, distinguished delegates, it gives me great pleasure to join the speakers before me in congratulating you, Mr President, and your fellow officers on their election and in congratulating Dr Law, the Chairman of the Executive Board, and Dr Mahler, on the cogency of your reports.

Let me begin by saying that the United Kingdom has accepted the challenge of achieving health for all by the year 2000, although of course we realize this is a wide-embracing and ambitious concept even for a country with as comparatively well developed service as our own. But we are particularly heartened to see the care with which, without increasing real expenditure, the proposed budget for this programme concentrates and builds on essential elements.

The three main thrusts of the European regional strategy - prevention, healthier lifestyles and a reorientation of health services - are all of direct relevance to the United Kingdom. We cannot afford to ignore these priorities. And as I am told you yourself, Dr Mahler, pointed out to the Regional Committee for Europe in September, these three may be encompassed in a campaign to control all preventable heart disease. We are already stimulating action within the United Kingdom towards a national prevention programme and encouraging a variety of groups to take up the debate, nationally, regionally and locally, using as their theme the WHO Technical Report entitled "Prevention of coronary disease". All this activity crosses sectoral and professional boundaries. To give just one example, only this week an international conference on exercise and health is being called by our Sports Council together with the Health Education Council to discuss the effects of exercise on coronary heart disease. If I may mention other successful recent United Kingdom initiatives in prevention we have held a very successful anti-rickets campaign which was specifically targeted to vulnerable minority ethnic groups, and we intend to follow it up with a similar campaign aimed at improving the level of ante-natal care amongst minority groups.

We have also made multisectoral attacks on accidents at work, in the home and on the street, and have mounted campaigns against alcoholism and drug abuse. Recent legislation and an associated information campaign on road safety have already had noticeable effects upon deaths and serious injuries from road accidents, and we are hoping that recent legislative changes on the compulsory wearing of seat-belts in cars and on improving the level of motorcycle training and testing that we have in the United Kingdom will produce further valuable improvements.

The United Kingdom is fully committed also to medical research, and we are devoting - I am glad to say - increasing resources to both basic biomedical research and health service research. Most of the examples I have given so far have shown government acting in partnership with other bodies, but there are more direct ways in which governments, central and local, must in our opinion act to ensure the environment without which health cannot flourish. For example, the possibility that new chemicals increasingly used in modern societies might harm health causes natural public anxiety. We have our own mechanisms of control, but we are glad to take part in international collaboration on this subject as well. The flexible approach recently emphasized by WHO, with guidance adaptable to local circumstances as in the recently completed guidelines on drinking-water quality, seems to us particularly sensible. Most of what we do represents a prudent response to the mere possibility of hazard to health; but in areas where it remains uncertain whether the danger is real we must strike a sensible balance between safety and control, otherwise the burden on industry and the curb on innovation could themselves represent a penalty on human resources and therefore on health. This of course makes it all the more important that we investigate thoroughly possible risks and insist on decisive action when a balanced view points to it, as our Government has recently demonstrated with our initiative to eliminate the use of lead additives in petrol and reduce its presence in many parts of the environment.

Education for health and the promotion of healthy life-styles are essential parts of our strategy. We believe that each person should be fully informed and enabled to make his own correct choices. "Look after yourself" was the title we gave to a most successful campaign of our Health Education Council, and that was designed to encourage and support the individual in maintaining his own health. Two of my Department's recently issued booklets have been found particularly useful: one is entitled "Avoiding heart attacks" and the other "Drinking sensibly" - the second highlights the growing problem of alcohol abuse. Both booklets are intended to promote a better public understanding of the problems and to encourage informed debate amongst those working in commerce and industry as well as in the professional health and social services.

Successive governments in my country have recognized the damage which smoking inflicts on health. We have taken measures both to control the promotional activities of tobacco companies through voluntary agreements and to inform people of the hazards of cigarette-smoking. Cigarette-smoking by men has decreased by over 20% in the United Kingdom since 1948, and the amount of tar in cigarettes has been significantly reduced. The effect of this is a fall in the incidence of lung cancer in England and Wales, but we have no intention of reducing the pressure of our campaigns to improve the public's own information and appreciation of the hazards of smoking cigarettes in particular.

The third European aim, the provision of adequate and appropriate health care, involves a reorientation of health services and a review of priorities. We have to keep changing the pattern of services to meet changes in the pattern of population distribution and the pattern of health needs, but both adequate and appropriate health care are essential to meet pressures caused by such change as the growth in the number of elderly, especially the very elderly, and the development of new treatments. The health service must also, in order to keep up with these growing demands, make sure that it gets the best possible value for the increased finances that my Government is certainly making available to the National Health Service.

The Service certainly has responded to dramatic changes in new patient needs. Progressively more patients have been given more diagnosis and treatment, yet the number of beds we are using has fallen. Between 1978 and 1981 the annual number of inpatients and day cases in England rose by half a million, whilst over one-and-a-half million more outpatients and emergency cases were treated each year. Staff/patient ratios in hospitals caring for the elderly, the mentally ill or the mentally handicapped steadily increased. During that same three-year period the number of family doctors increased by 1250, thus reducing the patient load and, we hope, improving therefore the service quality given by each doctor.

But we must continue to improve the efficiency and effectiveness of the service even further if we are to continue to change and grow and try to catch up with rising demand. We simplified our management structure, removing a complete layer of management and giving more autonomy in day-to-day affairs to locally based authorities. We have also at the same time helped them to exercise their independence by review of the information needed by district management to plan ahead and monitor its performance. We have also developed a new approach to supplies and purchasing techniques, and we have a regional review system to give leadership and a clearer sense of policy direction and to set policy targets and measure progress towards them. We have a management inquiry advising the Government on the effective use and management of manpower and related resources throughout the Service, and we think it is important that the health services keep up to date with advances in modern management techniques because it is vital in our field - one of the most important services, as it is in any other field - to make sure whether we get the very best value out of the resources that we make available. Obviously at the moment in the United Kingdom the Service still cannot do everything that could possibly be done, so efficiency also requires a review of priorities. With prevention and health education confirmed by us as growth areas, we are also trying to increase emphasis on the primary health care team. We have made a conscious effort to get handicapped patients out of hospital and back into the community. We have made additional funds available, for example, to speed the move of mentally handicapped children into smaller units better geared to the needs of children and with strong neighbourhood links. We have identified other groups at risk for special action and we have new initiatives for providing services for elderly people, particularly the rising number of people we have who are elderly and mentally ill or mentally disturbed.

I hope I have described the United Kingdom's progress towards health for all and shown that it depends on a joint national effort with government concentrating on those aspects which only government can provide - the right environment within which health can be achieved, the right encouragement for a responsible and positive attitude in society towards personal health, and the right machinery for efficient locally-based health services. We have continued to pour more resources, despite the recession, into the growth and the development of the National Health Service at the same time as we try to get that Service to give better value for money out of those increased resources. But we also encourage personal responsibility and we also give direct help to all health authorities and personnel to help make them more effective.

And so I believe we are well on the course which WHO has set for all of us. In addition to our domestic concerns we look forward to continuing our cooperation with many countries in the training of health personnel of all kinds whom we are glad to see in the United Kingdom and to whom we hope we give valuable training and experience. The United Kingdom therefore gives its whole-hearted support to the challenge that has been posed by WHO of achieving health for all by the year 2000.

Tan Sri Chong Hon Nyan (Malaysia), President, resumed the presidential chair.

Tan Sri Chong Hon Nyan (Malaisie), Président de l'Assemblée, reprend la présidence.

Tan Sri Chong Hon Nyan (Малайзия) Председатель, занимает председательское место.

Tan Sri Chong Hon Nyan (Malasia), Presidente, vuelve a ocupar el sillón presidencial.

تان سري شونج هون نيان (ماليزيا) ، رئيس الجمعية استأنف الرئاسة .

Tan Sri Chong Hon Nyan (马来西亚), 主席, 重行主席职位。

Dr SURJANINGRAT (Indonesia):

Mr President, Director-General, your excellencies, distinguished delegates, ladies and gentlemen, may I first of all, on behalf of the Indonesian delegation, extend our deepest appreciation to the outgoing President for the most able guidance and leadership. The Indonesian delegation would also like to use this opportunity to extend its most sincere congratulation to the newly elected President of the Thirty-sixth World Health Assembly. My delegation is convinced that you, Mr President, will also guide and lead us in our deliberations and bring this Assembly to a successful end. The congratulation of the Indonesian delegation also goes to the elected Vice-Presidents and the Chairmen, Vice-Chairmen and Rapporteurs of the committees. Also on behalf of the Indonesian delegation I wish to convey our most sincere greetings and best wishes to all of you. We are here together with only one goal in mind, that is to bring the Thirty-sixth World Health Assembly to a successful and fruitful conclusion.

The Indonesian delegation to this World Health Assembly wishes to express its appreciation to the World Health Organization for holding this very important gathering annually. It is still clear to our mind that this issue had given rise to debate among Member countries, as some Members suggested that World Health Assemblies be held biennially. We were among the majority who took the view that the Assembly should be held annually, to enable our Organization to deal more effectively with urgent health problems faced by Member countries.

We are happy to be here to discuss health matters and other issues related to the future prospects of the health of all people in this world. It is not with exaggeration that I highly value the importance of this forum, as it is expected that our presence here could bridge the differences of our countries with regard to socioeconomic conditions affecting the health status, approaches to solving health problems and other factors too many to be mentioned. It is with great pride to observe that since the past decade WHO has played a significant role in providing effective coordination and leadership through its regional offices. I am happy to report that my country has been selected by the Director-General to initiate the first collaboration project jointly prepared by WHO and the Government of Indonesia.

Member countries have their own ways to solve their problems and to achieve their specific objectives. But guided and encouraged by WHO, we are determined to strive for the wellbeing of our peoples through the implementation of primary health care as the key approach to attain health for all by the year 2000. It is our belief however that health is very closely related to the sociocultural and socioeconomic conditions of the people and the political environment wherein they live. Our endeavours should therefore be directed to creating such a favourable condition and to put health and education at high priority levels in the overall development programme, and health should be considered as one of the main indicators of quality of life and the wellbeing of the people. We should therefore reaffirm that health is a basic human right and essential to the satisfaction of basic human needs and the quality of life.

We in Indonesia are fortunate that this basic concept of wellbeing is incorporated in our national Constitution. It is obvious that health for all by the year 2000 can only be attained through national political will and commitment and through the coordinated efforts of the health sector within other social and economic development programmes. Guided by this basic concept which is further reflected in our state policy and national development strategies, the national health system was formulated and recently complemented by operational guidelines aiming at achieving the long-term objectives in the health sector. Under these operational guidelines five main objectives are to be achieved, and these are as follows: (1) to enable people to take proper care of their own health; (2) to promote environmental health as to enable people to live a healthy life; (3) to improve the nutritional status of the people; (4) efforts to decrease morbidity and mortality rates; (5) to promote a healthy and prosperous family life through the acceptance of the small and happy family norm, with implementation of family planning. Guidelines to meet the five main objectives are defined as "panca karya husada"; panca means five and karya means work, whereas husada is health. May I take the liberty to translate it as "the five programmes of work". Guided by these five ways under the national health system, we assume to attain health for all by the year 2000.

The five programmes of work indicate also priorities of work which are as follows:

(1) increasing and strengthening health care and medical services; (2) health, manpower policy and development; (3) national drug policies; (4) nutrition and health environmental programme; (5) health management and legislation.

Learning from the past experiences, particularly in the developing world, the integrated approach is the best way to solve health problems, as health is certainly closely related to poverty and ignorance, conservatism and other cultural barriers.

A sharp decrease in mortality rates in Indonesia over the period 1970-1980 has been recorded. The latest census and other sources such as household surveys and studies in our country show a 33% decline in crude death rates. There was also a reduction in infant mortality rates from 137 per 1000 in 1976 to 98 per 1000 live birth in 1980. While this is a tremendous achievement, we realize that these figures are high compared to the rates in neighbouring countries, and therefore much is still to be done. We certainly believe that health improvements in our country are the result of this integrated approach under the national development strategy aiming at economic growth, national and political stability and social welfare development based on equity.

The main features of the health condition of the people in developing countries are the high mortality rates, particularly infant mortality rates, caused by infectious diseases, diarrhoeal diseases and malnutrition. We are certainly aware of the challenges before us and,

as I have mentioned before, we are still behind in achieving a satisfactory status of health of the people. We are, however, encouraged by the mortality decline and the achievements in building up our health structure by expanding the outreach of our health services. We are now able to provide to all health workers at all levels the necessary guidelines in the health sector. Taking into consideration the high infant mortality rates we should now emphasize strengthening mother and child health, immunization programmes and the eradication of communicable diseases. I therefore welcome the Technical Discussions during our stay here which will focus on health education.

The thirty-fifth World Health Day had been commemorated all over the world and the suggested theme was "Health for all by the year 2000 - the countdown has begun". On this particular occasion the Director-General sent an urgent message: "All people have the power to act for health, the time to act is now and the countdown for health for all by the year 2000 has begun". This is a very important message and it is our sincere hope that all of us commit ourselves to do whatever we can to achieve our common goal, to strive for the wellbeing of the people of this world. Indeed, the world cannot wait. Peoples in developing countries are suffering from starvation, poverty and ailments. The predicaments are worsened by the world economic recession, diversion of valuable economic resources to support escalating arms races as well as wars and armed conflicts raging in many parts of the world.

We are here to voice the hope and expectation of billions of people that responsible countries from North and South, East and West undertake to cooperate in a concerted effort, including in the field of health, aimed at alleviating the plight of those people. Let us now do something for those who are suffering and dying slowly.

Sr. JARAMILLO (Colombia):

Señor Presidente, permítame, antes de nada, felicitarle por su elección, así como a los demás miembros de la Mesa, Señor Presidente, señor Director General, señores delegados: El proceso evolutivo que conduce al desarrollo de un pueblo debe ser, sin lugar a dudas, realizado dentro de un contexto armónico en el que la salud juegue un papel preponderante. Al tener como meta la estrategia mundial establecida por la Organización Mundial de la Salud, la República de Colombia ha establecido un plan nacional dirigido a que nuestro pueblo participe equitativamente de la salud y basado en el respeto a la vida y a los derechos humanos, factores inalienables e innatos del ser humano. Es así, como nuestro plan contempla las acciones encaminadas a prestar asistencia a los distintos grupos de la comunidad como el de las madres y los niños, la población trabajadora, los ancianos, los incapacitados y las minorías étnicas. Este plan se ha elaborado con la colaboración activa y eficaz de la comunidad a quien está dirigido, pues el flujo de servicios se realiza en dos direcciones, una, del estado hacia la comunidad y la otra de ésta hacia el personal de salud.

Desde el momento en que un gobierno adquiere el deber de responder a los grupos sociales que dirige, se crean una serie de deberes en la comunidad participante en cuanto a detección y vigilancia de su estado de salud. De acuerdo con esto, Colombia ha dado un paso trascendental en su desarrollo al impulsar la participación activa de la comunidad. Gracias a estos esfuerzos, hemos obtenido un mejor equilibrio social al disminuir la natalidad de un 41% en 1968 a un 27% en 1982 y la mortalidad de un 10% en 1970 a un 5,8% en 1982, aumentando la expectativa de vida, así como la cobertura de los servicios.

En un país tropical como el nuestro, mezcla de grupos asentados en urbes y diseminados tanto en los campos como en zonas selváticas, el proceso de aproximación a las comunidades no es una tarea fácil, no sólo desde el punto de vista netamente geográfico sino por la gran variedad de patologías que se presentan y que se inician en las enfermedades tropicales como el paludismo, la leishmaniasis, la tripanosomiasis, etc., además de la desnutrición y deshidratación ocasionada por enfermedades diarreicas y la presencia de tuberculosis y lepra, hasta enfermedades ocasionadas por la altura y por la contaminación ambiental, del aire que respiramos y de las aguas de nuestros ríos que poco a poco dejan de ser potables. A esto hay que añadir los problemas psicosociales producto de sociedades en evolución que se traducen en el incremento del alcoholismo, de la farmacodependencia y en el aumento de la morbilidad por trastornos mentales.

Todos sabemos que la base para obtener salud se encuentra no sólo en la prevención de elementos patológicos específicos, sino especialmente en detectar los factores desencadenantes y que facilitan enfermedades. Por esta razón, el Plan de Salud de Colombia está encaminado a obtener una cobertura total en la vacunación de los niños de menos de 5 años, grupo que es aproximadamente el 13% de la población, con resultados adecuados en cuanto a la organización

del proyecto, lo cual redundará en una cobertura eficaz, unido a las actividades desarrolladas en la asistencia maternoinfantil, lo que nos conduce a una mejoría del estado nutricional pues ha aumentado la lactancia natural, con el resultado lógico de la elevación de las defensas inmunológicas y de una mayor resistencia a las enfermedades. Sin embargo, el proceso de prevención siempre será incompleto si junto con él no se estructuran sistemas de educación eficaces que despierten en la comunidad el interés real sobre su estado de salud. Sistemas educativos que deben aplicarse directamente a grupos socioculturales, pero respetando sus tradiciones y su cultura para poder utilizar en la mejor forma posible los recursos actuales. Este sistema educativo se aplica en nuestro país a través de la educación a distancia, en la cual la salud es una parte activa y eficaz, así, los servicios de salud son más accesibles y su utilización es más adecuada. Por otra parte, la vigilancia de los grupos encargados de la salud no sólo la realiza la comunidad sino también las sociedades científicas, que al trabajar de común acuerdo con nuestro Gobierno elaboraron las normas sobre ética médica en 1981 plasmadas hoy en la ley de la República y en las cuales se sintetizan tanto el derecho de los pacientes como se respalda al médico honesto en el desarrollo de sus actividades. Esta ley, orgullo nuestro, es una de las bases fundamentales en la estructuración y obtención de la salud para todos.

Faltan únicamente 17 años para alcanzar la meta establecida en la Declaración de Alma-Ata; por lo tanto, deben realizarse esfuerzos en la medida de nuestras capacidades, a pesar de nuestros temores fundamentados en el hecho de que, mientras nos encontramos elaborando estrategias para proporcionar a nuestro pueblo una vida mejor, la carrera armamentista se desarrolla a velocidades increíbles en todo el mundo. En tanto existen presupuestos exuberantes para obtener más y mejores armas, los presupuestos de salud cada vez son menores. Estimados colegas, vosotros lucháis por un futuro mejor para nuestros hijos, sin distinción de razas ni religiones, no podéis quedaros callados ante esta aberración de la humanidad. Apartemos la timidez y levantemos nuestras voces para que en esta Asamblea se haga realidad concreta la premisa de Alma-Ata.

Dr ABDUL KHALID BIN SAHAN (Malaysia):

Mr President, Mr Director-General, distinguished delegates, ladies and gentlemen, the Malaysian delegation joins other distinguished participants at this Assembly in congratulating you, Mr President, on your election to this high office. We are particularly proud that our chief delegate has been duly honoured to preside over the deliberations of this Assembly. The Malaysian delegation would also like to congratulate the Vice-Presidents on their election to office. Within the time given to me may I, Mr President, be allowed to address the Assembly on issues which may be of common interest or concern. The Director-General, Dr Mahler, has presented his report on the work of WHO in 1982 in his usual clear, concise and comprehensive manner. I would like to congratulate the Director-General and his staff, both at headquarters and the regional offices, for the progress that has been made in pursuance of the Global Strategy for health for all by the year 2000.

At the national level, my country has consistently pursued a strategy of equitable resource allocation, complete and comprehensive coverage with basic health care, ready access to higher levels of care, balance between prevention and cure, community participation and multisectoral approaches. Above all, we subscribe to the concept that health programme development must be an integral part of socioeconomic planning. In many situations, reduction of ill-health in the community must be in the nature of anti-poverty drives, provision of basic amenities and a good living environment, and general improvement of education and social justice. We also believe that governments and their agencies can only play facilitating and supporting roles in the provision of health for all by the year 2000. Only individuals and their families can decide on behavioural patterns relating to their health, social and economic wellbeing.

Over the past 25 years Malaysia has been able to provide a good coverage of the country with basic health care and reduce the incidence of many communicable diseases. Preventive activities have ranged from personal prevention through immunization and health education to the community-based action of providing rural water supply systems and an applied food and nutrition programme. At the same time hospital facilities have been established or upgraded. General and specific indicators show that the health status of the community have improved. We are now in the midst of the mid-term review of the current five-year plan. We have made certain recommendations with regard to some recalcitrant health problems, particularly those which are linked to the environment and personal habits and practices, and prevalent on new

conditions which are of increasing concern. Realizing that many health problems cannot be solved by medical technologies alone, we have recommended the intensification of coordinated multisectoral approaches. We are concerned with rising health care costs, and are exploring various options for health care financing and studying different ways of getting greater community participation and involvement of the private sector in national health development.

An area that we are justifiably proud to be associated with and which is on the agenda of this Assembly is the subject of infant and young child nutrition. To overcome the problem of malnutrition among infants and young children, supplementary feeding and nutrition education has been made an integral part of maternal and child health programmes. In 1969 we started an applied food and nutrition programme as a multisectoral effort and towards the end of last year a national nutrition surveillance system was established. At the beginning of this year Parliament passed a new Food Act which replaces an existing law which controls, among other things, hygiene and safety of foods. Concern over aggressive sales promotion by the local milk industries has resulted in the code of ethics for infant formula products in Malaysia which was launched in May 1979. We participated actively in the development of the WHO Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes. On World Health Day this year our Minister of Health launched a revised edition of the Malaysian Code of Ethics for Infant Formula Products. Although voluntary in nature, it is gratifying to note that the Code has been well observed by the local milk industries.

With the adoption of the Global Strategy of health for all by the year 2000 many of us would have by now started to reappraise our present position and to take steps to ensure that we can achieve what we have politically committed ourselves to carry out. For some of us it is a question of effecting better distribution of resources between urban and rural areas, or between therapy and prevention. For others it means that a greater proportion of the national income needs to be spent on health. For yet others, health for all by the year 2000 means more equitable sharing of scant resources, more efficient and effective planning, organization and operation of health programmes. But from whatever point we start, whether from modest, basic health care facilities, or highly complex, sophisticated medicine, rising health care costs is a perennial subject of concern. Increases due to expansion of services or programmes, rises in labour or supply costs, or use of high-cost technology are quite understandable, but what is also obvious is that national expenditure on health does not appear to be related to health needs or the state of development of health services. Countries with the largest number of health problems appear to spend relatively small proportions of their national income on health, whilst with those with relatively higher standards of living and health status spend more of their GNP on health. Soaring health care costs may be due to rising public expectations or the introduction of high-technology, high-cost medicine, over-zealous professionals tend to over-diagnose, over-treat or over-prescribe, while over-selling of the latest technologies, which may be appropriate for certain countries but not for others, reinforced by a professional inclination towards perfection and ultimate solutions to problems will invariably push the cost of health ever higher, even though the additional advantages of such new technology may be only marginal. Many developing countries not possessing the necessary expertise for technology evaluation find themselves severely handicapped in making choices when confronted by hard-selling salesmen, over-trained specialists or influential lobbies.

The ultimate solution, of course, is for each country to develop its own capability and core of experts and to make their own choice on technologies, but this will definitely take time and most countries are not prepared to wait that long. International agencies such as WHO can play an important role in providing Member States with consultancy or advisory services on technologies and in promoting information exchanges on new technologies. To some extent WHO is already providing such services and supporting national efforts to strengthen national capabilities for health programme development. What is needed is for such activities to be intensified at global and national level to ensure that the interests of developing countries are safeguarded and that the choice is what is needed and not what is on sale. This step must be considered urgent if we are to contain health care costs and to achieve the Global Strategy of health for all by the year 2000.

Mr President, whilst we are looking at our own national problems and priorities and working towards health for all we are at the same time acutely mindful of the hardships and sufferings of millions of others who are less fortunate. There are those whose low national income prevent easy and rapid solution to their social problems, whilst large natural disasters strike many other population groups. They deserve all the assistance that we can

muster. Needing special mention, however, are the hardships and suffering of those unfortunate millions who have been or are being displaced from their own country, or who are even now fleeing to neighbouring countries to seek refuge. I refer to the plight of the Palestinians and others who are now refugees in refugee camps. Our sympathies are with them. We will support whatever necessary international measures and action that will reduce their suffering and return them to their rightful lands.

In closing, Mr President, may I be allowed to thank the Director-General and his staff both at headquarters and the regional offices for all the understanding and help that has been extended to my country. We look forward to continuing collaboration with WHO in our pursuit of health for all by the year 2000.

Dr HYND (Swaziland):

Mr President, Director-General and delegates to the Assembly, we certainly welcome this opportunity to be back in Geneva to share together once more our concerns for the health and welfare of our world community. Be assured, Mr President, and your Vice-Presidents, of our support and respect as you have taken up the reins of office and we believe you will steer us through to the end in good time and with equal prowess as your predecessors have done. The Director-General, Dr Mahler, deserves I feel the acclaim of both the nations and the communities we represent as well as that of our renowned Organization for the inspired leadership he has given to us. We offer him our right hand in recognition of what he has done in the past but we give him both hands in the African way as he continues to lead us for another term of office. His latest report deserves credit for a job well done and we must give it all our blessing in this Assembly.

Before continuing, I must take you from the heights of satisfaction to one of sharing our sadness as a nation. Since we last met in these halls, Africa and the Kingdom of Swaziland have suffered a severe blow with the passing on 21 August 1982 of one of Africa's great sons, our Head of State, King Sobhuza II. Our beloved monarch ranks high in our continent, not only in that he lived for an unusual period of 83 years, but he also reigned over us for over 60 years which, perhaps for this continent, is one of the records. Even more, he did so in such a way that he gave us peace and stability, creating a climate for economic, social and cultural advance in a time of tumult and storms that have blown about our world over this period of world history. He believed firmly in dialogue rather than disruption, he believed in evolution rather than revolution. This belief carried him through these difficult times in which we have lived and dispelled the thought that we should gain our ends by sword or by bullet. As Minister of Health, I can honestly say that our King had a vital interest in the health of our nation and did everything possible to support and encourage us in our efforts to attain the goals we have set for ourselves towards the year 2000. Forgive me if I take your time to pay tribute to such an outstanding ruler and person, whose passing we all mourn. I know that time is a healer, but I must say we are still reeling and recovering from this disaster in our country. You cannot, even in a family, have a father leave that family without suffering periods of uncertainty and so we must crave your patience as we struggle to adjust to the changing situations that this loss has brought upon us.

I am not going to bore you with a "state of the nation" health report as such. I want to deal more with some concepts and some issues which, in my opinion, should exercise our minds as we have been so clearly reminded that the countdown has begun towards the year 2000. The World Health Day slogan this year impressed us, not just that we are running short of time, as I have mentioned in previous contributions to the Assembly, but it tells us that we must somehow press forwards with added impetus, more than we have done, even if it means shattering our bureaucratic brothers who seemingly enjoy building walls to block us, whether it be at global, at regional or even national level, from attaining our goal. We must somehow streamline these blocking systems from which we all suffer at every level. The year 2000 is far too near to let it continue. Therefore, my first contribution is to beg the President, the Director-General and the Executive Board to do something else, to create some sort of a "Board for the Displacement of Bureaucratic Control", not only for WHO itself, but let it send its ambassadors to donor countries and agencies to try to come closer to one language or one system of approach instead of making us spend months and years trying to find out how and in what way we can break through the blockade to the year 2000. We could have a whole Assembly devoted solely to the constraints of bureaucracy, in fact, we could even describe it as the eighth disease of WHO.

We learn that in January the Executive Board has gone for a standstill budget for 1984-1985 in an effort to strike a balance between the need to move forward towards health for all and the need for realism in the face of world recession. It is because of this that I wish to present to the Assembly two main proposals which I wish to share, and if there is sufficient support forthcoming from the corridors and the coffee rooms and even the cloakrooms, I am willing to rejoin with those of like mind and press for their consideration by this, or even future, Assemblies. At the risk of being misunderstood, but in order to identify an area to give further impetus to our unquestionably noble efforts, I find the definition of health in our Constitution is wanting. In the Principles, it says, and I quote, "Health is a state of complete physical, mental and social wellbeing and not merely the absence of disease or infirmity". I know we have programmes and we have got projects and consultations and conferences and all the rest of it, but there is a dimension to a man or a woman that goes beyond and above his physical, mental and social wellbeing. There is something within a person - we have heard it from Dr Candau and others that we could quote - what one could call attitude, motivation, driving force, or by whatever name you wish to call it or define it, but which I prefer to call spirit. Our founding fathers may have been afraid of this word for various reasons, but let us face it, the programmes in health that are proving successful in our countries are those led by people whose healthy spirit makes it a success. A programme can have all the ingredients of being good and successful but it comes out dry and lacking the spiritual quality it needs. I may be accused of introducing some religious concept into WHO, but let me say that whether you are a priest or a mullah or a commissar, you are a success or otherwise by virtue of the spirit in which you conduct your programme and of your inner spiritual being. What I am really saying is, that if we want a healthy WHO and a healthy health for all, I want to see health in our Constitution this way: "Health is a state of complete physical, mental, social and spiritual wellbeing." Before the legal experts shoot me down, I see the way to do this is to have the Director-General communicate a suggested amendment at least six months in advance of the Health Assembly. In fact, those who wish to join me in promoting this concept, tell me, and let us give the health politicians 12 months to do their lobbying and their manoeuvring and have it ready for debate at the Thirty-seventh World Health Assembly in 1984, if we are still on this planet by then. There seems to be some doubt that we will see the year 2000 if we read the present signs of the times correctly.

The second major concept I wish to share in giving health for all added impetus is this: no-one wants to see us fail in our efforts. In the 1970s, it all looked so good and everything was for us, little realizing that the dark shadows of financial inflation, recession and all the other complications of these diseases were going to divert and derail us from the direction we have determined to take. Many of our peoples seem to look at health for all as coming from some Big Brother who is going to come and do it for us. I am well aware that community involvement is implied and even practised to a degree in health for all. But with 17 years only to go, we have got to identify more distinctly and speak it out more loudly that it must become a personal, a family and a community commitment. I know that it requires more than political will - it requires your and my own participation in health. I presented this additional, identifying dimension to my colleagues of the Tenth Commonwealth Regional Health Ministers Conference, held in our country in November 1982. They gave convincing support to it and I want to bring it to this Assembly. It must not only be health for all, but all for health - everyone, everywhere must be involved in their own health and that of his neighbour. My colleague from the Netherlands said the same thing, but only in a slightly different way: health for all, all for health. It sounds nice in the English language; I do not know how it sounds in French or Spanish or the other WHO languages. I would like to commend to the Assembly this additional dimension to help us towards the year 2000. Again, those who wish to join us in presenting a resolution to this effect to the Assembly can join me and my colleagues downstairs at the coffee table and let us see how best we can frame it for presentation.

After saying all this, and I see the light is flashing already, I have left myself no time to say how I commend WHO, UNICEF and the nongovernmental groups who have the same spirit that we must have to mobilize everyone towards our goal and we welcome the appointment of a consultant to come to our subregion to gear us up for greater effort. All the signs in our country are good for a bold, forward effort by interested groups. It is most encouraging.

I see the mass poisoning of our communities through tobacco smoke that we breathe in, even the second-hand smoke that we breathe here, the literal epidemic of drowning ourselves

in the drinking of the drug alcohol, even at WHO receptions, invasions of our countries by the social diseases of drug taking and trafficking as hazards to health. We will welcome a Health Day on Alcohol to arrest the rampant spread of the use of this drug. In fact, in our Ministry of Health receptions in Swaziland, you may no longer be served with alcohol and I want to tell you the world has not come to an end because of it. We have the threat of nuclear extinction to add to all the other health problems we face, cholera and diarrhoeal diseases are still high on our list of health problems, and there are nutritional problems beginning at birth. We have accepted the Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes and to encourage this our Government has instituted sixty days maternity leave with pay for our women who are breast-feeding. We need help with breast-feeding legislation and in facing diminishing food resources, and feeding and caring for refugees. Worse still is our current drought situation in southern Africa, regarded as being the worst this century. With the coming winter months we expect far-reaching consequences in malnutrition and even water shortages.

Mr President, I shall trouble you with the rest in the committees and so my delegation will continue the battle there. Our thanks go to WHO and other donor countries for all they have done, and for their interest in, and support for health programmes.

Dr. TORRES GOITIA (Bolivia):

Señor Presidente de la Asamblea Mundial de la Salud, señor Director General, señores delegados: En nombre del Gobierno de Bolivia tengo el agrado de felicitar al señor Presidente por la merecida elección de que ha sido objeto. Todos estamos seguros de que bajo su dirección los trabajos de la presente Asamblea alcanzarán los objetivos que se han fijado. También debo felicitar al Director General por su informe sobre las actividades de la Organización en 1982 previo al informe bienal que será sometido a la Asamblea el año próximo, y que constituye un resumen metódico y lúcido de lo ya realizado y de lo que aún queda por hacer. Aunque el doctor Mahler nos tiene habituados a la excelente calidad de sus informes, en este documento, destaca algunos aspectos esenciales que comentaré brevemente.

En primer lugar, advertimos que la OMS mantiene sus erogaciones presupuestarias dentro de límites acordes con la situación económica mundial y con la actual capacidad financiera de sus Estados Miembros en especial para aquéllos en vías de desarrollo afectados por la actual crisis mundial. Desearíamos que este ejemplo de la OMS fuese imitado por otros organismos del sistema de las Naciones Unidas. En segundo lugar, debo hacer hincapié y elogiar el carácter esencialmente técnico del informe, como corresponde a una organización de la índole de la OMS. Esperamos que la prudencia en abordar delicados problemas políticos sirva de norma para nuestras deliberaciones. Sería lamentable que controversias de ese tipo - por respetables que sean - perturben el curso normal de nuestras labores y las desvíen de aquellos que son sus permanentes objetivos. Sabemos que entre ellos se hallan el plan de acción para el año 2000 y el programa sobre la vejez. Sobre el primer aspecto, es mi deber informar a la Asamblea que, siguiendo el lema de Salud para todos en el año 2000, Bolivia con la apertura de su proceso democrático en octubre del año pasado, ha comenzado la "cuenta atrás" a la que se ha referido el Director General. Con la transición de la dictadura a la democracia, hemos incorporado el planteamiento de "salud para todos", y pretendemos movilizar a las organizaciones sindicales, cívicas y estudiantiles al servicio de la defensa del derecho a la salud.

El ministerio a mi cargo defiende un nuevo enfoque de la medicina y reconoce que la medicina social implica un cambio cualitativo y cuantitativo; su diferencia estriba en considerar la salud y la enfermedad no como estados aislados, sino como parte de un proceso integrado dentro del sector económico y del social, que lo determinan, que varía históricamente con ellos, y que además influyen sobre él dialécticamente. Con este concepto de la salud y la enfermedad, la práctica médica es fundamentalmente una actividad social y no sólo biológica. Sus metas no se limitan a los cálculos sobre las camas disponibles en los hospitales o sobre la "cita médica", sino a los cambios cualitativos de la sociedad que se traducen en mejores niveles de vida y menor morbilidad y mortalidad. Con el concepto básico del proceso "salud-enfermedad" inserto en el proceso económico y social, concebimos los problemas de salud del pueblo boliviano como la expresión de las necesidades de un pueblo de rudimentario desarrollo económico, frecuentemente sometido a dictaduras militares ajenas al sentir nacional. Al recuperar su libertad y enfrentarse a un proceso democrático de amplia participación popular, mi país tiene que resolver problemas heredados, difíciles de vencer, y que son un peligro no sólo desde el punto de vista médico sino también para la estabilidad político y social de la colectividad.

En Bolivia la mortalidad infantil es aproximadamente de 200 por mil. La expectativa de vida apenas alcanza los 48 años. La desnutrición afecta con signos clínicos evidentes, aunque de diferente grado, al 50% de la población de menos de seis años. Los trastornos gastrointestinales y las enfermedades prevenibles por vacunas siguen siendo las primeras causas de la morbilidad y la mortalidad. Además, sufrimos el azote de enfermedades como el mal de Chagas, la uncinariasis, el paludismo, la tuberculosis y otras y de enfermedades profesionales como la silicosis, o carenciales como el bocio endémico que afecta al 65% de la población. Desafío enorme al que tenemos que enfrentarnos con la participación de toda la población y con la solidaridad internacional. Llevamos decenios de atraso, pero hemos empezado a recuperarnos y somos conscientes de la urgencia que hay de quemar etapas para poder alcanzar en el año 2000, junto con nuestros hermanos del mundo, la salud para todos. Por ello, ante la oportunidad que se me ofrece, agradezco la ayuda que varios países nos han prestado, en especial el Japón, cuya cooperación nos ha servido para construir y equipar importantes centros hospitalarios.

No hace mucho tiempo, nuestros deseos de influir positivamente sobre el proceso salud-enfermedad del país se han visto obstaculizados por gravísimos desastres naturales. Inundaciones destructoras en el oriente boliviano han ocasionado numerosas muertes y originado graves epidemias en la región. La prolongada sequía en el altiplano y en los valles del centro del país ha provocado que su principal alimento, la papa, disminuyera su producción en un 57%, con el peligro de que se extingan variedades nativas de gran valor, que se producen exclusivamente en Bolivia. Se han perdido forrajes, con cuantiosos daños en la cría de vacunos y ovinos que mantienen los campesinos, sobre cuyo porvenir se cierne como una perspectiva desoladora el fantasma del hambre. A todo esto se añade otro problema, cuya gravedad y magnitud no han sido aún debidamente medidas por la colectividad internacional. Me refiero al aumento de la adicción a las drogas en los últimos años. Me temo que ni la Organización Mundial de la Salud ni otros organismos competentes son conscientes todavía de la dimensión del peligro que este nuevo fenómeno sociológico entraña tanto para las economías de muchas naciones como, en particular, para la salud y el bienestar de sus habitantes. Su análisis tiene y debe ser una preocupación de la OMS, entidad que, a mi juicio, debería cuanto antes crear los mecanismos internos adecuados para un estudio a nivel internacional sobre la extensión y proyección de esta plaga, y recomendar las medidas que, también a nivel internacional, deberían adoptarse para acabar con este problema. No creo exagerar cuando afirmo que estamos ante un problema que si no se combate a tiempo amenaza con destruir las raíces mismas de nuestra sociedad. Algo que al principio aparecía como un fenómeno transitorio y localizado sólo en ciertas regiones del mundo y grupos limitados de la población, va invadiendo poco a poco a países y nuevas capas de la sociedad hasta el punto que si no se destinan recursos suficientes y no se toman, con energía y decisión, medidas de amplitud internacional para detener este problema, en poco tiempo, muchos países se encontrarán en una situación de total impotencia para controlarlo y mucho más para eliminarlo. Como todos sabemos, en Bolivia se cultiva la coca como una antigua tradición histórica. La explotación e industrialización ilícita de ésta, destinada en particular a los mercados de consumo de los Estados Unidos y Europa y su producción masiva son un fenómeno nuevo y ajeno a la cultura indígena. En el pasado esta actividad ilegal contó con la complicidad de gobiernos militares. Los enormes ingresos que proporcionaba sólo beneficiaron a unos cuantos traficantes extranjeros y nacionales, pero, para la economía del país tuvo un efecto negativo y para algunos de sus habitantes corruptivo. Ahora que el pueblo boliviano ha recuperado el ejercicio de sus derechos, por solidaridad con la juventud del mundo debemos invertir nuestros escasos recursos en combatir la comercialización ilícita de derivados tóxicos de la coca, fomentada desde el extranjero. Esto obliga al gobierno boliviano a exigir al campesino un sacrificio económico al sustituir este cultivo tradicional que le da cuatro cosechas al año, que no necesita riego ni cuidados especiales, ni renovar las plantaciones sino después de varios años, por otros cultivos de menor rendimiento y con una mayor inversión de fuerza de trabajo. El ilícito e inmoral incentivo para el mayor cultivo de la coca se apoya precisamente en esta lamentable realidad. Somos conscientes que como nación nos atañe una responsabilidad histórica sobre este problema. Ya antes, desde la oposición asumimos esta responsabilidad cuando el actual Presidente de la República de Bolivia, Dr. Siles Zuazo, denunció en julio de 1980 las vinculaciones del tráfico de narcóticos con los golpes militares. Ahora que estamos en el gobierno hemos demostrado con hechos nuestra voluntad indeclinable de extirpar esta actividad delictiva con medidas concretas que la opinión mundial conoce. Y en esta ocasión, me permito sugerir a las autoridades de la Organización Mundial de la Salud que en el orden del día de una de sus reuniones próximas incluyan el tema de la adicción a las drogas, no sólo desde un punto de vista toxicológico, sino, asimismo, sus implicaciones sociales y económicas ya que también está

relacionado con la salud de los pueblos. Como Ministro de Salud de un país que sufre actualmente las consecuencias económicas y sociales del desvío de su producción agrícola hacia el de narcóticos, considero un deber exigir a la solidaridad internacional que cumpla con el suyo. Esta solidaridad podría centrarse apoyando los esfuerzos bolivianos en extender los programas y estrategias de atención primaria de salud, sobre todo en la zona rural y en la periferia urbana. No sería más que una compensación justa al sacrificio que se exige a los propios campesinos bolivianos, quienes merecen un mejor nivel de vida y a los que no se les puede negar el derecho a gozar de una adecuada nutrición y mayor atención a su salud.

Si superamos todos estos obstáculos y los desastres naturales que antes mencioné, así como nuestra crisis económica entroncada en la crisis mundial, mi Gobierno ha decidido extender los servicios de salud al 70% de la población que no los posee. Para enfrentarnos a este desafío, con la seguridad de que no estamos solos, pedimos a la solidaridad internacional alimentos, medicinas y un mínimo equipo de atención primaria de salud y colaboración técnica, pues lo necesitamos con urgencia.

El esfuerzo nacional que estamos realizando para estructurar el sector requiere de manera imprescindible e inmediata de la solidaridad internacional, solidaridad que, oportuna y eficazmente, servirá para defender no sólo la salud física sino la salud social de un pueblo que acaba de recuperar, tras años de sacrificio, su derecho a la libertad, en una transición incruenta de la dictadura a la democracia.

Dr. AHMED (Somalia):

الدكتور أحمد (الصومال) :

بسم الله الرحمن الرحيم

السيد الرئيس ، السيد الدكتور ماehler ، المدير العام للمنظمة ، السادة نواب الرئيس ،

يسعدني باسم وفد جمهورية الصومال الديمقراطية أن أهنئكم يا سيادة الرئيس على انتخابكم لهذا المنصب الرفيع راجيا لكم كل نجاح وتوفيق في مهتمكم . كما أهنئ السادة نواب الرئيس ورئيسي اللجنتين المنتخبين .

السيد الرئيس ، السيد المدير العام ، السادة رؤساء وأعضاء الوفود المحترمين ، لقد درس وفدنا بعناية التقرير السنوي الشامل والوافي ، الذي تقدم به السيد المدير العام ، عن العام المنصرم ، ولاحظنا بارتياح تام جهود المنظمة والدول الأعضاء في تخطيط الاستراتيجيات الوطنية والاقليمية والعالمية لتحقيق هدف توفير الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠ . ويسعدني أن أهنئ المدير العام على الجهود الخيرة والمثمرة التي حققتها أعمال المنظمة خلال العام الماضي ، ونتمنى المزيد من التقدم وتكثيف الجهود المشتركة بين الدول الأعضاء والمنظمة وصولا الى تحسين صحة أبناء البشرية جميعا .

لقد قطعت بلادنا شوطا لا بأس به نحو تحقيق هدف توفير الصحة للجميع منذ القرار التاريخي لجمعية الصحة. وكان اختيارنا لتوفير الرعاية الصحية الأولية عن اقتناع تام لدى قيادتنا السياسية وحزبنا الرائد بأنها الوسيلة الوحيدة لوصول الخدمات الى السواد الأعظم من شعبنا في كل أنحاء الجمهورية . فلقد أعدنا تنظيم وزارة الصحة بما يحقق دفعة قوية لتنظيم الخدمات على أساس برنامج الرعاية الصحية الأولية ، وأوجدنا الجهاز الإداري والفني على اختلاف المستويات التنظيمية والإدارية للجمهورية لتعزيز خدمات الرعاية الصحية الأولية في البلاد . وقمنا بالتعاون مع المنظمة باجراء دورات تدريبية كانت ناجحة جدا للكوادر الصحية في المستوى المركزي والمحافظات ، ويجري الاستعداد لمواصلة الدورات التدريبية لمختلف الكوادر على مختلف المستويات .

ولكن أعمالنا وطموحاتنا تصطدم بالعديد من العوامل الطبيعية والاقتصادية والاجتماعية ، وأهم هذه العوامل استمرار الاعتداءات المتكررة على الأراضي الصومالية والتدخل المسلح من جانب القوى الأجنبية ، والتي أدت وتؤدي الى تدهور الحالة الصحية في مناطق الحرب والتوتر لأبناء شعبنا العظيم ، كذلك الى استمرار المعاناة وتدهور الحالة الصحية لمليون ونصف لاجئ شردوا من أراضيهم ووطنهم ، يعيشون في المعسكرات ، الأمر الذي تعجز معه مكنياتنا المحدودة وما يقدم لهم من المجتمع الدولي والدول الشقيقة والصديقة في الوفاء بأبسط الحقوق الانسانية في العيش والتمتع بالصحة . وننتهز هذه الفرصة لنطالب المجتمع الدولي باتخاذ الاجراءات

الكفيلة بردع المعتدى واعادة الحقوق الى أهلها وأصحابها الشرعيين حتى نستطيع أن نوجه امكانياتنا المحدودة لتحقيق أهدافنا الانسانية ومنها هدف توفير الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠ .

السيد الرئيس ، السادة رؤساء وأعضاء الوفود المحترمين ، انطلاقا من حرص قيادتنا السياسية وحزبنا على تجنب شعبنا ويلات وآثار السموم والمخدرات ، وتوفير الرعاية الصحية والاجتماعية لمختلف الطبقات وفئات الشعب فقد أصدر فخامة رئيس الجمهورية والأمين العام للحزب الاشتراكي الثوري الصومالي في ١٩ مارس ١٩٨٣ قرارا بتحريم استعمال واستيراد نبات القات الذي نعتبره من الآفات الاجتماعية والصحية التي يجب القضاء عليها في أى مكان ، خدمة للانسان وتحقيقا لهدف توفير الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠ . ونحن نهيب بالمنظمات الدولية العاملة في هذا المجال ، وخاصة منظمة الصحة العالمية ، لتقديم العون اللازم والخبرة والمشورة لنجاح هذا القرار الهام ، وتنظيم حملة وطنية شاملة لمنع تسربه من الحدود وتوعية المواطنين بأخطاره الصحية والاجتماعية والاقتصادية .

Dr. AHMED (Somalia)

السيد الرئيس ، السادة رؤساء وأعضاء الوفود المحترمين ، اننا نسجل هنا بكل ارتياح التعاون الوثيق القائم بيننا وبين المنظمة في مختلف المجالات والمشاريع الصحية التي تجد كل الدعم والتعاون من المنظمة وبهذه المناسبة نود أن نتقدم بخالص الشكر والتقدير للسيد المدير العام الدكتور ماehler والأخ العزيز السيد الدكتور حسين الجزائري المدير الاقليمي لشرق البحر الأبيض المتوسط على استمرار دعمهما وتأييدهما للمشاريع الصحية في بلادنا . كما أنتهز هذه الفرصة لنقدم خالص شكرنا لخبراء المنظمة العاطلين معنا في الحقل لاستمرار التعاون المشرف والناجح بين الخبراء الوطنيين وخبراء المنظمة في الحقل . والسلام عليكم وشكرا .

Dr A. Mroueh (Lebanon), Vice-President, took the presidential chair.

Le Dr A. Mroueh (Liban), Vice-Président, assume la présidence.

Д-р А. Мрочех (Ливан) заместитель Председателя, занимает председательское место.

El Dr. A. Mroueh (Libano), Vicepresidente, asume la presidencia.

الدكتور أ. مروءة (لبنان) ، نائب الرئيس يتولى الرئاسة .

A . 摩洛哥厄博士 (黎巴嫩) ، 付主席，代行主席职位。

Dr. CASTAÑEDA FELICE (Guatemala):

Señor Presidente: En nombre de la delegación de Guatemala, me es grato felicitarle por haber sido elegido para ocupar la presidencia de la 36ª Asamblea Mundial de la Salud. La delegación de Guatemala se siente complacida por su elección, pues ello demuestra cuánto valora la comunidad internacional sus méritos. Confiamos en sus cualidades personales, así como en su experiencia sobre cuestiones de salud para que esta Asamblea Mundial lleve a feliz término las importantes tareas que le han sido encomendadas. Constituye un privilegio especial y un gran honor para mí venir hoy ante ustedes en calidad de Ministro de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, y trayendo conmigo la representación oficial, así como un saludo fraterno del pueblo y del Presidente de la República de Guatemala, General de Brigada José Efraín Ríos Montt, quien dirige los destinos de mi patria.

La República de Guatemala, país centroamericano, posee una población de 7 600 000 habitantes, y un crecimiento de la población anual de 2,9%, la mayoría rural, pues 4 800 000 habitantes se ubican en 17 542 comunidades de menos de 2000 habitantes, lo que representa el 61% de la población, y 2 800 000 habitantes en 375 comunidades de más de 2000 habitantes. Las comunidades se encuentran asentadas en una topografía accidentada, de difícil acceso y con vías de comunicación limitadas, cuentan con dos sistemas para satisfacer sus necesidades de salud, el tradicional establecido por la propia comunidad, que mantiene la costumbre de automedicarse o de acudir a algún miembro de la comunidad que mediante sus actividades se ha ganado la confianza de la población; y el institucional compuesto de centros asistenciales públicos y privados. Ambos sistemas coexisten, pero a veces sólo el comunitario cubre las necesidades de la población.

Las demandas del pueblo y el cambio iniciado por el actual Gobierno han originado un proceso, esencialmente dinámico, que es una guía y marco de referencia para la formulación de objetivos y metas y para la elaboración de programas concretos y coherentes para el desarrollo social y económico del país. El Gobierno de la República, a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, formuló el componente de salud del plan nacional de seguridad y desarrollo; este componente dentro de su amplio objetivo se orienta hacia el desarrollo completo, para lo cual determina los elementos necesarios y fundamentales que generen mecanismos ordenados y coherentes que sirvan de guía a las acciones de salud y que junto con los organismos del sector salud y de otros sectores contribuyan a alcanzar el bienestar de la colectividad. Asimismo, en el plan de salud se halla el concepto de que la salud no es el resultado secundario del desarrollo, sino que forma parte de él, en todas las etapas de su evolución, y que considerarlo aisladamente provoca la desproporción de necesidades y la escasez de recursos. Precisamente es en un lugar común en donde las actividades de salud deben racionalizar sus acciones para poder actuar con eficacia y que permita medir sus resultados mediante el uso adecuado de los recursos disponibles.

Habiendo realizado un estudio profundo del sistema de salud y de la prestación de servicios, se llegó a la conclusión de que las acciones no han repercutido en la salud de la población, que los mecanismos y procesos del sistema no guardan coherencia con las necesidades de bienestar de la población, en especial con las de los grupos más desprotegidos, hecho que nos ha movido a cambiar la estructura actual, comenzándose en marzo de 1982. Se utiliza el primer nivel de atención como núcleo de relación comunitaria y de acceso a los otros niveles. Las actividades se centran en la atención primaria, con una elevada participación de comunidades de diferentes tipos o tamaños, las cuales llevan a cabo sus propias actividades de atención primaria de salud. Los servicios tendrán una función regional y subsistemas de apoyo que permitan aplicar las acciones, que con la colaboración de la comunidad se logre el desarrollo completo de los servicios y que toda la población tenga acceso a ellos. Se crearon también programas para la formación de personal de salud de acuerdo con las necesidades específicas de la población.

El plan establece fórmulas programáticas para utilizar óptimamente los recursos, basa las actividades en la atención a la familia como núcleo de las acciones del sector para proporcionar bienestar a la misma, destaca que la atención preventiva y curativa son inseparables, da prioridad a la atención preventiva, subraya la importancia de establecer un sistema de evaluación y vigilancia, resalta la interacción de los elementos del sistema y el deber de los gobiernos locales de participar en los programas de trabajo, y pone de relieve que el desarrollo nacional sólo se logrará con la interacción de todos los sectores en un esfuerzo coordinado.

Al determinarse que la estructura anterior no satisfacía las demandas de la población ni permitía la participación de la misma en el proceso de desarrollo, fue necesario realizar una reforma administrativa y efectuar cambios importantes para adaptar las estructuras y los sistemas administrativos para que las acciones repercutan en el logro del bienestar de la población, reforzar los programas tendentes a mejorar las condiciones de saneamiento y fomentar la preservación del medio ambiente, llevar a cabo las acciones para mejorar las condiciones nutricionales de la población, dentro de una política de alimentación y nutrición de carácter multisectorial. Con la nueva orientación del sistema, se movilizaron los recursos materiales y humanos a nivel comunitario e institucional lo que da como resultado un amplio aumento de la cobertura para satisfacer las demandas de necesidades básicas.

Se definieron cinco áreas programáticas, con el fin de evitar la dispersión y poder actuar eficazmente dentro de un contexto sistemático, y son la atención a las personas, la vigilancia epidemiológica y lucha contra enfermedades, el saneamiento ambiental, la nutrición, la alimentación, la planificación y el desarrollo del sistema de servicios. Por otra parte, la cooperación técnica y financiera se dirige hacia la formación de personal institucional y hacia la participación comunitaria. Se estableció, además, el horario reglamentario del personal institucional y comunitario para garantizar el servicio a la comunidad las 24 horas del día, se suprimió el número fijo de atenciones prestándose servicio al que lo solicite y sin discriminación. Se han implantado métodos de análisis de costo principalmente en los centros de mayor complejidad, con el objeto de utilizarlos en la mejor forma posible y determinar la necesidad de fondos adicionales o de redistribución de los mismos. Se creó el primer taller de acuerdo con el plan de acción de salud para todos en el año 2000, con la participación de autoridades de todos los sectores implicados en el desarrollo general del país, con la ayuda del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la asistencia técnica de la OPS/OMS y el UNICEF, y son sus temas más importantes la atención primaria, la articulación intersectorial

y la participación de la comunidad, y sus resultados a corto plazo mostrarán la repercusión multisectorial en el deseo de llevar bienestar a nuestras poblaciones.

El Gobierno de la República, consciente de la necesidad de continuar realizando cambios sociales y económicos profundos para garantizar la equidad de la prestación de los servicios que lleven el bienestar a todos los habitantes, en especial a los más necesitados, realiza todos los esfuerzos para lograrlo y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social posee el mismo objetivo ya que todos somos la nueva Guatemala, de la que todos nos sentimos orgullosos. Estamos convencidos de que, con la ayuda de Dios, alcanzaremos nuestras metas, en beneficio de nuestro pueblo, que es a quien nos debemos y a quien tenemos que atender con amor y espíritu de servicio.

Sra. GUIDO (Nicaragua):

En primer lugar, deseamos felicitar al señor Presidente y a los Vicepresidentes por su elección en esta 36^a Asamblea y, asimismo, al Dr. Mahler por su Informe y por la gestión eficaz que lleva a cabo en la Organización Mundial de la Salud. Señores delegados: Antes del triunfo de la revolución en Nicaragua, las condiciones económicas y sociales, la miseria y el régimen sanguinario somocista crearon condiciones miserables para el pueblo nicaragüense y, por consiguiente, para su salud, condiciones que se expresan en una baja esperanza de vida al nacer, altas tasas de mortalidad y porcentajes también altos de desnutrición. Por consiguiente, la organización de los servicios de salud correspondía a la misma lógica de su sistema económico y social, elitista, recursos concentrados en las ciudades, programas de poca cobertura y ausencia de la integración preventivo-curativa, y una gran cantidad de instituciones que duplicaban esfuerzos y aumentaban los costos.

Desde el triunfo de la revolución, basándose en los principios y políticas generadas durante el desarrollo de la lucha revolucionaria, se estructura un gobierno fundamentado en la unidad nacional y la participación efectiva y consciente del pueblo organizado. Para lograr la democracia, el desarrollo y la transformación económica, el bienestar y la justicia social, la soberanía y la autodeterminación, tuvimos que realizar cambios que permitieran crear las condiciones para cumplir con los principales postulados en el proyecto revolucionario; definiéndose entre las políticas de desarrollo, la satisfacción de las necesidades básicas, y donde, entre otras, se establece el compromiso de la asistencia sanitaria gratuita e indiscriminada a toda la población, la ampliación de los servicios de salud, la lucha contra las enfermedades endémicas y la prevención de epidemias; y se promulga la Ley de creación del sistema único de salud. Se han aplicado durante 3 años los programas prioritarios del Ministerio de Salud, como la atención completa a la madre y al niño, asistencia odontológica, higiene del medio, lucha contra el paludismo y contra la tuberculosis, vigilancia epidemiológica, inmunizaciones, salud escolar, nutrición, desarrollo hospitalario, plan completo de actividades del sector de salud y programa de atención al trabajador. Uno de los programas al que se dio especial importancia fue al desarrollo de la atención primaria, con la formación de brigadistas populares de salud, adiestramiento de parteras empíricas, formación de consejos populares municipales, consolidación de las zonas de salud, redistribución de los recursos humanos, ampliación de la red de centros y puestos de salud y la formación de personal. La participación popular se consolidó con la formación de multiplicadores y brigadistas en las Jornadas Populares de Salud, en la vacunación múltiple, en la higiene y limpieza, en el tratamiento antipalúdico, en la lucha contra el dengue y, finalmente, con la creación de las bases para la participación efectiva en la gestión a través del Consejo Popular Nacional de Salud. Este es uno de los medios donde los organismos de masas participan en el proceso de la gestión de salud, desde la planificación y programación, hasta la ejecución, control y desarrollo de los programas de salud. Se han creado las bases para la gestión científica del subsistema de información y estadística, se estableció la Oficina de Investigación y la División de Planificación, que lograron en el corto periodo de existencia del sistema único de salud la formulación del Primer Plan Nacional elaborado descentralizadamente en 1982 y su mejoramiento en los instrumentos de programación en 1983. Además se han definido las estrategias nacionales y ellas son: la ampliación de la cobertura, la organización y participación de la comunidad, el desarrollo de la articulación intersectorial, el desarrollo de la investigación y de tecnologías apropiadas, la formación, distribución y utilización de recursos humanos, el desarrollo de la capacidad técnico-administrativa a todos los niveles, la financiación de las áreas y la ayuda internacional. Estrategias que, como podemos notar, coinciden plenamente con las adoptadas por la OMS/OPS para lograr la salud para todos en el año 2000, que sintetizan los componentes estratégicos de la atención primaria de salud como sector prioritario y otros componentes propios del desarrollo y del dinamismo de nuestra revolución.

Queremos mencionar la visita del Dr. Mahler a Nicaragua en el mes de marzo donde pudo observar los esfuerzos que realiza el pueblo nicaragüense para lograr un futuro mejor, así como las dificultades con que nos enfrentamos. Dificultades que se deben, por una parte, a la grave crisis económica mundial, que golpea con mayor dramatismo a los países subdesarrollados como el nuestro, y por otra al hostigamiento constante del imperialismo que desea destruir nuestra revolución, por lo que nos hemos visto en la necesidad de defender lo que hemos adquirido, y que ha dado como resultado asociar a los problemas epidemiológicos del subdesarrollo, los de la agresión contrarrevolucionaria.

Podemos poner como ejemplo lo que ha venido sucediendo en la zona fronteriza del norte del país: desde diciembre de 1981, debido a los ataques armados contrarrevolucionarios se cerraron varios centros sanitarios ubicados a lo largo de la ribera del río Coco, entre ellos un hospital, un centro de salud y cinco unidades de salud. Nuestra revolución respondió con el traslado de los habitantes de esas comunidades a lugares más seguros, como en Wasminona, Zumubila, Sasha, Columbus y Española, donde para la prestación de los servicios se crearon nuevas unidades de salud. En abril de este año se han quemado los centros sanitarios de Silma Lila. Otra respuesta que ha dado el gobierno revolucionario a través del regional fue la ampliación del Hospital de Puesto Cabezas, y la transformación del centro sanitario de Rosita en un hospital rural.

A pesar de todo, las experiencias de tres años y medio de revolución han sido el pilar básico para que el Ministerio de Salud logre mejorar la organización y los métodos, en un proceso de desarrollo iniciado en agosto de 1979, cuando se creó el sistema único de salud, que produjo un acelerado crecimiento en la prestación de servicios de salud a nuestro pueblo, expresado en un aumento incesante y sistemático de la cobertura y en una mejora sustancial de los índices de salud. Así, en 1982, hubo 6 294 200 consultas médicas, lo que supone un aumento del 16% con respecto a 1981. Los partos atendidos en unidades de salud fueron de 59 672 en 1982, con un incremento del 7% en relación con el año anterior. Las dosis de vacuna BCG, antipoliomielítica, antisarampionosa, DPT y DT, aplicadas en 1982 representó un incremento del 47% con respecto a 1981. Resultado de las intensas jornadas populares de salud, fue la disminución del número de casi todas las enfermedades prevenibles por vacunas, sobresaliendo la poliomielitis de la que no se registró ningún caso. Estos logros no habrían sido posible de no contar con la participación del pueblo organizado.

El número de camas aumentó en un 1,4% con respecto a 1981. Los ingresos hospitalarios en más de un 3%, la cirugía en más de un 2%, se aumentó en un 30% los médicos internos y se ampliaron a 15 las especialidades médicas y odontológicas.

El progreso alcanzado en el desarrollo del sistema único de salud y la mejora de las condiciones de salud y bienestar del pueblo nicaragüense, plantea la necesidad de incrementar los esfuerzos destinados a fortalecer la capacidad operativa del sistema y ampliar la red de servicios y, asimismo, a luchar por la paz, elemento fundamental para la justicia y el progreso social.

Nicaragua desea una salida política pacífica para los problemas de Centroamérica. Señores delegados: a pesar de las amenazas y ataques de algunos gobiernos que están empeñados en destruir los logros alcanzados por la revolución popular sandinista, el pueblo nicaragüense y su Gobierno continuarán el camino para alcanzar la salud para todos antes del año 2000 y defender los logros adquiridos.

Проф. ПОПИВАНОВ (Болгария):
Prof. POPIVANOV (Bulgaria):

Уважаемый г-н Председатель, уважаемые дамы и господа. Делегация Народной Республики Болгарии с большим интересом ознакомилась с докладом г-на Генерального директора, отражающим многостороннюю деятельность Организации в 1982 г. Мы выражаем нашу благодарность д-ру Малеру и всем его сотрудникам за их постоянство и настойчивость по выполнению планированной деятельности за отчетный период. Прделанная на глобальном, региональном и национальном уровнях деятельность по осуществлению Стратегии здоровье для всех к 2000 г. недвусмысленно свидетельствует о серьезных усилиях ряда правительств стран-членов для реализации идеи, порожденной в Алма-Ате. Мы делим выраженную в докладе Генерального директора тревогу, связанную с некоторыми негативными тенденциями при осуществлении Стратегии. Это относится как к опытам для вмешательства при определении национальных приоритетов для здравоохранения в некоторых странах, так и к несоблюдению определенной этапности в действиях при осуществлении цели - здоровье для всех. Наличие этих тенденций затрудняет эффективную реализацию Стратегии. Было бы хорошо, если бы

в следующем докладе Генеральный директор представил более подробный анализ этих явлений с точки зрения определения коллективных мер для их конечного преодоления.

Дамы и господа. Наша делегация полностью согласна с тезисом, заложенным в докладе Генерального директора о том, что в основе будущего успеха стратегии находится деятельность по ее реализации на национальном уровне, и мы отлично понимаем нашу ответственность в этом направлении. Поэтому я желал бы отметить вклад Народной Республики Болгарии в поддержку Глобальной стратегии. В течение ряда лет наша страна организует проведение курсов последипломной квалификации специалистов из развивающихся стран, прежде всего по проблемам, связанным с различными аспектами первичной медико-санитарной помощи, или по проблемам приоритетной важности для реализации стратегии, причем правительство Народной Республики Болгарии отпускает стипендии для участников в них.

Народная Республика Болгария активно поддерживает резолюцию Всемирной ассамблеи здравоохранения 32.30, положившую начало Глобальной стратегии Всемирной организации здравоохранения "Здоровье для всех к 2000 г.", так как по существу она отвечает социальной политике, которую Болгария проводит как социалистическое государство. Смыслом и основным содержанием этой политики является забота о человеке, о его счастье, о благодетельности, о его всестороннем и гармоническом развитии.

В результате этих забот, которые осуществляются для здравоохранения в Народной Республике Болгарии, ряд из целей и задач стратегии Всемирной организации здравоохранения достигнут на более ранних этапах развития, а некоторые — в связи с решениями Алма-Атинской конференции. Право на здоровье гарантировано в нашей Конституции и в Законе народного здоровья.

С 1951 г. у нас введена бесплатная медицинская помощь всему населению. Созданная широкая сеть здравоохранения обеспечивает не только первичную медико-санитарную, но и доступную высококвалифицированную и специализированную поликлиническую и больничную помощь всему населению. Основным направлением болгарского здравоохранения является профилактика. Обеспечена широкая государственно-общественная основа, а также участие всего населения в реализации деятельности в области здравоохранения. Борьба с заболеваниями проводится целенаправленно на плановой основе с привлечением всех заинтересованных секторов государства.

В 1982 г. в Народной Республике Болгарии были изготовлены плановые разработки целостного социально-экономического и культурного развития страны до 2000 г.

В рамках этих разработок выполняется и программа развития здравоохранения до 2000 г. В ней главные усилия и внимание направлены на следующие приоритетные области: повышение социальной и санитарной эффективности здравоохранения; утверждение здорового образа жизни; предотвращение факторов риска в труде и быту народа; укрепление переднего фронта здравоохранения; осуществление полной диспансеризации населения, дальнейший рост уровня специализированной помощи; комплексная борьба с самыми злостными социальными заболеваниями; широкое внедрение научно-технического прогресса посредством использования современных и эффективных медицинских технологий.

Этим программным документом на практике обеспечивается дальнейшее развитие высокогуманных идей Стратегии Всемирной организации здравоохранения — здоровья для всех к 2000 г.

Дамы и господа. Совесть моя, как врача и как руководителя национальной службы здравоохранения, не позволяет мне окончить свое выступление, прежде чем я остановлюсь на самой кардинальной проблеме нашего времени — проблеме мира. Почему? Потому что сегодня мир на планете и благополучие всего человечества в отношении здоровья — неотделимы.

Подумайте, какой парадокс получается? С одной стороны мы собрались, чтобы всеми силами, невероятными усилиями искать самые правильные и эффективные пути для того, чтобы обеспечить здоровье для всех к 2000 г., а с другой стороны, в мире накоплен огромный арсенал ядерного оружия, который невероятно быстро нарастает. Возможность его употребления также нарастает. О каких целях здравоохранения и о какой стратегии здравоохранения мы бы могли говорить, если допустим, чтобы война нас опередила и уничтожила бы все на этом свете? Вот почему наша делегация считает, что наряду с увеличением усилий по реализации программной цели здоровья для всех к 2000 г. Всемирная организация здравоохранения обязана во имя здоровья и жизни людей на планете активно участвовать в деятельности Организации Объединенных Наций и всех, которые борются за сохранение мира и предотвращение ядерной угрозы, за разрядку и за мирное сотрудничество между всеми странами на нашей планете. Однако было бы целесообразным и необходимым, чтобы Генеральный директор со своим международным авторитетом и влиянием, учитывая резолюцию WHA34.38, предпринял более эффективные инициативы в этом отношении и отражал в своих ежегодных докладах все достигнутые результаты. Выражая свое беспокойство о судьбе народов, и, выполняя свой гуманный долг, несколько недель тому назад болгарские медицинские работники обратились с призывом к медицинской общественности балканских стран о поддержке идей государственного руководителя Народной Республики Болгарии Тодора Живкова о превращении Балкан в безядерную зону.

Наша делегация выражает уверенность, что Всемирная организация здравоохранения и все медицинские работники пяти континентов выполнят свой гуманный и профессиональный долг, высоко подняв голос в защиту мира, и внесут свой вклад на благо здоровья и процветания всех народов.

M. AKPO (Bénin) :

Monsieur le Président de la Trente-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, Monsieur le Directeur général, honorables délégués, Mesdames, Messieurs, la délégation béninoise, par ma voix, se joint à celles qui l'ont précédée à cette tribune pour vous apporter, au nom de la République populaire du Bénin, nos vives et sincères félicitations pour votre élection à la présidence de l'actuelle Assemblée, et vous souhaiter plein succès dans l'exercice de vos fonctions.

Je voudrais féliciter tout particulièrement le Directeur général et ses collaborateurs pour le rapport complet, clair et détaillé qu'ils ont élaboré et qui rend compte des multiples activités techniques de l'Organisation au cours du biennium 1982-1983, et des efforts importants qui sont en train de se développer dans la plupart des Etats Membres.

Je prie le Dr Alfred Quenum, Directeur régional pour l'Afrique, d'accepter nos compliments pour son dévouement ainsi que pour les efforts inlassables qu'il déploie dans notre Région pour aider à redresser une situation sanitaire préoccupante.

Je voudrais aussi m'acquitter d'un devoir, celui de vous transmettre, honorables délégués, les salutations militantes du peuple béninois et de son Gouvernement, qui suivent avec intérêt l'évolution des soins de santé primaires vers la santé pour tous d'ici l'an 2000.

Cet objectif, fondé sur la justice sociale, s'inscrit dans l'orientation de la politique générale énoncée en 1972 par notre Parti et notre Etat révolutionnaires.

Monsieur le Président, honorables délégués, permettez-moi de faire le point de nos réalisations sanitaires depuis le 30 novembre 1972.

1. Domaine de la couverture sanitaire

Pour réaliser cette couverture, le Gouvernement a opté pour la généralisation de l'approche des soins de santé primaires à travers les unités villageoises de santé par et pour les collectivités, lesquelles unités villageoises de santé sont supervisées par des structures techniquement supérieures, à savoir : les complexes communaux de santé, les centres de santé de district, les hôpitaux provinciaux et le centre hospitalo-universitaire.

Signalons que le personnel sanitaire s'est enrichi depuis 1972 de 163 nouveaux médecins entièrement formés au Bénin, sans compter ceux provenant des universités étrangères, et que, par ailleurs nos instituts de formation paramédicale mettent chaque année à la disposition du secteur santé 30 infirmières et infirmiers, 30 sages-femmes et 20 techniciens de laboratoire, 15 assistants sociaux et 50 infirmières et infirmiers adjoints.

2. Domaine de la médecine préventive

Depuis 1972, la médecine préventive est notre cheval de bataille. Cette option s'est concrétisée par : a) le renforcement des services des grandes endémies; b) une politique de santé scolaire axée sur la lutte contre les parasitoses intestinales, l'installation d'infirmiers et de caisses pharmaceutiques dans les écoles et la formation des élèves et enseignants en agents de soins de santé primaires; c) l'élaboration de textes législatifs rendant obligatoires les vaccinations; et d) l'adoption par le Gouvernement de quatre programmes d'action spécifiques, à savoir : la lutte antipaludique, la lutte antidiarrhéique, le programme de bien-être familial et le programme élargi de vaccination. Les deux premiers programmes sont dans leur phase préparatoire; par contre le PEV est entré dans sa phase exécutoire depuis le 1er janvier 1982 et s'étend progressivement à toutes les provinces.

3. Domaine de la médecine traditionnelle

Après une intense campagne de sensibilisation des populations et des tradipraticiens, le Gouvernement est en train de prendre des dispositions pour l'organisation scientifique des guérisseurs, avec définition d'un cadre juridique de collaboration entre médecine moderne et médecine traditionnelle.

4. Domaine de l'éducation pour la santé

Après la création d'une Direction nationale de l'éducation pour la santé en 1978, nous avons pu, grâce au concours des mass médias et des structures décentralisées du Ministère de la Santé publique, engager une action de grande envergure en direction de toutes les couches de la population en général, et vers les villages et quartiers de ville en particulier.

5. Domaine de l'approvisionnement en eau et assainissement

La mise en oeuvre d'un vaste programme d'hydraulique villageoise comportant, outre la création de points d'eau, des volets "assainissement" et "éducation pour la santé" se développe dans nos trois provinces les plus vastes, où il est prévu un forage équipé de pompe pour une population variant de 500 à 1000 habitants - cela grâce à l'assistance de pays et organismes amis.

6. Domaine de la santé maternelle et infantile

Un programme de bien-être familial, entrepris avec l'aide du FNUAP et de l'OMS, se développe actuellement avec pour objectif l'amélioration du bien-être complet de tous les membres de la famille, en mettant un accent particulier sur la santé de la mère et de l'enfant.

7. Approvisionnement en médicaments essentiels

Face à la pénurie de médicaments essentiels, le Gouvernement est en train d'élaborer un programme de renforcement des structures d'Etat de distribution des médicaments essentiels, dont la liste par niveau de prestation a été établie.

Monsieur le Président, telles sont nos modestes réalisations. L'insatisfaction que nous éprouvons devant ces résultats est liée à certaines insuffisances qui sont : premièrement, l'engagement partiel des masses populaires; deuxièmement, la non-résolution du problème de la rémunération des agents villageois de santé; et troisièmement, la limitation des ressources nationales face à une conjoncture toujours plus difficile. Conscientes que la santé est le facteur essentiel du développement socio-économique, les instances suprêmes ont pris pour la décennie à venir l'engagement : premièrement, d'accroître progressivement le budget du secteur santé avec pour objectif à long terme d'atteindre la proportion de 10 % au moins du budget de l'Etat; deuxièmement, d'affecter en priorité tout agent de santé en début de carrière dans les zones rurales; troisièmement, de renforcer les moyens du programme d'hydraulique villageoise et de l'assainissement; quatrièmement, de développer l'éducation pour la santé; cinquièmement, d'introduire et d'intensifier dans le cours d'étude des divers ordres d'enseignement sanitaire les soins de santé primaires et le management; sixièmement, de procéder au désarmement douanier et portuaire des médicaments essentiels pour assurer l'accessibilité économique des produits pharmaceutiques au peuple béninois; septièmement, de veiller à l'exécution rigoureuse de nos programmes spécifiques.

Tels sont, Monsieur le Président, les efforts que les responsables de l'Etat béninois sont prêts à fournir pour que notre peuple puisse jouir d'ici l'an 2000 d'un niveau acceptable de bien-être physique, mental et social. Nous sommes conscients que l'effort national ne pourra venir à bout de nos difficultés. C'est la raison pour laquelle la coopération internationale nous est indispensable. Nous tenons donc à exprimer notre gratitude aux partenaires du Consortium-Bénin pour la santé, dont la disponibilité s'est manifestée lors de la Table ronde des Partenaires au Développement économique et social de notre pays, tenue du 28 février au 4 mars 1983 à Cotonou.

Nous saisissons l'occasion qui nous est offerte pour annoncer à la présente session de notre Assemblée que les discussions sur les programmes de santé entrant dans le plan quinquennal 1983-1987 de la République populaire du Bénin auront lieu avec nos partenaires ici-même, au Palais des Nations Unies, le 14 mai de 9 heures à 13 heures.

Nous tenons à exprimer à notre Organisation nos sentiments de profonde reconnaissance pour son indéfectible appui à notre programme médico-sanitaire. Je vous remercie de votre aimable attention. Prêts pour la Révolution !

Tan Sri Chong Hon Nyan (Malaysia), President, resumed the presidential chair.

Tan Sri Chong Hon Nyan (Malaisie), Président de l'Assemblée, reprend la présidence.

Tan Sri Chong Hon Nyan (Малайзия) Председатель, занимает председательское место.

Tan Sri Chong Hon Nyan (Malasia), Presidente, vuelve a ocupar el sillón presidencial.

تان سري شونج هون نيان (ماليزيا)، رئيس الجمعية استأنف الرئاسة .

Tan Sri Chong Hon Nyan (马来西亚), 主席, 重行主席职位。

Mr LAVEA LIO (Samoa):

Mr President, the Director-General, delegates to the World Health Assembly, ladies and gentlemen, my name is Lavea Lio and I come from Western Samoa in the South Pacific. As the leader of the delegation from the independent State of Western Samoa and as the Minister of Health, may I take this opportunity to address you on behalf of my Government.

I wish to report to you the progress made by Western Samoa in the preparation and implementation of our national strategy for health for all. Our strategies for health for all by the year 2000 were drafted in 1979, but as new guidelines and ideas were developed on the formulation of the strategies by the World Health Organization, a review of the strategies was made at the end of 1982 together with a progress report of achievements, as monitored by the end of that year. The implementation of strategies is in progress.

We have been observing the indicators of health, as part of our monitoring process. An important indicator is the infant mortality rate which was 36 per thousand live births in 1981. Our maternal mortality rate is 0.3 per thousand live births. Life expectancy at birth among Samoans is 61 years for males and 63 years for females. Communicable diseases such as filariasis, tuberculosis and leprosy are under control. There is no diphtheria and polio in children. Our immunization coverage is 80% against the six childhood immunizable diseases. We have no malaria. However, we are having more noncommunicable diseases, such as cardiovascular and metabolic diseases, which is the price we pay for development. Availability of water within half an hour's walk is shared by 80% of the population, as is the use of water-seal latrines.

From the above you will notice that we have achieved quite a coverage for health through the primary health care approach. What we need is to make greater progress in quality of the health services, for the Samoan people.

The primary health care approach is nothing new in Samoa, where each and every village has the village women's committees. These are not small groups of women, as the word "committee" in English denotes, but are composed of all the adult women in a particular village. All women voluntarily group together and, under a president of the women's committee, conduct all social and health activities at the village level, in cooperation with rural health authorities, such as the public health nurse or the health inspector. Community participation in health is demonstrated by the fact that all rural hospitals are constructed, maintained and run by the women's committees. They feed the patients and keep the hospital and its compound clean, leaving the Government to supply just the drugs and maintain the health staff. I would like to stress that it is due to the cooperation of the village women's committees that our level of health is where it is now, as shown by our health indicators.

However, we do have problems in our health status and health care. Although water is easily available to 80% of the population, we still have to strive to get a pure and safe water supply throughout the year. We need to improve our health manpower and to replace doctors and other health personnel who are retiring, with newly trained ones. We need to intensify our health education to correct the improper eating habits that have led to metabolic disorders in some people. Above all, we need to strengthen the primary health care approach in implementing the strategies for health for all by the year 2000.

Our other problems are due essentially to the effects of the economic recession which most of us are facing today. Our health budget, although relatively spared compared to others, has been cut by almost 18%, taking inflation into account. Thus we are trying our best to consolidate our gains rather than to expand health services. Our situation would have been worse, but for the assistance given by the World Health Organization. We are very grateful, especially for the assistance given to us for fellowships and training. We appreciate the expertise from WHO that has assisted us both technically and in health administration.

On ways of improving the use of WHO's resources within our country, I have issued instructions for the whole Department of Health to be reorganized to make the best use of our own resources, and those offered by WHO. To achieve this reorganization, we are in the process of developing new health policies with priorities and directions laid out to suit the social and economic conditions of our country. We intend to formulate broad programming with clearly stated objectives and, wherever possible, with specific targets. A master plan of action will finally be drafted with programme budgeting and detailed programming. We will convert the strategies and plans into detailed programmes and implement them accordingly. We will monitor our progress from time to time and make evaluations of the operation of our programmes. By so doing, we shall actually be reprogramming, with a view to improve what we have been doing in the past. By these measures, we hope to improve the use of both our own resources, as well as those extended to us by the World Health Organization.

Mr President, the Director-General, I would like to thank you for this opportunity to present the status of the progress and implementation of our national strategy for health for all. I have taken the opportunity also to tell you what we are doing at the moment, and what we plan to do in the future to improve the use of our resources, as well as those offered to us by the Organization.

M. OUEDRAOGO (Haute-Volta) :

Monsieur le Président, Messieurs les représentants des organisations internationales, Monsieur le Directeur général, honorables délégués des Etats Membres, Mesdames, Messieurs, en m'adressant à notre auguste Assemblée, Monsieur le Président, je voudrais tout d'abord vous présenter, à vous-même ainsi qu'à vos illustres collaborateurs, mes vives félicitations et celles de ma délégation pour votre brillante élection à la présidence. Permettez-moi aussi, Monsieur le Président, de remercier sincèrement le Président sortant, S.E. Mamadou Diop, pour le dynamisme et l'efficacité avec lesquels il a assumé son mandat. C'est également pour moi l'occasion de féliciter très vivement le Directeur général pour la clarté de son rapport et de lui souhaiter plein succès dans son nouveau mandat.

Monsieur le Président, j'ose espérer et formule le voeu ardent que, sous votre direction, les présentes assises aboutissent à des propositions concrètes et applicables dans notre recherche commune de solutions adéquates aux multiples problèmes de santé qui se posent à nos différents Etats.

Pour sa part, la Haute-Volta, mon pays, dans cette recherche de solutions, a fait siennes les recommandations de notre Organisation et s'est dotée d'un plan sanitaire national, en cours d'exécution. Ce plan, qui s'inscrit dans le cadre de notre objectif "santé pour tous d'ici l'an 2000", applique la stratégie des soins de santé primaires. Après deux ans de mise en oeuvre, et à dix-sept ans de l'échéance fixée pour atteindre notre objectif, nous, responsables de la santé, nous nous rendons compte que les mutations et transformations proposées ne sont pas encore bien comprises. Dès lors, nous sommes parfaitement conscients du long chemin qui reste à parcourir, des efforts qu'il faut déployer pour faire comprendre les différents aspects de nos problèmes de santé. Car nous pensons à juste titre que la recherche des solutions incombe individuellement et collectivement à toute la communauté, mais que pour pouvoir agir résolument et avec discernement, il faut d'abord bien comprendre les choses. C'est dans cette optique que depuis trois ans, à l'occasion de la célébration de la Journée mondiale de la Santé, mon département organise une Semaine nationale de la Santé destinée à renforcer et compléter l'effort continu d'information, d'éducation et de motivation des populations en vue d'obtenir leur pleine participation à la recherche des solutions et à l'exécution du plan. Nous pensons également que c'est à travers une information saine et permanente que nous obtiendrons la collaboration intersectorielle tant recherchée et nécessaire à toute activité de développement, particulièrement dans le domaine de la santé.

Dans un pays dépourvu comme le mien, confronté à divers problèmes, tous urgents et prioritaires, la santé est tout, la santé est une fortune constamment et inlassablement recherchée. Les autorités actuelles qui gouvernent le pays en sont conscientes et elles accordent une attention toute particulière aux problèmes de santé. Ce soutien transparaît déjà dans l'allocation budgétaire pour la santé. En effet, le pourcentage du budget national alloué à la santé pour 1983 est d'environ 8 %, taux qui n'est plus très loin de celui de 10 % recommandé par l'Organisation des Nations Unies, et qui sera sans nul doute atteint dans les exercices budgétaires à venir, étant donné la détermination des autorités à privilégier le secteur de la santé. Du reste, outre le budget national régulier, il importe de souligner que les produits

de l'impôt forfaitaire sur le revenu récoltés au niveau des départements sont consacrés pour plus de 50 % au fonctionnement et au développement des services de santé. Ce soutien des autorités est également perceptible dans la prise de certaines autres décisions destinées justement à favoriser les transformations nécessaires. Il me plaît de mentionner à ce sujet la tenue récente (mars 1983) d'une conférence des cadres et agents de la santé, conférence qui s'est justement penchée sur les grands problèmes rencontrés dans la mise en oeuvre de la programmation sanitaire nationale et sur les moyens de les résoudre.

Par ailleurs, après la troisième Semaine nationale de la Santé 1983, axée sur les soins de santé primaires, et préalablement à la conférence-atelier de dix pays francophones de la Sous-Région prévue pour le mois d'octobre prochain à Bamako (République du Mali), le Ministère de la Santé, en collaboration avec d'autres départements ministériels concernés ainsi qu'avec l'OMS et le FISE, est en train de préparer pour le mois de juin 1983 une conférence-atelier nationale sur les soins de santé primaires. L'objectif principal de cette réunion est d'évaluer notre programme sanitaire national adopté depuis bientôt cinq ans.

S'agissant du programme élargi de vaccination, ce volet constitue une des principales préoccupations des responsables de la santé; des résultats appréciables sont enregistrés grâce au travail des responsables nationaux, notamment ceux de la Direction du programme élargi de vaccination et de l'épidémiologie, spécialement créée pour la réalisation de cette composante des soins de santé primaires. Il convient de mentionner ici l'aide très précieuse de l'OMS, du FISE, de l'AID, de l'Association pour la Promotion de la Médecine préventive, ainsi que des fonds volontaires, notamment en provenance des Pays-Bas. Ainsi, le programme élargi est déjà lancé dans six départements sur les onze que compte notre pays.

En ce qui concerne le problème crucial de l'approvisionnement en eau potable, la Haute-Volta est fortement concernée et abrite, comme beaucoup le savent, le siège du Comité inter-Etats de lutte contre les effets de la sécheresse. Le Conseil de Salut du Peuple, instance politique suprême du pays a, pour marquer l'importance de ce problème, créé au sein du Ministère du Développement rural un secrétariat d'Etat à l'hydraulique, chargé particulièrement de tous les problèmes afférents à ce domaine. Un code de l'eau vient d'être promulgué par le Gouvernement. Par ailleurs, la Haute-Volta, qui est un des pays où a été lancée la Décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement, est aussi le premier pays à disposer désormais d'un plan décennal pour l'approvisionnement en eau réalisé dans le cadre du projet conjoint OMS/Société pour la Coopération technique de la République fédérale d'Allemagne. Le tome III de ce plan décennal contient quelque 54 projets essentiels soumis ou à soumettre aux bailleurs de fonds qui voudraient bien être partie prenante. Nous les exhortons du haut de cette tribune à s'intéresser à cet aspect capital de notre survie et de notre développement.

En ce qui concerne les médicaments essentiels, cette autre composante importante des soins de santé primaires, le Gouvernement compte en assurer la maîtrise par la création de l'Office national d'Approvisionnement des Produits pharmaceutiques et, surtout, par la mise en place d'une caisse-maladie. Le mode de financement de la caisse-maladie fait appel à la participation du plus grand nombre. Vu les moyens réduits de notre pays, cette caisse-maladie représente un outil supplémentaire de financement, indépendant du budget national, dont le Gouvernement disposera désormais pour la mise en oeuvre du programme sanitaire national, basé sur la stratégie des soins de santé primaires.

Enfin, je ne saurais passer sous silence les excellents résultats déjà obtenus par l'équipe du programme de lutte contre l'onchocercose avec le concours de la Banque mondiale, de l'OMS et de la communauté internationale. La Haute-Volta, pour sa part, peut être considérée déjà comme libérée de ce fléau, mais a toujours besoin de mesures de surveillance permanente efficace. Le principal problème qui se pose actuellement est celui de la dévolution, c'est-à-dire de l'exploitation rationnelle des zones redevenues viables et déjà réoccupées de manière quelquefois désordonnée par les populations fuyant les régions arides. Outre que ces déplacements de populations compliquent quelque peu l'organisation des services de santé, cette phase de dévolution, tout comme son extension, nécessite de grands moyens logistiques et financiers pour lesquels l'aide internationale est encore nécessaire.

C'est dire, Monsieur le Président, que notre objectif "santé pour tous d'ici l'an 2000", aux yeux de nos dirigeants actuels, n'est pas un slogan creux et démagogique, mais que, bien au contraire, il apparaît comme l'expression même d'une justice sociale à l'égard du peuple, justice qui constitue un des principes du Gouvernement.

Fort de cet appui politique, mon département s'emploie résolument et méthodiquement à exécuter les différents programmes identifiés. Bien que le chemin à parcourir soit long et les obstacles multiples, il faut reconnaître que nous enregistrons une certaine disponibilité des

populations à l'égard des activités de soins de santé primaires. Le climat de confiance qui commence à s'instaurer, tant au niveau des autorités politiques qu'au niveau des populations bénéficiaires, nous autorise à espérer la réussite de notre plan. Nous sommes fermement convaincus que l'approche par les soins de santé primaires représente la meilleure voie possible pour résoudre bon nombre de nos problèmes de santé.

Je m'en voudrais de terminer sans rendre hommage à notre Organisation pour le soutien qu'elle ne cesse d'apporter tant pour l'élaboration de notre plan que pour l'exécution de ses programmes. Cet hommage va également aux pays amis et aux organismes qui, par le biais d'une coopération bilatérale ou multilatérale, interviennent sans cesse dans la réalisation de nos programmes. Témoins privilégiés de notre détermination, grâce à la présence sur le terrain de leurs représentants, ils peuvent confirmer l'engagement pris par le peuple voltaïque et mesurer avec discernement l'effort accompli et les résultats actuellement obtenus.

Monsieur le Président, honorables délégués, au-delà des débats qui vont s'instaurer autour de la mise en oeuvre de notre objectif commun durant les présentes assises, je voudrais vous assurer du soutien du Département de la Santé de mon pays. Notre contribution sera l'expression de notre engagement dans la bataille pour la santé de nos populations.

Д-р СЯГАЕВ (представитель Совета Экономической Взаимопомощи):

Dr SIAGAЕV (representative of the Council for Mutual Economic Assistance):

Господин Председатель, позвольте мне от имени Совета Экономической Взаимопомощи поздравить Вас с избранием на этот высокий пост, позвольте поблагодарить также Генерального директора, д-ра Малера, за приглашение принять участие в работе настоящей сессии.

Настоящая сессия, призванная решить многие вопросы, направленные на сохранение здоровья людей мира, проходит в сложной международной обстановке, требующей более чем когда-либо объединения усилий всех государств во имя ослабления напряженности и укрепления доверия между ними.

Руководствуясь стремлением сделать все возможное для предотвращения нависшей над народами угрозы ядерного опустошения, социалистические страны выдвинули в Пражской политической декларации в январе этого года комплекс важных политических инициатив, направленных на обуздание гонки вооружения и предотвращение мировой ракетно-ядерной войны.

В их числе предложения о заключении договора о взаимном неприменении военной силы и поддержании отношений мира между участниками Варшавского Договора и государствами НАТО, о замораживании военных расходов и их последующем сокращении и другие.

Эти инициативы открывают благоприятные возможности для разрешения назревших международных проблем.

Господин Председатель, Совет Экономической Взаимопомощи накануне своего 35-летия, объединяя 10 социалистических стран Европы, Азии и Латинской Америки, является международной организацией, обеспечивающей равноправное и взаимовыгодное сотрудничество стран с различным уровнем развития.

В то же время Совет Экономической Взаимопомощи выступает за сотрудничество со всеми странами, межправительственными и другими международными организациями по широкому кругу проблем экономического, научного и социального характера, в том числе и в области здравоохранения.

Забота государства о здоровье народа является одной из основных задач социально-экономической политики стран - членов СЭВ и направлена на максимальное обеспечение общедоступной, бесплатной медицинской помощи населению и широкое использование новейших достижений науки и техники в целях профилактики, совершенствования методов диагностики и лечения заболеваний, продления активной жизни человека.

Сотрудничество стран - членов СЭВ позволяет совместными усилиями ускоренно решать наиболее важные проблемы медицинской науки и здравоохранения путем координации и кооперирования совместных научных исследований, специализации производства и взаимных поставок медицинского оборудования, медикаментов, обмена опытом и оказания помощи в развитии здравоохранения, в первую очередь, таким странам - членам СЭВ, как Монголия, Вьетнам, Куба.

Страны - члены СЭВ законно гордятся успехами, достигнутыми в области здравоохранения. В этом можно будет наглядно убедиться во время Международной конференции "Здоровье для всех", "25 лет Кубинского опыта" в Гаване в июле этого года.

Господин Председатель, одной из основных задач Комиссии СЭВ по сотрудничеству в области здравоохранения является разработка конкретных рекомендаций по внедрению в практику работы учреждений здравоохранения стран - членов СЭВ результатов совместных научных исследований.

В качестве примера такой деятельности можно привести сотрудничество по одной из важных проблем - "Сердечно-сосудистые заболевания". В числе основной тематики сотрудничества стран - членов СЭВ по этой проблеме могут быть выделены исследования по ювенильной гипертензии, совмест-

ные исследования по реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда, исследования в области нуклеарной диагностики ишемической болезни сердца, разработка, изучение и применение иммобилизованных ферментов целенаправленного действия, протезирование клапанов сердца и др.

Полученные в ходе сотрудничества результаты по этим проблемам широко используются в клинической и научной практике стран - членов СЭВ.

Следует отметить успешно развивающиеся исследования по изучению злокачественных новообразований. В рамках сотрудничества подготовлена коллективная монография "Иммунология опухолей в странах - членах СЭВ", обобщающая итоги исследований. В этом году будут изданы - "Атлас заболеваемости злокачественными опухолями в странах - членах СЭВ" и "Цитологическая классификация опухолей".

Большое практическое значение имеют результаты сотрудничества по контролю за качеством лекарственных средств, разработке единых методов контроля и единых требований к испытанию новых медикаментов, что позволит ускорить процесс их исследований, разрешения к применению и взаимные поставки между странами.

В рамках программ научного сотрудничества стран - членов СЭВ по гигиеническим проблемам разработаны и опубликованы методические материалы - "Проблемы промышленной токсикологии" и Сборник унифицированных методических материалов в области гигиены труда и профессиональных заболеваний. Они переданы Секретариату ВОЗ.

Хотелось бы отметить, что, начиная с 1982 г., регулярно осуществляются контакты и обмен информацией между СЭВ и Международной программой по безопасности химических веществ. В октябре 1983 г. в г. Москве в Секретариате СЭВ состоится консультативная встреча представителей СЭВ, ВОЗ и ЮНЕП с целью разработки предложений о сотрудничестве этих организаций по реализации Программы.

Нам представляется, что помимо указанной Программы имеются возможности в проведении взаимных консультаций и осуществлении сотрудничества по другим программам, таким как "Тропические болезни", "Расширенная программа иммунизации", и ряду других.

Господин Председатель, СЭВ и страны - члены Совета постоянно оказывают помощь развивающимся странам в развитии экономики, образования, здравоохранения, подготовке кадров, культурном развитии. Достаточно сказать, что в 92 развивающихся странах при экономическом и техническом участии стран - членов СЭВ построено и строится около 5000 различных объектов, в том числе около 700 объектов здравоохранения и культуры.

Совет Экономической Взаимопомощи имеет специальный стипендиальный фонд для подготовки кадров из развивающихся стран.

В 1982 г. в странах - членах СЭВ обучалось более 3000 стипендиатов СЭВ из 43 развивающихся стран, в том числе более 2000 в высших учебных заведениях. В 1983 г. начнут обучение еще 859 новых стипендиатов. Широко используются и другие формы подготовки и усовершенствования кадров из развивающихся стран - тематические курсы по различным специальностям, семинары и др. Подготовка кадров здравоохранения для развивающихся стран могла бы быть рассмотрена Секретариатами СЭВ и ВОЗ в качестве одного из направлений сотрудничества между двумя организациями.

В заключение, господин Председатель, разрешите еще раз подчеркнуть, что Совет Экономической Взаимопомощи, правительства и народы стран - членов СЭВ, проводя последовательную политику мира, поддерживая Глобальную стратегию Всемирной организации здравоохранения по достижению здоровья для всех к 2000 г., уделяют повседневное внимание дальнейшему развитию здравоохранения в своих странах и, руководствуясь принципами интернациональной солидарности и гуманизма, оказывают и будут оказывать всестороннюю помощь развивающимся странам.

The PRESIDENT:

I thank the representative of the Council for Mutual Economic Assistance.

Ladies and gentlemen, as announced at the beginning of this meeting I shall now close the list of speakers. I shall read out to you the list of the remaining speakers: Solomon Islands, India, China, Spain, Jamaica, Republic of Korea, Cuba, Congo, Poland, Maldives, France, Burma, Mongolia, Dominica, Argentina, Barbados, Central African Republic, Viet Nam, Botswana, Albania, Panama, Niger, Sierra Leone, Angola, Romania, United Arab Emirates, Portugal, Gabon, Malawi, Egypt, Ethiopia, Nepal, Namibia, Palestine Liberation Organization, Mozambique, Iran, San Tome and Principe, Lao People's Democratic Republic, Paraguay, Democratic People's Republic of Korea, Thailand, Mauritius, Bangladesh, Hungary, Bahrain, Honduras, Morocco, Zambia, Holy See, Uganda, United Republic of Tanzania, Ecuador, Sudan, Liberia, Kuwait, Democratic Kampuchea, Afghanistan, Rwanda, Haiti, Cape Verde, Syrian Arab Republic, Uruguay, and Pakistan. Are there any additions to this list? If not, and with the agreement of this Assembly, I declare the list of speakers closed.

I would like to remind delegates that tomorrow the Assembly will meet at 9h00 in the morning, in private, to consider item 14, "Director-General", and its two sub-items. I also would wish to remind delegates that in accordance with Rule 20 of the Rules of Procedure private meetings of the Assembly are attended by the delegations of Members, that is delegates, alternates and advisers of Member States, the representatives of Associate Members and the representative of the United Nations. Beyond that the General Committee has decided to admit the representative of the Executive Board and those members of the Secretariat whose presence was judged necessary by the Director-General.

The meeting is adjourned.

The meeting rose at 17h40.

La séance est levée à 17h40.

Заседание заканчивается в 17 ч.40м.

Se levanta la sesión a las 17.40 horas.

رفعت الجلسة في الساعة ١٧٤٠.

会议于17:40时休会。

= = =