



THIRTY-FIRST WORLD HEALTH ASSEMBLY

TRENTE ET UNIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE

ТРИДЦАТЬ ПЕРВАЯ СЕССИЯ ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

31^a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

جمعية الصحة العالمية الحادية والثلاثون

第三十一届世界卫生大会

A31/VR/5

10 May 1978

10 mai 1978

10 мая 1978

10 mayo 1978

١٠ مايو / أيار ١٩٧٨ .

1978年5月10日

PROVISIONAL VERBATIM RECORD OF THE
FIFTH PLENARY MEETING
10 May 1978, at 14h30
Palais des Nations, Geneva

President: Mr K. MOHAMMED (Trinidad and Tobago)



COMPTE RENDU IN EXTENSO PROVISOIRE
DE LA CINQUIEME SEANCE PLENIERE
10 mai 1978, à 14h.30
Palais des Nations, Genève

Président: M. K. MOHAMMED (Trinité-et-Tobago)

ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ СТЕНОГРАММА
ПЯТОГО ПЛЕНАРНОГО ЗАСЕДАНИЯ

10 мая 1978 г., 14 ч. 30 м.
Дворец Наций, Женева

Председатель: г-н К. МОХАММЕД (Тринидад и Тобаго)

ACTA TAQUIGRAFICA PROVISIONAL
DE LA QUINTA SESION PLENARIA
10 de mayo de 1978, a las 14,30 horas
Palais des Nations, Ginebra

Presidente: Sr. K. MOHAMMED (Trinidad y Tabago)

محضر حرفي مؤقت

للجلسة العامة الخامسة

١٠ مايو / أيار ١٩٧٨، الساعة ١٤:٣٠

قصر الأمم، جنيف

الرئيس: السيد / ك. محمد (ترينيداد وتوباغو)

第五次全体会议

发言全文临时记录

1978年5月10日(星期三)下午2时30分

日内瓦，万国宫

主席: K. 穆罕默德先生(特立尼达和多巴哥)

Note: In this provisional 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. Official Records volumes will subsequently be published in separate English, French, Russian and Spanish editions.

Corrections to this provisional record should be submitted in writing to the Chief, Records Service, Room 4013, WHO headquarters, within 48 hours of its distribution. Alternatively, they may be handed in to the Conference Officer.

Note : Le présent compte rendu 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 volumes des Actes officiels seront publiés ultérieurement dans des éditions séparées anglaise, espagnole, française et russe.

Les rectifications au présent compte rendu provisoire doivent être remises par écrit au Chef du service des Comptes Rendus, bureau 4013, au siège de l'OMS, dans les 48 heures qui suivent la distribution de ce document. Elles peuvent, cependant, être remises également à l'administrateur du service des Conférences.

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

Поправки к этим предварительным отчетам следует представлять в письменном виде заведующему редакционно-издательскими службами (комната 4013, штаб-квартира ВОЗ) в течение 48 часов со времени распространения отчета. Поправки могут также быть вручены сотруднику по обслуживанию конференций.

Nota: En las presentes actas taquigráficas provisionales, los discursos pronunciados en árabe, chino, español, francés, inglés o ruso se reproducen en el idioma empleado por el orador. De los pronunciados en otros idiomas se reproduce la interpretación al francés o al inglés. Los volúmenes de Actas Oficiales se publicarán posteriormente en ediciones separadas en español, francés, inglés y ruso.

Las rectificaciones que se hagan a estas actas taquigráficas provisionales se enviarán por escrito al Jefe del Servicio de Actas, despacho 4013, Sede de la OMS, dentro de las 48 horas siguientes a la distribución del documento o se entregarán al oficial del servicio de Conferencias.

ملاحظة : في هذا المحضر 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 تنشر فيما بعد السجلات الرسمية باللغات الأسبانية والانجليزية والروسية والفرنسية كل على حدة .

وتقدم التصحيحات المراد ادخالها على هذا المحضر المؤقت كتابة الى رئيس دائرة المحاضر في الحجرة رقم ٤٠١٣ بمقر منظمة الصحة العالمية خلال ٤٨ ساعة بعد توزيعها ، كما يمكن تسليمها باليد الى الموظف المسئول عن المؤتمرات .

说明:

凡用阿拉伯文、中文、英文、法文、俄文或西班牙文的发言，将以发言人使用的语种在本临时记录中刊载；用其他语种的发言，则刊登其英文或法文的译文。各卷《正式记录》随后将分别用英文、法文、俄文和西班牙文出版。

对此临时记录的勘误，应在其分发48小时内书面提交主管记录的负责官员（世界卫生组织总部4013办公室），或者提交会务官员。

CONTENTS

	<u>Page</u>
1. General discussion on the reports of the Executive Board on its sixtieth and sixty-first sessions and the report of the Director-General on the work of WHO in 1976-1977 (continued)	4
2. Adoption of draft resolution of condolence	34

SOMMAIRE

	<u>Page</u>
1. Discussion générale des rapports du Conseil exécutif sur ses soixantième et soixante et unième sessions et du Rapport du Directeur général sur l'activité de l'OMS en 1976-1977 (suite)	4
2. Adoption d'une résolution de condoléances	34

СОДЕРЖАНИЕ

	<u>Стр.</u>
1. Общая дискуссия по отчетам Исполнительного комитета на его Шестидесятой и Шестидесят первой сессиях и Отчету Генерального директора о работе ВОЗ в 1976-1977 гг. (продолжение)	4
2. Принятие проекта резолюции о соболезновании	34

INDICE

	<u>Página</u>
1. Debate general acerca de los informes del Consejo Ejecutivo sobre sus 60 ^a y 61 ^a reuniones y del Informe del Director General sobre las actividades de la OMS en 1976-1977 (continuación)	4
2. Adopción de una resolución de pésame	34

المحتويات

صفحة

٤	١- مناقشة عامة على تقريرى المجلس التنفيذى فى دورتيه الستين والحادية والستين وكذلك على تقرير المدير العام لمنظمة الصحة العالمية لعامى ١٩٧٦ - ١٩٧٧ (تابع)
٣٤	٢- اعتماد القرار المقترح الخاص بالتعزية

目 录

页数

1.	对执委会第60届和第61届会议的报告及总干事关于世界卫生组织1976~1977年工作的报告进行一般性讨论(续)	4
2.	通过致哀决议草案	34

1. GENERAL DISCUSSION OF THE REPORTS OF THE EXECUTIVE BOARD ON ITS SIXTIETH AND SIXTY-FIRST SESSIONS AND ON THE REPORT OF THE DIRECTOR-GENERAL ON THE WORK OF WHO IN 1976-1977 (continued)
DISCUSSION GENERAL DES RAPPORTS DU CONSEIL EXECUTIF SUR SES SOIXANTIEME ET SOIXANTE ET UNIEME SESSIONS ET DU RAPPORT DU DIRECTEUR GENERAL SUR L'ACTIVITE DE L'OMS EN 1976-1977 (suite)
ОБЩАЯ ДИСКУССИЯ ПО ДОКЛАДАМ ИСПОЛНИТЕЛЬНОГО КОМИТЕТА О РАБОТЕ ЕГО ШЕСТИДЕСЯТОЙ И ШЕСТЬДЕСЯТ ПЕРВОЙ СЕССИИ И ПО ОТЧЕТУ ГЕНЕРАЛЬНОГО ДИРЕКТОРА О РАБОТЕ ВОЗ В 1976-1977 гг. (продолжение)
DEBATE GENERAL ACERCA DE LOS INFORMES DEL CONSEJO EJECUTIVO SOBRE SUS 60^a Y 61^a REUNIONES Y DEL INFORME DEL DIRECTOR GENERAL SOBRE LAS ACTIVIDADES DE LA OMS EN 1976-1977 (continuación)
مناقشة عامة حول تقريرى المجلس التنفيذى عن دورتيه الستين والحادية والستين وحول
تقرير المدير العام عن أعمال منظمة الصحة العالمية فى عامى ١٩٧٦ و١٩٧٧ (تابع)
对执委会第60届和第61届会议的报告及总干事关于1976年至1977年世界卫生组织工作的双年度报告进行一般讨论(续)

The PRESIDENT:

The afternoon meeting is called to order. The first speaker on the list for this afternoon is the distinguished delegate of Benin, to be followed by the delegate of Togo. However, before these delegates take the stand, I wish to recall my intention of closing the list of speakers this afternoon before the adjournment of this plenary meeting. Therefore, all those wishing to take part in the general discussion who are not yet registered are requested to announce their intention to speak to the Assistant to the Secretary of the Assembly as soon as possible. I now call on the distinguished delegate of Benin.

M. BOURAIMA (Bénin) :

Monsieur le Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé, Monsieur le Président de la Trente et unième Assemblée mondiale de la Santé, Mesdames et Messieurs les membres du Secrétariat, Messieurs les représentants des organisations internationales, honorables délégués, Mesdames, Messieurs, l'Assemblée mondiale de la Santé, en célébrant avec une solennité particulière sa trente et unième session ordinaire, parvient en 1978 à la croisée des grands chemins qui conduisent vers la Santé pour tous en l'an 2000. Une rétrospective de ces trente ans d'activités et de collaboration internationale nous permet de visionner avec une attention exceptionnelle ce film long métrage dans lequel l'humanité tout entière, grâce aux progrès des sciences biomédicales et de la technologie, a mené une guerre acharnée contre les grandes affections endémo-épidémiques, sources de misères et de drames sur notre planète.

Nous saluons avec beaucoup de respect la mémoire de ces hommes et de ces femmes, membres des équipes de santé, qui de l'hémisphère boréal à l'hémisphère austral, en passant par les tropiques, ont parcouru le monde entier pour apporter aux populations les plus déshéritées un peu plus d'espoir, un peu plus de bonheur, un peu plus de lumière. Nous adressons un vibrant hommage à ces hommes prestigieux qui, assurant dans l'anonymat notre présent, ne travaillent, encore à l'heure actuelle, que pour l'avenir de l'ensemble de l'humanité, pour le moment où chaque ville possédera son hôpital, son bloc opératoire, ses ambulances, où chaque village aura son médecin capable d'envoyer au chirurgien de la plus proche ville tous ceux qui, à présent, meurent encore sans que tout ait été tenté pour les sauver. Comme l'écrit Joseph Handler, ancien directeur de l'Information de l'OMS : "Tous les pays qui ont affirmé leur résolution de régler les problèmes de santé sur une base mondiale se sont pleinement rendu compte qu'à notre époque, seule l'action concertée est capable de donner des résultats durables." En effet, sur la terre des hommes, nous devenons les passagers du même navire dont chacun doit contribuer à la bonne marche.

L'adhésion de la République populaire du Bénin au principe d'universalité de l'Organisation mondiale de la Santé se concrétise sur le terrain à travers les objectifs généraux des services de santé publique du Ministère compétent et à travers le concept révolutionnaire de collaboration et de relations internationales. Les objectifs généraux doivent être d'assurer la couverture sanitaire totale du pays en accordant la priorité aux zones rurales, d'accroître à tous les niveaux le degré des facilités offertes à chaque citoyen du Bénin pour atteindre un service sanitaire et y recevoir assistance et de rendre nos équipes de santé polyvalentes et mobiles en vue de :

- réduire la morbidité générale par la diminution des affections gastro-intestinales, parasitaires ou infectieuses;

- diminuer la morbidité palustre, notamment chez les enfants et chez les femmes enceintes;
- diminuer la prévalence de la tuberculose;
- diminuer les accidents de la route et du travail;
- diminuer la fréquence des maladies nutritionnelles, notamment la malnutrition des enfants;
- réduire la morbidité infantile.

La réalisation de ces objectifs ambitieux nécessite la mise en place de nouvelles structures, l'amélioration des anciennes, une méthodologie d'action d'un type nouveau dont la dynamique repose essentiellement sur la participation de toutes les couches sociales et économiques du pays. Il s'agira de l'intégration de l'action sanitaire dans le processus du développement global, la santé apparaissant en effet comme la condition primordiale du développement et, aussi, comme sa conséquence et sa finalité.

Cette intégration met en évidence la nécessité d'une collaboration étroite et permanente avec tous les départements concourant au développement socio-économique du pays. Elle vise l'aspect de prévention, l'aspect de restauration de la santé et l'aspect d'éducation pour la santé. Ainsi, dans chaque village, dans chaque quartier de ville, doit fonctionner une brigade d'action sanitaire comprenant :

- une équipe d'animation chargée de mobiliser, de sensibiliser et de motiver le village ou le quartier de ville au sujet des problèmes de santé; d'organiser la protection contre les maladies transmissibles (isolement des cas et leur notification; participation aux campagnes de vaccination grâce à la mise en place au niveau de chacune de nos six provinces d'une chaîne du froid, assurant la conservation des vaccins; participation aux travaux d'assainissement et à la protection de l'environnement); d'améliorer l'hygiène générale; de réaliser l'éducation pour la santé de la famille; et d'associer les populations aux activités de développement communautaire;
- une équipe d'intervention ou de soins, chargée de surveiller les femmes enceintes, les jeunes mères et les nourrissons; de procéder à des visites domiciliaires et d'intervenir dans les accouchements simples; de procéder à l'évacuation des cas graves; et de rendre opérationnels des programmes d'éducation nutritionnelle.

Par ailleurs, la décentralisation, la ruralisation et l'intégration des services de santé permettront l'intensification et l'extension de l'action sanitaire, compte tenu des grandes lignes de notre politique sanitaire, évoquée dès novembre 1972, dans son discours-programme, par notre Grand Camarade de Lutte, le Colonel Mathieu Kerekou. Ainsi, au niveau de chacune de nos provinces, la création d'un service de statistiques sanitaires permettra à chaque directeur provincial de la santé de cerner le panorama pathologique de sa province. En outre, toujours dans un souci de décentralisation, le Ministère de la Santé publique met en place dans chaque province les services suivants :

- le comité provincial de la santé chargé d'élaborer les programmes sanitaires en tenant compte des réalités sanitaires de chaque province;
- le comité provincial d'éducation pour la santé;
- un service technique d'intervention chargé de la réalisation des programmes d'immunisation, en collaboration avec les circonscriptions médicales.

En ce qui concerne la collaboration et les relations internationales, un exemple concret mettra en exergue les aspects positifs de notre politique de collaboration internationale dans le domaine de lutte contre les principales endémies qui freinent encore le développement socio-économique du pays. Il s'agit de la lutte contre la tuberculose en République populaire du Bénin. A la fin du dernier trimestre de l'année 1976, la situation épidémiologique qui prévalait dans un groupe scolaire de Cotonou, fort de cinq mille garçons et filles âgés de 6 à 13 ans, correspondait à la cote d'alerte connue de certains pays européens entre 1947 et 1958. Grâce à l'aide de l'Union internationale contre la Tuberculose, nous avons élaboré un programme de lutte intégré dans les activités des services de santé. Commencée en 1976, la nouvelle politique de lutte contre la tuberculose a atteint cette année son plein développement. A la fin du premier trimestre de 1978, 21 centres de dépistage et de traitement sur les 46 à créer fonctionnent sur toute l'étendue du territoire et enregistrent des résultats satisfaisants grâce à l'efficacité et au courage de nos jeunes médecins de la première promotion sortie de la Faculté des Sciences de la Santé en juillet 1977. Dans le domaine du dépistage, il convient de noter une légère augmentation du chiffre total des malades dépistés (1597 cas en 1977 contre 1556 en 1976) dans les villes de Cotonou et de Porto-Novo. L'analyse des pourcentages des malades dépistés montre une chute sensible, mettant en évidence l'action de la décentralisation en matière de dépistage (47,27 % de malades dépistés en 1977 contre 62,27 % en 1976). Au chapitre des activités de traitement, nous pouvons affirmer que 2610 malades en 1976 et 3095 en 1977

ont reçu des soins adéquats, soit une augmentation de 20,8 %. En matière de prévention, la vaccination par le BCG, rendue obligatoire et gratuite, devient systématique dans les groupes scolaires et dans les autres tranches d'âges de la population à hauts risques. Concrètement, les équipes spécialisées ont effectué en 1977 un total de 123.311 vaccinations BCG contre 137 370 en 1976. Une meilleure organisation des campagnes de vaccination et la mise en place d'équipements et d'appuis logistiques garantiront pour 1978 et les années à venir des résultats conformes aux objectifs fixés.

Honorables délégués, nous venons de vous présenter les principaux objectifs d'un programme d'action sanitaire en République populaire du Bénin; la programmation est intégrée dans le processus de développement global du pays. En effet, se développer, c'est vaincre la nature et transformer le milieu; c'est arriver à éliminer la misère, l'ignorance, la maladie, afin de tendre vers la plénitude de l'existence. L'exemple que nous vous avons donné avec notre programme de lutte contre la tuberculose ne sert qu'à illustrer deux de nos principes directeurs, la décentralisation et l'intégration des prestations sanitaires, et à vous donner un exemple concret de coopération internationale bien comprise. C'est ici le lieu de remercier publiquement les responsables de l'Union internationale contre la Tuberculose pour le travail gigantesque qu'elle nous aide à mener à bonne fin.

Monsieur le Président de la Trente et Unième Assemblée mondiale de la Santé, Messieurs les délégués, voici concrètement deux des aspects de la mission confiée au Ministère de la Santé publique chez nous, en République populaire du Bénin, à savoir, d'une part, les objectifs globaux à atteindre, et d'autre part, un exemple des objectifs spécifiques. Si notre propos a pu vous apporter une idée nouvelle, nous en sommes heureux. Si vous avez quelques idées à nous communiquer pour améliorer notre travail, nous vous en serons reconnaissants. C'est la raison de notre participation à ce rendez-vous du donner et du recevoir que doit être l'Assemblée générale de l'Organisation mondiale de la Santé. Je vous remercie de l'avoir compris et pour votre bienveillante attention.

M. BODJONA (Togo) :

Monsieur le Président, c'est pour moi un grand plaisir de vous adresser au nom de la délégation togolaise mes plus vives félicitations, à vous-même pour votre élection à ce poste et aussi à vos collaborateurs. Au Président sortant et à ses collaborateurs, nous tenons également à adresser nos sincères remerciements pour le travail qu'ils nous ont permis d'accomplir l'année dernière à la même époque.

Monsieur le Président, honorables délégués, nous avons lu avec un très vif intérêt le Rapport biennal du Directeur général de notre organisation, et, avant de faire quelques brefs commentaires sur son contenu, nous tenons à féliciter publiquement le Directeur général et ses collaborateurs pour l'esprit de clarté, de concision et de rigueur qui a présidé à son élaboration. Tous les domaines dont s'occupe directement et indirectement notre organisation ont été passés en revue. Les réalisations accomplies pendant les deux années précédentes dans chacune des six Régions de notre organisation doivent nous donner une certaine satisfaction et nous encourager à unir davantage nos efforts pour que d'ici l'an 2000 toutes les populations du globe jouissent d'un niveau de santé assez élevé qui leur permette une vie socialement et économiquement productive.

On est heureux de constater que notre organisation, qui existe maintenant depuis trente ans, est enfin devenue adulte, majeure, grâce à la volonté de nous tous de l'aider concrètement à mener ses activités de façon plus responsable et plus efficace. Pour plus d'efficacité et par souci d'économie, et aussi pour nous stimuler à agir dans le même sens dans nos différents pays, l'OMS a procédé à un important remaniement de son personnel et de ses services, remaniement qui n'a rien enlevé à son efficacité, bien au contraire. L'élaboration du budget programme par pays et la programmation sanitaire par pays permettent maintenant une collaboration plus étroite avec les coordonnateurs, mais surtout invitent tous les pays à une politique sanitaire bien définie dans laquelle les priorités sont nettement exprimées. Il appartient aussi à chaque pays de mettre un accent plus ou moins important, dans son budget programme, sur le renforcement des services de santé, la formation de personnel de santé, la recherche biomédicale, la santé familiale, la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, ou sur la promotion de la salubrité de l'environnement.

Le programme de coopération technique entre pays en développement d'une part, et d'autre part entre ceux-ci et pays développés, doit être renforcé de plus en plus pour nous entraider mutuellement et pour rendre aussi la charge de nos maux sanitaires plus légère. Les résultats

positifs enregistrés dans le programme de lutte contre l'onchocercose en Afrique occidentale sont l'une des preuves palpables non seulement de la coopération technique entre Etats, mais surtout de la solidarité internationale qui consiste à aider avec désintéressement les Etats dont les ressources ne permettent pas de lutter seuls contre ce fléau que représente la cécité des rivières. Il ne fait aucun doute, pour personne, que grâce à cette coopération et à cette solidarité entre Etats l'extension du programme au-delà des zones traitées est indispensable si l'on veut éviter la réinvasion des régions par des simules venant de régions en dehors du programme.

Le Togo, pour sa part, essaie chaque année de mettre en pratique les résolutions d'importance adoptées soit à notre assemblée mondiale, soit à notre session régionale, car la santé est une des priorités du Gouvernement du Général d'Armée Gnassingbé Eyadema. Parmi ces résolutions, il y en a qui coïncident avec des problèmes sanitaires auxquels nous cherchions déjà des solutions : il s'agit des besoins en produits pharmaceutiques et en matériel médico-chirurgical destinés à nos formations sanitaires régionales et périphériques, de la lutte antipaludique, de l'approvisionnement en eau potable, de la promotion de la salubrité de l'environnement et de l'évacuation des excréta.

En effet, le crédit alloué à la santé de nos populations pour l'achat des médicaments et du matériel médico-chirurgical augmente chaque année, sans qu'on puisse pour autant satisfaire les besoins de ces populations pendant au moins six mois de l'année. Nous avons constaté, après analyse de la situation, que non seulement il y avait gaspillage, mais surtout que nos médecins accordaient peu d'importance aux produits de base : chacun se limitant à ses spécialités préférées, cela réduisait aussi la possibilité de disposer de produits pharmaceutiques de base pour les besoins ordinaires et immédiats des populations rurales qui représentent 80 à 85 % de la population du Togo. Une étude préliminaire en commission, suivie en mars dernier d'une réunion générale de tous les médecins, pharmaciens et directeurs des hôpitaux régionaux, nous a permis d'arrêter ensemble, pour la première fois au Togo, une liste sélective des produits pharmaceutiques, du matériel médico-chirurgical et d'analyses de laboratoire essentiels. Cette liste doit être respectée dans les commandes effectuées par les formations sanitaires et elle sera révisée périodiquement. Nous sommes convaincus que cette décision nous permettra de mieux subvenir aux besoins de la majorité de nos populations.

Par ailleurs, la collaboration entre médecine traditionnelle et médecine moderne se poursuit et se concrétise de plus en plus par la confiance réciproque que se font tradipraticiens et médecins, et par les résultats positifs obtenus dans l'emploi des plantes médicinales pour le traitement de certaines affections.

La lutte antipaludique par l'éducation sanitaire, la chimioprophylaxie et la lutte anti-larvaire continuent au Togo, mais seulement avec moins de résultats spectaculaires qu'au début de cette lutte. La réorientation du programme de lutte antipaludique prévue à l'ordre du jour de notre assemblée ne fait que confirmer nos inquiétudes quant aux résultats futurs de la poursuite de cette lutte.

La qualité de la santé des populations ne peut s'obtenir sans eau potable et le Gouvernement togolais en fait la pierre angulaire de son programme de développement économique et social. Grâce à l'aide d'organismes spécialisés des Nations Unies comme le PNUD et le FISE les travaux de traitement de l'eau et d'adduction d'eau potable vont bon train à l'intérieur du territoire national. Enfin, la promotion de la salubrité de l'environnement et l'évacuation des excréta liquides et solides nous préoccupent au même titre que l'approvisionnement en eau potable. Des études de projets sont en cours à l'intérieur du pays tandis qu'au même moment se poursuivent à Lomé des opérations expérimentales permettant de trouver les meilleures voies et moyens pour résoudre dans son ensemble ce problème complexe.

Pour terminer, nous tenons à renouveler, au nom du Gouvernement togolais et de notre parti d'union nationale, le Rassemblement du Peuple togolais, nos plus profonds sentiments de gratitude à l'OMS et aux autres organismes spécialisés des Nations Unies pour l'assistance combien efficace qu'ils nous apportent dans la réalisation de nos programmes sanitaires. Nous sommes persuadés que, grâce à nos efforts et à leur collaboration, d'ici l'an 2000 notre planète sera socialement et économiquement plus vivable.

Le Professeur MENDES (Portugal) :

Monsieur le Président, Messieurs les Vice-Présidents, Monsieur le Directeur général, Messieurs les délégués, Mesdames et Messieurs, en premier lieu, je désire féliciter MM. le Président et les Vice-Présidents et les autres dirigeants des Commissions de leur élection. La

délégation portugaise vous souhaite le plus grand succès dans votre mission. Etant donné votre haute compétence, nous sommes sûrs que vous pourrez contribuer à maintenir le niveau le plus élevé au cours des débats de la Trente et Unième Assemblée mondiale de la Santé qui, cette année, coïncide pratiquement avec le trentième anniversaire de l'Organisation. Nous pouvons bien affirmer que, pendant environ une génération, l'OMS a largement contribué à la santé des peuples et à la promotion de la paix entre les nations, bien plus que les plus optimistes auraient pu le concevoir lors de son établissement.

La délégation portugaise a pris connaissance avec beaucoup d'intérêt et de satisfaction de la désignation du Dr Mahler pour occuper la charge de Directeur général de l'OMS pour une nouvelle période de cinq ans. Tout en se congratulant de cette décision, notre délégation présente au Dr Mahler ses plus chaleureuses félicitations et l'assure du désir du Portugal de continuer à prêter sa collaboration dans le domaine de la santé, non seulement à l'OMS mais aussi à tous les peuples du monde. Le remarquable travail que le Dr Mahler a réalisé au cours des premières cinq années où il a dirigé l'OMS, et la nouvelle orientation que, avec vision, courage et dignité, il a su imprimer à la politique de cette organisation nous donnent la garantie que cette politique de progrès et de justice sociale sera maintenue, nous assurant aussi la suite des études et actions de l'OMS au bénéfice d'une meilleure santé des peuples et de la paix mondiale. Le Gouvernement portugais est entièrement d'accord avec cette politique de l'OMS, laquelle est d'ailleurs expressément concrétisée dans sa nouvelle Constitution.

Le Gouvernement portugais manifeste son accord avec tous les programmes, en cours ou projetés, mais il désire surtout souligner l'intérêt que lui semble mériter la nouvelle attitude de l'OMS en ce qui concerne la collaboration internationale dans le secteur de la santé. Il croit que le changement du concept d'"assistance technique" en celui de "coopération technique" a été positif, ce dont il se félicite.

L'emphase que l'OMS a mise dernièrement dans la planification, dans la programmation, dans l'évaluation des services et des activités de santé, aux niveaux international et national, est d'une importance fondamentale pour le développement et le renforcement des services et activités de santé des Etats Membres. L'intégration des programmes de santé de chaque pays, ou Région, dans les plans généraux respectifs de développement socio-économique nous semble particulièrement justifiée. C'est aussi là l'expérience récente de mon pays. Et je suis certain qu'une telle stratégie de développement intégré contribuera non seulement à l'amélioration de l'état de santé des individus, des familles et des communautés et au progrès socio-économique, mais aussi à la paix mondiale.

Je profite de l'occasion, Monsieur le Directeur général, pour remercier l'Organisation et spécialement son Bureau régional de l'Europe de la coopération technique récemment établie avec mon pays dans le domaine de la santé. C'est avec une satisfaction naturelle que j'annonce que le Portugal va créer rapidement son service national de santé. Le Gouvernement vient de divulguer un projet des lois fondamentales du service national de santé, qui a été soumis pour discussion aux services, aux professionnels, aux syndicats, aux partis et à la population, pour recueillir des critiques et des suggestions. On espère que le service national de santé sera créé dans quatre districts pilotes, les plus nécessaires du pays, mais on prévoit son extension progressive à tout le territoire national. Il me plaît d'ajouter que d'importantes recommandations de quelques-uns des consultants de l'OMS ont été considérées pertinentes et utiles, et qu'elles ont été - ou seront - incorporées dans la législation fondamentale et dans les règlements qui devront gouverner notre service national de santé.

Je désire aussi souligner l'importante collaboration récemment engagée entre l'OMS et le Portugal dans le secteur de la programmation sanitaire nationale, collaboration que nous comptons intensifier dans ce secteur, ainsi que dans celui de l'économie de la santé, ayant en vue des avantages mutuels. En se basant sur ces exercices et études de programmation des services et activités de santé et, plus concrètement, par la progressive implantation du service national de santé, le Portugal prétend aussi donner la première priorité aux soins de santé primaires.

Reconnaissant le besoin d'être bref, je ne veux cependant pas terminer sans profiter de cette occasion pour présenter mes meilleures salutations à toutes les populations du monde ici représentées, avec lesquelles le Portugal désire maintenir toujours les meilleures relations et collaborer pour le développement et pour la paix, notamment dans le domaine de la santé. En outre, je dois adresser une particulière salutation à toutes les nations de langue portugaise, et adresser aussi des mots spéciaux d'appréciation et de reconnaissance aux pays qui, au cours des deux ou trois dernières années, ont établi des programmes de coopération avec le Portugal et ont apporté une importante contribution pour le développement et le renforcement de nos

services de santé. Je fais spécialement référence aux Etats-Unis d'Amérique, à la Norvège, à la Grande-Bretagne et à la Suède, pays auxquels le Portugal est profondément reconnaissant. Outre ces pays, d'autres ont manifesté leur intérêt pour le développement et le progrès de nos services de santé, et tous ceux que nous avons approchés à ce sujet ont démontré leur désir de collaboration, que nous souhaiterions voir fructifier. A toutes les délégations nationales, ainsi qu'à toutes les institutions représentées dans cette assemblée mondiale, la délégation portugaise adresse les meilleures salutations, leur souhaitant un bon et avantageux travail, pour le bien de la santé publique mondiale.

Mr JAYASURIYA (Sri Lanka):

Mr President, distinguished delegates, ladies and gentlemen, I bring you Mr President, most cordial greetings from my country, Sri Lanka. May I extend these greetings to all Member nations present today at the Thirty-first Health Assembly? Mr President, I also wish to extend my warmest good wishes to you on your election as President of this Assembly, which undoubtedly is a tribute to your ability and a recognition of the high esteem in which your country is held by all of us. While wishing you every success in your term of office, I wish also to convey to your predecessor, Dr Sione Tapa, our warm and sincere appreciation of his able stewardship during his tenure of office that has just ended. I join with you, Members of this august Assembly, and I deem it a privilege to do so, in congratulating the Director-General of the World Health Organization on the successful completion of another year of extremely useful work and for a programme characterized by a sense of realism and forthrightness and as visionary as most of us, particularly in the developing countries, would wish to see accomplished in our own lifetime. These efforts undoubtedly have emerged from a worldwide concern for social justice and the wellbeing of our peoples.

Mr President, on behalf of my Government, I wish to say that Sri Lanka is committed to the objective of creating a just and fair society for our people. Indeed, during the years since independence in 1948, Sri Lanka can claim to have registered achievements in the field of social welfare, and in particular health and sickness, which are very high in relation to our low per capita income of only US\$ 130. Our life expectancy has risen from 48.3 years to 68.7. Our infant mortality rate has more than halved from 101 per 1000 live-births 25 years ago to 45 per 1000; at the same time, maternal mortality has dropped from 9.3 per 1000 births to 1.12. Our crude death rate has fallen from 14.3 per 1000 to 8.5. Along with the significant reduction in birth rates, largely due to our extended family health services, we have succeeded in bringing down the rate of population growth from nearly 2.5% to 1.7%. In this and other respects Sri Lanka can lay a just claim to have pioneered what has been widely promoted recently as a basic human need - a strategy whereby the provision of minimum levels of social achievement benefiting a wide range of the population becomes a major goal of national policy. An attempt has been made recently to compare countries in terms of an index of the quality of life which averages some of the magnitudes I have mentioned, for example, life expectancy and infant mortality along with literacy. In terms of this index, which assigns a value of 100 to Sweden, with an income of over \$ 2000 per capita, Sri Lanka has a value as high as 83. The task before my country today is to tap to its fullest the rich stock of human capital that has been built up over the past three decades by devising a set of appropriate incentives to work and enterprise. Sri Lanka's physical quality of life has owed a great deal to its free health services going back to 1948, with a cushion against poverty being provided by a substantial subsidy on food. Drawing on our stock of human capital for development means in effect that this process must also be accompanied by a gradual reallocation of resources away from subsidies and consumption towards investment. This is the path along which we have recently begun to move, although it is essential that we move with caution if we are not to sacrifice the minimum WHO-determined calorie availability of 2200 calories per day including 48 grams of protein. This Sri Lanka has attained in the past and it is this attainment that made our present quality of life possible. It is therefore necessary, Mr President, that in the process of shifting towards growth the health and social sectors of the economy should be kept prominently in view.

Our health programmes are being oriented to give preventive medicine a particular emphasis. We are paying attention to environmental considerations, to water supply and sewerage, in both urban and rural areas. In this way we are trying to ensure that basic human needs are being met, while the shift from consumption to investment on which any nation must ultimately depend on to ensure its social progress continues to proceed. It is

important, however, that in this process adequate budgetary provision should be maintained for the health sector. We are conscious that it is our health system which has contributed in great measure to our high life expectancy, and that has to be viewed as a national asset worthy of support. I am sure that both the international agencies and donor countries will see in Sri Lanka's health sector at its present stage of evolution a challenge that has imaginatively to be met. As we shift to growth and development both a minimum degree of financial support along with technical assistance and an imaginative deployment of the resources that are made available will continue to be crucial in the coming years with regard to the wellbeing of the health sector in Sri Lanka.

It would be appropriate in the context of our discussions to draw attention to specific aspects of our health problems. Malaria still continues to be with us, the need and the urgency for its control or possible eradication are a priority in the context of our morbidity pattern and its impact on an extended agricultural programme. A five-year programme has been launched during the last year, and we are grateful to Member States which have readily and so generously given us technical and other assistance providing the initial thrust to renewed control our eradication programme requires. We must also place on record the valuable guidance and other services we have received from the World Health Organization, and especially our neighbouring countries of the South-East Asia Region who share the same problem. Our initial results in this programme are gratifying. In the area of other communicable diseases, Mr President, we are not wholly satisfied as morbidity patterns have not appreciably altered in the past few years. Considerable attention has been paid to this problem. My country is seriously considering whether some of our past strategies ought not to require review and be replaced, as mentioned, by an overall development effort in the context of basic sanitation, water supplies, a food and nutrition policy, and a health policy appropriate to our current needs. We are pleased to note the increasing emphasis being placed by this Assembly on research activities. It is felt that although some of us have not paid the required attention to this field, the time has come to realize that is is needed for future planning and the development of services. Our country intends to give this type of activity greater support in future programmes in the realization that the distribution of health resources and access to these services should be based only on scientific research and evaluation relevant to our country's need.

This is all the more important at a time when the paucity of resources is a major constraint on health development in a context of rising costs and an uneven distribution of the available medical facilities. In regard to expenditure on health services we are beholden to the Assembly for the assistance we have received, and my country reiterates its support for this Assembly's objective of allocating 60% of its budget in real terms towards technical cooperation and support. What is more important is the spirit of the resolution, which calls for a more equitable distribution of health resources to underserved people. We have a heritage of an indigenous system of medicine, which for many centuries has given extremely useful services, especially in rural areas. I am happy at your concern for traditional medical practitioners and the encouragement being given to them. It is my country's intention to harness their services in an integrated health care programme, as far as it may be possible. We, in Sri Lanka are justly proud of our medical care services and their levels of efficiency, although we are somewhat constrained by inadequate supporting services, particularly in the area of medical supplies. I am delighted to note that the vexed question of drugs is a subject of the Technical Discussions at this year's Assembly.

Mr President, I wish to conclude by expressing on behalf of my delegation and my country, our congratulations for the presentation of an excellent programme of work for the coming years. This could not have been possible without the excellent work and the dedicated efforts of the Executive Board and the Director-General. I thank you all. On our part, I assure this Assembly of our firm resolution to give effect to our plans to enable all of us to meet the health expectations of our people. To our colleagues in the South-East Asia region I must express my appreciation for their active cooperation in all our activities. I must also express my appreciation of the efforts of Dr V. T. H. Gunaratne, who has contributed in great measure to the promotion of the health services of our region.

Dr. OREJUELA (Colombia):

Señor Presidente, señor Director de la Organización Mundial de la Salud, señores delegados: El Dr. Mahler decía en 1975: "Muchos de nosotros y también los futuros historiadores

recordaremos el año de 1974 como un momento de cambio radical en nuestras ideas sobre el futuro desarrollo social y económico de la humanidad". Recuerdo estas palabras porque he querido tomarlas como marco de referencia para, al analizar el informe bienal de 1976-1977 del Director General, establecer comparaciones entre lo que expresó en aquel momento y lo que realmente ha venido sucediendo en la práctica en los últimos cuatro años. En verdad, tenemos que reconocer que un cambio profundo se ha operado y que la historia es testimonio de una transformación acaecida en la concepción del desarrollo y en la prestación de servicios de salud.

El señor Director ha insistido desde aquel entonces en aspectos claves como los de extensión de la cobertura, atención primaria, organización de sistemas de salud, formación de personal de salud para trabajos en equipo, programación sanitaria y cooperación técnica, y ha planteado como un desafío la meta de que en el año 2000 las comunidades del mundo deben tener un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. Todos estos principios, propósitos y metas que ahora en su informe bienal ratifica el Director con optimismo, y a los que abre paso en el inmediato futuro con el Sexto Programa General de Trabajo para 1978-1983, merecen comentarios que permitan fortalecerlos y convertirlos en hechos cada día más sólidos.

No hay duda de que la extensión de la cobertura es una política universal y de que la atención primaria, dentro de un sistema de salud, es su mejor estrategia en el ámbito de los países en desarrollo. Sin embargo, esta atención no progresará convenientemente y, más aún, se estancará, si no se sistematiza dentro de un marco operativo multisectorial que se aplique al hombre y al medio ambiente con el recurso de la propia comunidad. He aquí, señor Director, el cumplimiento y desarrollo de una tarea que debemos realizar en conjunto con la OMS, poniendo en juego mecanismos internos, así como la cooperación técnica dentro del sentido que le hemos dado. En menos de tres años, un poco más del 40% de la población que no tenía acceso a los servicios de salud en mi país hoy disfruta de ellos y de otros más, pero merced a una ágil coordinación de diferentes sectores. Considero que insistir en la acción multisectorial es asegurar la asistencia y el desenvolvimiento de la atención primaria hacia el futuro.

No podemos menos que acoger con beneplácito los planteamientos del Director sobre la trascendencia de la programación sanitaria pero, para ello, se requiere una acción fuerte concertada que permita en los momentos actuales la formación masiva de personal de salud en el campo de las técnicas de la administración moderna, desarrollando esta capacitación desde la periferia hasta el vértice del sistema. De esta forma, cada trabajador de la salud, desde el ministro mismo hasta la promotora en la aldea o vereda más apartada, debe ser capaz de manejar de forma eficiente los recursos que tiene bajo su responsabilidad y orientar la programación en su doble vía de la periferia al centro y viceversa. Es necesaria la cooperación de la OMS con sus oficinas regionales para la difusión y aplicación de técnicas que ayuden a agilizar el proceso, entre ellas la educación, o adiestramiento a distancia, y la educación continua.

El señor Director hace planteamientos importantes sobre la capacitación de personal auxiliar y la necesidad de trabajar en equipo. Surge la trascendencia de promover en forma persistente y tenaz la articulación del sistema de salud y del sistema educativo sin cuya implicación la tarea es de precarios resultados. En mi país tenemos la afortunada experiencia de un Consejo Nacional de Recursos Humanos, creado por decreto del Gobierno, y juntas y subconsejos que se encuentran actuando descentralizadamente a nivel regional y que están permitiendo una coordinación entre los sistemas de salud y de educación.

Por otra parte, la reasignación de funciones tradicionalmente encomendadas al médico, y transferidas hoy al personal auxiliar, tiene que llevar a un profundo cambio de los planes de estudios en las facultades de medicina. En esta tarea a la OMS le corresponde ir extendiendo su cooperación en forma acelerada.

En cuanto a la concepción de la atención hospitalaria, se hace necesario, señor Director, proseguir dando énfasis a la atención ambulatoria - a la utilización de la cama domiciliaria - y utilizar la atención intrahospitalaria en los casos que verdaderamente lo requieran. Es importante y relevante el número de camas hospitalarias para un área, región o país, pero mucho más trascendente es lograr la productividad de ellas y obtener la desconcentración que permita utilizar racionalmente toda la capacidad instalada en los distintos niveles operativos del sistema. Una buena administración de los hospitales contribuye a consolidar cambios positivos en el porcentaje ocupacional, en los días de estancia y en los egresos cama/año.

En mi país los hospitales se están construyendo en virtud de una programación ajustada a las necesidades de la comunidad. Quedaron atrás los viejos esquemas de improvisación y de construcciones gigantescas, cuyo manejo administrativo no es fácil ni su estructura física adecuada para países en desarrollo; hemos dado énfasis y abierto nuevas perspectivas con el

sistema de remodelar antiguas construcciones que hoy estamos haciendo actuales y funcionales con bajos costos.

En lo que respecta a la dotación, estamos observando en el mundo la creciente ola de inversiones en nuevas tecnologías, en equipos hospitalarios y de laboratorio de la más alta complejidad e instrumentos electrónicos de elevada sofisticación; pero, ante las necesidades de nuestras comunidades, debemos brindar con valor una oferta categórica en prioridades hacia aquella parte de la comunidad que ha venido siendo desprotegida, utilizando una tecnología sencilla, como lo habíamos expresado. Pero debemos también tener valor para no caer en extremos y ser consecuentes con el hecho de que todos los miembros de la comunidad deben tener, en determinado momento, la oportunidad de recibir el fruto de los avances de la ciencia en forma moderada, sin exageraciones. Por ello, de manera racional y equilibrada deben invertirse esfuerzos en la dotación de hospitales, a fin de que cada uno de ellos en su nivel operativo pueda ofrecer una atención escalonada para la población, especialmente para la que venía marginada.

En cuanto a la lucha contra las enfermedades infecciosas, especialmente las inmunoprevenibles, es mucho lo que se ha hecho, como lo demuestra lo que hoy, en frase casi deslumbrante, llamamos la "defunción de la viruela". Pero, señor Director, hay que promover y realizar una movilización masiva en pro de la prevención, mirar con inquietud el incremento del problema del paludismo, de las enfermedades venéreas y de otros conflictos sanitarios que están creciendo. Este es un punto crítico que amerita una acción agresiva de la OMS.

Siguiendo en esta misma dirección de impulsar la prevención para que la atención de salud sea verdaderamente integral, tenemos el desafío de una protección del medio ambiente que hoy en día se muestra débil ante el empuje de la gran empresa de la atención médica y la tendencia a la derivación de ingentes recursos hacia esta última área. No debemos olvidar que los riesgos más importantes que tiene ante sí la humanidad son los de su propia creación y que debemos proteger el medio de los estragos de nuestra propia actividad. En los 22 años que nos quedan de este siglo debemos desplegar una acción agresiva que nos permita cubrir aceleradamente la necesidad perentoria del saneamiento básico y la protección del medio ambiente contra la contaminación cada día creciente y destructiva.

Los países en desarrollo, señor Director, están ante la encrucijada del impacto de enfermedades crónicas y degenerativas, como el cáncer y la hipertensión, y del incremento significativo de causas de morbilidad y mortalidad por accidentes; por ello, el impulso de la atención integral de salud debe ir fuertemente arraigado a la prevención y no dejar en ningún caso que ésta, discreta y disimuladamente, se bata en retirada.

El mundo se debate hoy, señor Director, dentro de una conmoción provocada por problemas políticos y algunas discrepancias ideológicas de una y otra índole que han surgido, amenazando la tranquilidad y la paz entre los hombres. En estos momentos difíciles, es cuando la Organización Mundial de la Salud debe mostrar la fortaleza de sus objetivos, de sus principios, de su finalidad y de sus funciones para no caer en la tentación, que constituiría un desastre para ella, de convertirse en foro donde se pretenda debatir aspectos ajenos a los que esencialmente le competen como organismo técnico en el campo de la salud. Si, al cumplirse los 30 años de existencia de esta benemérita Organización, nos dejamos arrastrar hacia una senda distorsionada, habremos echado en un instante por la borda lo que tanto nos ha costado construir en tres décadas.

Señor Presidente, señor Director y señores delegados: no quiero hacerme extenso y espero que mis planteamientos, que no tienen nada de nuevo pero sí de sincera preocupación, sirvan para reafirmar la inquietud de la OMS por ciertos tópicos que el señor Director ha puesto de relieve en su informe.

En lo que a mi país se refiere, vamos de manera acelerada acercándonos a la meta de cubrir a toda nuestra población con servicios de salud, mediante un sistema nacional de salud que viene operando desde 1975 con una programación sanitaria hecha bajo el ordenamiento de principios actuales de administración y tratando de obtener al máximo la participación de la comunidad.

Finalmente, cuando he llamado la atención de la OMS sobre su cooperación hacia ciertos puntos o aspectos específicos, me refiero a la proyección de la Sede, a través de su personal técnico, y a la acción de sus oficinas regionales, pero no mediante esquemas de paternalismo, sino utilizando el nuevo concepto de cooperación que en mi país estamos desarrollando con la Organización Panamericana de la Salud, y teniendo siempre presente la iniciativa nacional, buscando la autosuficiencia que el país debe poseer.

No quiero terminar, señor Presidente, sin hacer resaltar la responsabilidad que tiene la OMS de fortalecer los lazos y vínculos que ella ha contribuido a promover, como es el entendimiento y la comprensión a través del idioma español. Sería ilógico que, mientras nuevas lenguas, con toda razón, se han empezado a utilizar dentro del intercambio de la OMS, se trate ahora de eliminar el idioma español. Afrontar la OMS el costo social de una determinación de esta índole constituye, a no dudar, un tremendo riesgo para la unidad y el entendimiento en la Organización.

Su informe, señor Director, merece nuestra felicitación porque es un documento serio y juicioso, como los anteriores que usted ha presentado. De igual forma, ha sido muy valioso el informe del Consejo Ejecutivo.

Señor Presidente: reciba mi felicitación sincera por su exaltación al primer cargo de esta Asamblea, que honra a todos los Estados Miembros y Miembros Asociados, en especial a la América, que ve así destacada la confraternidad de sus pueblos. Esta felicitación la hago extensiva a los señores Vicepresidentes elegidos.

The PRESIDENT:

I would like to serve notice on members of the Assembly of a situation that will require your immediate attention. So far, if we anticipate six speakers within the hour at the limited time of 10 minutes each, we can accommodate 12 more speakers. This would involve a number of people who have requested to speak on Thursday coming forward. I would suggest that the following speakers stand in readiness: Nigeria, Panama, Niger, United Republic of Tanzania, Gabon, Mali, Botswana, Zambia, and possibly Poland. Would these delegates please stand by so that we will optimize the utilization of all the time we have.

Mr KIUCHI (Japan):

Mr President, Dr Mahler, honourable delegates, ladies and gentlemen, on behalf of the Japanese delegation I would like to extend my warmest congratulations to you, Mr President, on your election to the presidency of the Thirty-first World Health Assembly, and I would also like to express my appreciation to the Director-General, Dr Mahler and his staff, who have prepared the concise and yet comprehensive report on the work of the World Health Organization for the years 1976 and 1977.

To commence, my delegation wishes to express its heartiest congratulations on the occasion of the thirtieth anniversary of the World Health Organization and, at the same time, to commend the measures undertaken and remarkable advancements achieved in the protection and promotion of the health of the peoples of the world. Japan has enjoyed the benefits of being a Member and has also taken an active part in the work of the Organization by extending its cooperation in various projects.

Among the various important subjects on the agenda of this Assembly, I would like to point out that items dealing with cardiovascular diseases, environmental health, and drug policies and management are of particular concern to my country.

First, apoplexy. It is the leading cause of death in my country, and as such has forced us to take active measures against cerebro-cardiovascular diseases. Our main activities for the control of apoplexy based on the national policy for reducing its incidence, include nationwide mass examination through the measurement of blood pressure and community-level action of medical checks with the active participation of physicians and public health nurses. In this respect, it is my belief that our experience and methods could be well utilized for the activities of the Organization.

Next, concerning environmental health problems, and environmental pollution in particular, my country has given priority to this subject. Remarkable improvements have recently been made in that field as a result of various programmes, including several countermeasures. In the course of the execution of these programmes in this field, some problems were found to be quite difficult to solve by the efforts of one country alone. My country has shown a particular interest in international cooperation such as the global environmental monitoring project for various environmental pollutants which was planned by the Organization. In this regard, my delegation wishes to express its high praise for the action taken by the Organization in having introduced the item on the improvement of environmental health.

We are also concerned about problems regarding drug policies. I am sure that no one will deny the fact that the adequate and smooth supply of drugs and vaccines is indispensable in every country. It is indispensable for promoting health care and disease control together with

a programme for strengthening the development of manpower in the medical professions, as well as the arrangement and expansion of medical and health facilities. And yet, while some countries have an adequate supply of drugs, there are quite a few that have difficulty in securing an adequate supply. In this regard, my delegation feels it opportune that the Technical Discussions during this Assembly will deal with national policies and practices concerning medicinal products.

Drugs for medical care must be proved to be effective and safe, that is why the Member governments have been requested to establish a system whereby drugs can be supplied at the right time to the right persons, and in correct quantities, under a quality control system. Therefore, as to the Organization's plan to prepare a list of essential drugs and a programme of technical cooperation with Member governments for the formulation of national drug policies, I firmly believe that those attempts will certainly be a helpful basis for countries which have not yet reached the stage of the above requirements. This plan is highly praiseworthy.

Another aspect to be added here is the cost/benefit factor of the drugs. Drugs are indispensable tools for the prevention, diagnosis and treatment of diseases, and can not only improve the efficacy of therapeutic action but can also contribute to reducing the financial burden of individuals and society as a whole. Therefore, in arranging for the supply of drugs, due regard should be paid to their price and the cost/benefit factor in their use, in addition to their efficacy and safety. For that purpose, I believe it is an important task for each national health administration to ensure a supply of drugs satisfactory both in quality and in financial efficiency, and I hope the Organization will be in a better position to assist countries to do so. I also believe it important for Member governments to establish their own drug supply plan by using the model list of essential drugs, taking into consideration the existing socioeconomic conditions in their country. This will contribute to raising substantially the standard of medical care, particularly in those countries that have an inadequate supply of drugs.

In concluding my remarks, Mr President, my delegation sincerely hopes that international cooperation in matters of health among Member governments should be further promoted, and also hopes that the World Health Organization, which has served through its international leadership for the past 30 years, will make continued efforts for the protection and promotion of the health of the peoples of the world.

Dr OGBANG (Nigeria)

Mr President, distinguished delegates, ladies and gentlemen, on behalf of my delegation, the Government and people of the Federal Republic of Nigeria, I heartily congratulate you, Mr President, on your election to the presidency of the Thirty-first World Health Assembly. I have no doubt that with your wide experience in the field of health administration our deliberations during this session will be guided towards the furtherance of the aims and aspirations of our great Organization. I also congratulate the Vice-Presidents and the Chairmen of the various committees on their election. We warmly welcome our brothers and sisters from Djibouti, who for the first time will be participating in the deliberations of our Organization as full members, and look forward to the time when those now struggling for independence and freedom will also take their rightful place in this Organization.

I would like to express the appreciation of my delegation of the activities of the Executive Board during 1976 and 1977. We sincerely congratulate the Director-General for his comprehensive and thoughtful report on the work of the World Health Organization for 1976 to 1977.

The emergence of the concept of technical cooperation among nations and the important principle of developing national self-reliance in health matters merit special mention because, in our view, they form a realistic approach to evolving a lasting impact on health development. My Government's total commitment in this direction has led to the integrated development of services and personnel. During our current National Development Plan period, 1975-80, 7 new teaching hospitals and medical schools and 19 schools of health technology will be fully established, in addition to the existing 6 medical schools and teaching hospitals, 3 schools for nurse tutors and 2 multidisciplinary schools for tutors. Efforts are being made in the training of teachers who will work in these institutions. Naturally the problem of manpower and the over-spiralling costs of equipments are great constraints on our plans. WHO must increasingly direct its attention to the promotion of cooperation in these areas. My country would welcome cooperation on both a bilateral and multilateral basis in this direction.

My Government continues to support the Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases, a testimony to our commitment to biomedical research which we believe will play a vital role in tackling the problems of communicable diseases. In 1975, 1976 and 1977 we supported the following extrabudgetary contributions: the special regional account for the Biomedical Research Centre in Ndola, Zambia; and the malaria eradication special account for the African Region of WHO. My country is watching the progress of this special programme with keen interest and anxiously looking forward to an early break-through to effective means of malaria eradication.

During the past two years, significant activities and progress in the sector of our national health plan continued in primary health care. Following the WHO training workshop on country health programming and project formulation exercise in Nigeria in May, 1976, and the preparation of a detailed programme by WHO and Nigerian experts for one state of the Federation, our national team prepared similar documents for all the 19 states, employing the strategy accepted by the Government. Several training workshops for teachers and project managers have been organized by the Health Services Implementation Agency in pursuit of our emphasis on self-reliance and the determination of my Government to bring the much-needed health care to all our people at their doorsteps. The basic health services of Nigeria are planned to integrate the family health activities, maternal and child health services and primary health care into the general health services.

My Government is pursuing the Expanded Programme on Immunization. Over 2 million naira, or 3.2 million US dollars, have been set aside for this purpose. The objectives are to reduce significantly the morbidity and mortality caused by measles, tuberculosis, poliomyelitis, whooping cough, tetanus and diphtheria, which are common diseases of childhood, and to maintain smallpox eradication in Nigeria.

The need to increase childhood immunization coverage has been identified and, with the assistance of WHO and UNICEF, an expanded programme on immunization has been initiated after pilot projects in two states of the Federation. My Government is determined to implement this laudable programme in all the states and we would welcome bilateral or multilateral cooperation, which will accelerate its execution.

I am particularly happy with the theme of this year's Technical Discussions. We in Nigeria spend several million naira (or several million US dollars) annually on the purchase of drugs. In our efforts to achieve an acceptable measure of self-sufficiency in drug production we have no doubt come up against related international problems which we hope the Technical Discussions will examine very carefully. The economics of inflation in the developed countries and the matter of quality control have been factors of great concern and consideration in our national policies on drugs and medicinal products.

The first phase of our national malaria control programme was launched in November, 1977, and was planned to cover a target population of 25 million. The operational zone will be further expanded in November, 1978, to cover a population of 50 million in the second phase, while the third phase will enable expansions from November, 1979, to cover the entire population of Nigeria. The programme has carried out a series of workshops for medical and paramedical personnel at the Federal Malaria and Vector Control Unit of my Ministry. Pilot projects which are designed to test the utilization of available manpower and managerial capacity for the effective control of malaria and also provide training facilities for junior field personnel commenced in January, 1976, and will continue throughout the current plan period (1975-1980). Four varieties of courses are run for the key personnel required for the project. A four-week course in malaria control techniques for senior professional staff was carried out to enable them to play a leadership role, while a six-week course was also undertaken by laboratory field technicians in parasitology and entomology; there was also a six-week course for field operations supervisors. I wish to express my Government's gratitude to WHO for its cooperation with us in the area of applied malaria research in my country.

Onchocerciasis has been evident in Nigeria for many years and some of the first attempts to organize onchocerciasis control schemes in Africa were made in the Abuja and Kainji areas of the country. My Government has now decided to organize a nationwide onchocerciasis control programme in collaboration with WHO making full use of the onchocerciasis control programme of the Volta River Basin area. It is planned to devote two years to the preliminary phase and to start actual control operations from early 1980. In order to protect the site of the proposed Federal Capital, the first treated zones would be focused on the Abuja area. The treated area would then be subsequently extended by steps until it includes all import zones of endemic onchocerciasis in Nigeria.

Mr President, it is the hope of my country that all well-meaning friends will rally round us to ensure that we reach our objective in the control of onchocerciasis in Nigeria. I wish to acknowledge at this juncture the cooperation of WHO in this programme and look forward to more support from the Organization.

A national leprosy control programme has been prepared by the National Leprosy Control Committee. It is intended to reduce leprosy infection in the country until transmission ceases to be a serious health problem, and to provide early and adequate treatment for all known cases and thereby prevent the development of associated disabilities.

Tuberculosis is still a problem of considerable public health importance in Nigeria. A working paper for the control of tuberculosis at national level has been prepared by the Federal Epidemiological Unit. A national control committee is to be set up to produce a plan of operation. The disease is one of those to be controlled by the expanded programme on immunization by delivering BCG vaccination as a preventive measure.

Cerebrospinal meningitis is still a health problem in Nigeria, though this year's outbreak has been successfully contained. The vaccine trial carried out in an area with high prevalence appears to be successful; however, the serum results are awaited before complete assessment can be made. I wish to express Nigeria's gratitude to WHO for the supply of vaccine during the recent epidemic.

To emphasize the importance which we attach to mental health, my Ministry has taken over some of the neuropsychiatric hospitals and established a Management Board for their day-to-day management. It is anticipated that more of these hospitals will be taken over and brought under the umbrella of the Management Board. It is also being planned that one of the centres be designated as an international centre for service and training.

The Environmental and Occupational Health Unit of my Ministry is being staffed with sanitary engineers, hygienists, sanitarians, public health nurses, medical experts in environmental and occupational health with supportive staff to enable it to take its rightful place in planning and management of these aspects of health. Training courses are being arranged for the various categories of staff.

In the field of health statistics, awareness of their importance has been generated. The reporting system has been standardized and there has been propagation of the health information system for management decision, planning, research and general public information.

There is satisfactory progress in the field of biomedical information with the establishment of the National Institute for Medical Research. The Institute maintains continuous dialogue with other research centres, WHO and medical scientists. It also acts as coordinator for our research project. It will be responsible on behalf of the National Science and Technology Development Agency for the publication of the Nigerian Journal of Medical Sciences, which will be launched soon.

In our national efforts to improve the health of our people, we have been much encouraged by this Organization and its devoted staff at headquarters under the able leadership of the Director-General, Dr Mahler, and his deputy, Dr Lambo. I would like to take this opportunity to place on record my country's appreciation of their noble role. We wholeheartedly endorse the recommendation of the reappointment of Dr Mahler. We thank WHO and the staff for the training courses and seminars arranged for health administrators and other professionals in the WHO Regional Training Centre in Lagos. I wish also to thank Dr Quenum, our indefatigable Regional Director, and the entire staff of the Regional Office for Africa, for their contribution to the improvement of the health of the people of the Region.

My delegation also wishes to acknowledge with gratitude the cooperation of UNICEF in support of health and education activities in Nigeria. With the enthusiastic support which the federal and state ministries of health received from the news media during the celebration of World Health Day, a high level of awareness of preventable diseases has been achieved in Nigeria. It is now our determination and responsibility to satisfy the high expectations. We in Nigeria look forward to the cooperation of the international community in our efforts towards the attainment of the goal of health for all our one hundred million citizens by the year 2000. We have launched a national basic health scheme and expanded immunization programmes in this hope.

Finally, Mr President, I wish to end my contribution by appealing again, as I did last year, to the conscience of the governments and peoples of the developed world. In the health sector, at least, the developed nations of the world should not allow the rugged economics of commerce and profit-making to dominate their motivations in relationships with the developing countries of the world. A far nobler motive should predominate, and this nobler motive must

be based solidly on their constant awareness of our sense of our common humanity. I am convinced that this perspective is the surest hope for the collective and determined will, as reflected in the august assembly of the World Health Organization.¹

Dr. SPADAFORA (Panamá):

Señor Presidente, distinguidos delegados, señoras y señores: Una vez más, nos reunimos en este agosto recinto para debatir la problemática de la salud más importante en los países del mundo e intercambiar experiencias e ideas sobre posibles soluciones factibles de llevar a la práctica. De estos proyectos y resoluciones depende en gran medida la salud y el bienestar de millones de habitantes de nuestro mundo.

Extendemos un saludo muy especial a los distinguidos delegados en quienes ha recaído el honor de haber sido electos Presidentes y Vicepresidentes de esta magna Asamblea y a los Presidentes de las comisiones permanentes de trabajo. A su vez, felicitamos de manera muy especial al Director General, Dr. H. Mahler, y demás autoridades técnicas por el valioso informe biennial de trabajo que ha presentado en el que se resumen los hechos más salientes en salud realizados por esta Organización, la cual, a no dudarlo, consolida cada vez más su prestigio a nivel mundial.

En nombre del Gobierno y del pueblo panameño, el más cálido saludo a las autoridades políticas y técnicas de salud que hoy asisten a este cónclave. Consideramos propicia la ocasión para expresarles nuestra gratitud y nuestro profundo agradecimiento por el respaldo que sus gobiernos ofrecieron al nuestro en la lucha por recobrar nuestra soberanía y nuestros derechos sobre la Zona del Canal, lo cual culminó con la ratificación del Tratado Torrijos-Carter.

Esto tiene un gran significado para nuestro y vuestros países. Hablamos siempre de salud integral, pero nuestros pueblos no pueden tener realmente salud mientras no les demos una patria digna y libre. Como es de su conocimiento, Panamá, desde sus primeros pasos como nación, ha sentido y resentido la influencia de la colonización, y ningún país logrará una salud integral sintiéndose oprimido.

Nosotros, que somos parte de los países del Tercer Mundo, somos conscientes de que, mientras existan las condiciones actuales de vida y que lo insalubre del medio ambiente, la escasez o la falta de nutrientes, la falta de recursos para la salud y la saturación de enfermedades continúen minando a nuestros niños, a nuestros pueblos, no podemos quedarnos tranquilos ni, mucho menos, satisfechos de nuestra labor. De ahí que el objetivo principal de esta reunión - como dije - es buscar las alternativas racionales a los problemas de salud que afectan a nuestros pueblos.

En el último año, nuestro país ha continuado realizando acciones tendientes a reforzar los objetivos de la política de salud. Sigue constituyendo una preocupación de primera prioridad la extensión de la cobertura de los servicios, a fin de que en un futuro muy cercano se logre que todos los panameños, sea cual sea su ubicación dentro del territorio nacional, reciban los beneficios de los servicios de salud. Este programa se basa fundamentalmente, por una parte, en la participación organizada de las comunidades en la solución de sus propios problemas de salud y, por otra parte, en la formación de un personal paramédico seleccionado por su propia comunidad y el cual constituye el eje de los programas de atención primaria, saneamiento ambiental, nutrición, prevención y promoción de la salud a nivel de las poblaciones.

De las nueve regiones de salud en que se divide el país, en dos se ha logrado la cobertura de más del 90% de la población mediante el uso de personal tradicional. En otras tres, se ha logrado la ampliación de la cobertura en forma significativa con el sistema de preparación de personal paramédico adicional. De las cuatro restantes, en dos se están desarrollando en la actualidad cursos de capacitación para personal paramédico y en las otras dos los programas se iniciarán en el curso del presente año.

Es necesario manifestar que estos logros sólo los hemos conseguido con la participación activa de nuestras comunidades. Nuestra experiencia ya tiene sus años y este tiempo nos ha enseñado a no imponer programas; por el contrario, es la comunidad la que nos muestra sus necesidades, sus aspiraciones y las mejores soluciones. Continuaremos trabajando en la educación y organización de nuestras comunidades, que son la base de nuestro desarrollo.

Como parte de la política de salud en ejecución, podemos informar de que se han seguido consolidando los logros obtenidos a través de la integración de los servicios de salud, que hoy abarca a ocho de las nueve regiones de salud y que hace vislumbrar el establecimiento de un sistema único de salud para todo el país próximamente.

¹ The above is the full text of the speech delivered by Dr Ogbang in shortened form.

Como resultado de todo el esfuerzo que se está haciendo en forma coordinada en todo el sector salud, se continúan observando cambios muy favorables en el nivel de los indicadores de salud y en la estructura de la morbilidad y mortalidad de las enfermedades transmisibles más importantes. Así, para 1977, la tasa de natalidad fue de 28,8 por mil habitantes y la tasa de mortalidad general alcanzó la cifra de 4,8 por mil habitantes. Como consecuencia de estas cifras nuestra población de 1 771 000 habitantes continuó registrando un ligero descenso en su crecimiento natural, que en 1977 fue de 2,4%. Este hecho nos preocupa y estamos conscientes de que ningún país debe permitir que los programas de planificación le sean impuestos por organismos foráneos, antes de haber desarrollado una política demográfica que contemple las verdaderas tendencias necesarias para el desarrollo integrado del país.

La tasa de mortalidad infantil ha alcanzado la cifra de 28,5 por 1000 nacimientos vivos y la tasa de mortalidad materna la cifra de 0,9 por 1000 nacimientos vivos.

La malaria continúa focalizándose en tres provincias del país. En el año 1977 la incidencia de la enfermedad en la República fue de 674 casos, cifra menor que la del año anterior, que fue de 727. De los 674 casos ocurridos en 1977, 120 fueron importados precisamente de uno de los países limítrofes. Estas cifras hacen que la tasa de morbilidad sea de 38 por 100 000 habitantes y la tasa de mortalidad se mantenga en 0. Al margen de la evolución favorable del programa de malaria, Panamá, desde que creó el servicio nacional de erradicación de la enfermedad en 1956, mantiene el concepto de erradicación, contando para ello con el más decidido apoyo del Gobierno.

Panamá ha completado su sexto año de mantenerse libre de ningún caso nuevo de poliomielit. Los últimos casos de difteria se presentaron en 1975. La tos ferina se ha mantenido endémica en algunas regiones del país en los últimos años; sin embargo, el incremento de la vacunación contra esta enfermedad ha ido reduciendo su incidencia hasta el punto de que en el año 1977 sólo se registraron 128 casos y no hubo ninguna muerte. La tasa de mortalidad específica por tétanos es de 2,9 por 100 000 habitantes, lo cual permite comparar muy favorablemente las 20 defunciones ocurridas por dicha enfermedad en 1977 con las 232 defunciones por dicha causa ocurridas en 1976.

El sarampión se ha mantenido endémico en nuestro país, ocurriendo brotes epidémicos cada 2 ó 3 años. Para 1977, teníamos una tasa de morbilidad de 146,1 por 100 000 habitantes y una tasa de mortalidad de 2,2 por 100 000 habitantes.

Estos hechos son el resultado de los intensos programas de vacunación, que en forma permanente se están llevando a cabo en todas las instituciones de salud del país, y a la intensificación de la búsqueda de casos y contactos para tratamiento y control.

Nuestras estadísticas no están exentas de deficiencias; comprendemos nuestras fallas. En este sentido, hemos impulsado la formación de un equipo de epidemiología, para mejorar el conocimiento de la morbilidad de nuestras comunidades a fin de tener una base más científica con la cual podamos programar y planificar correctamente las acciones de salud.

La comunidad organizada, consciente de la necesidad del agua para su bienestar individual y desarrollo colectivo, ha trabajado coordinadamente con los equipos técnicos del Gobierno. Esto ha permitido extender la cobertura del programa de abastecimiento de agua potable, de modo que la población beneficiada alcanza, en 31 de diciembre de 1977, el 100% en el área urbana y el 63,9% en el área rural, y la población servida con conexión domiciliar alcanza el 93,2% y el 23,9%, respectivamente, con lo que ya se han superado con creces las metas del Plan Decenal de Salud para las Américas.

Otro programa importante de control del ambiente, iniciado en Panamá desde septiembre de 1977, consiste en la instalación de estaciones de muestreo de la contaminación atmosférica de la ciudad de Panamá.

Para finalizar, señor Presidente, queremos dejar constancia en esta magna Asamblea de que nuestro país muy pronto estará con nuevas e importantes responsabilidades, en virtud del control y mantenimiento del canal. Nuestro Gobierno y nuestro pueblo tienen la obligación de demostrar que las labores serán ejecutadas de igual o mejor forma que en la actualidad. Este es un reto a los pueblos de América, es un reto a todos los países del mundo, porque sólo haciendo frente a nuestras responsabilidades obtendremos la liberación total de nuestros pueblos.

M. SALA (Niger) :

Monsieur le Président, au nom de la délégation du Niger, je vous félicite très sincèrement de votre élection à la présidence de notre assemblée. Je félicite également les Vice-Présidents, les Présidents et Rapporteurs des Commissions. Je remercie chaleureusement et félicite M. le

Directeur général de l'OMS, le Dr MAHLER, ainsi que ses dévoués collaborateurs et MM. les représentants du Conseil exécutif pour le beau travail réalisé et les rapports remarquables qu'ils nous ont présentés. Le rapport biennal du Directeur général intitulé : "Activité de l'OMS 1976-1977" mérite des félicitations particulières pour sa présentation très pratique, sa précision, sa clarté et sa remarquable concision.

Monsieur le Président, honorables délégués, Mesdames, Messieurs, je tiens à exprimer l'adhésion de notre pays aux grands principes qui régissent les relations entre l'OMS et les Etats Membres, notamment l'idée de véritable association qui relègue dans le passé les rapports de donateur à bénéficiaire. Profondément attaché au principe de la justice sociale, notre pays félicite l'Organisation des efforts qu'elle fournit en vue de la promotion de la santé et de sa contribution au développement social et économique de nos états. Le Niger appuie la nouvelle orientation de la politique de l'Organisation et nous apprécions particulièrement les efforts faits par elle pour la coordination des programmes de santé des Etats Membres, en particulier la recherche de fonds extrabudgétaires. Dans ce contexte, nous saluons les organismes tels que la Banque mondiale et la Banque africaine de Développement, qui s'intéressent de façon concrète aux problèmes de santé de nos pays, et le Niger encourage l'Organisation à persévérer dans cette tâche difficile en vue d'une participation élargie à d'autres organismes susceptibles de prendre une part active à la promotion de la santé. Il nous appartient, quant à nous, d'assurer la coordination nécessaire à partir de la formulation de notre programme de santé.

Le Niger apprécie beaucoup et soutient particulièrement les efforts faits par l'Organisation pour promouvoir dans notre Région la création de centres nationaux de recherche scientifique ainsi que la formation de chercheurs, et se félicite des encouragements incessants de l'Organisation pour la mise sur pied d'un réseau régional de centres de recherche et de formation. Dans cet ordre d'idées, nous sommes en train de créer à Niamey notre centre de recherche. Il s'agit d'une antenne de l'Organisation de Coordination et de Coopération pour la Lutte contre les Grandes Endémies. Ce centre s'occupera de la recherche, notamment sur la méningite, le paludisme et la bilharziose.

Notre politique sanitaire, évaluée chaque année à l'occasion de la réunion de tous les responsables des services de santé avec la participation de représentants d'autres départements ministériels, accorde une place importante au renforcement des services de santé. C'est ainsi que nous adhérons fermement au principe des soins de santé primaires, qui figure parmi les options adoptées par le Niger. Ceci traduit à la fois le souci d'assurer le minimum de soins à nos populations les plus éloignées des dispensaires ruraux et notre façon de nous diriger vers "la santé pour tous en l'an 2000".

Le Niger prépare actuellement un plan quinquennal et notre objectif au cours de ce plan sera de doubler résolument le nombre de villages dotés d'un système de soins de santé primaires. Cela signifie que nous devons passer de 1500 à 3000 villages, et ceci nous permettra de couvrir de façon permanente une tranche de la population deux fois supérieure à celle bénéficiant actuellement d'une couverture systématique par les dispensaires ruraux classiques. Nos équipes de santé villageoises, bien intégrées au sein de notre système de prestation de soins, contrôlées soigneusement et efficacement par les dispensaires de rattachement, constituent sans aucun doute l'une des voies les plus directes pour atteindre à peu de frais nos populations rurales. Des organisations internationales et des pays, parmi lesquels le FISE, AFRICARE, la Belgique, les Pays-Bas et les Etats-Unis d'Amérique, ont manifesté leur intérêt pour notre programme de formation d'équipes de santé villageoises en l'appuyant de façon concrète en personnel et en moyens financiers. Compte tenu du fait que les dispensaires de rattachement des équipes de santé villageoises sont actuellement saturés, nous allons devoir entrer dans une phase de construction de dispensaires supplémentaires appelés à rayonner dans de nouveaux secteurs jusqu'à présent non atteints où seront mises en place de nouvelles équipes de santé villageoises. Nous avons retenu, comme distance moyenne permettant une supervision raisonnable des équipes de santé villageoises par un dispensaire rural sans véhicules à moteur, un rayon d'environ 25 kilomètres.

De plus, il nous faudra certainement assurer de front l'entretien et le renforcement des structures existantes. La remise en état des dispensaires déjà en activité, des hôpitaux et des maternités rurales, ainsi que la création de centres spécialisés, ne sont pas reléguées à l'arrière-plan de notre politique sanitaire. C'est ainsi, par exemple, que nous avons programmé la construction d'un centre de santé mentale dont le fonctionnement n'est pas encore acquis. Ce centre de santé mentale offrira un nouveau champ d'action pour l'utilisation saine et l'exploitation rationnelle de méthodes traditionnelles de psychothérapie. C'est dire que nous devons utiliser et exploiter toutes les potentialités de notre pays. Nous avons déjà intégré

dans nos services les matrones traditionnelles de quartier ou de village. De même, nous allons procéder à la création d'un centre de recherche en médecine et en pharmacopée traditionnelle. Dans cet ordre d'idées, un membre du Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales a participé en 1977 au voyage organisé en République populaire de Chine sur le thème : "la place de la médecine traditionnelle dans les services de santé communautaires".

Nous accordons une très haute priorité dans notre politique sanitaire à la santé de la famille. Notre pays vient de commencer là aussi une expérience par une première amorce de complexe protection maternelle et infantile/services de maternité/centre social. Ce complexe pourra ultérieurement être complété par un service de gynécologie. Le Niger vient de recevoir la visite d'une mission mixte OMS/FNUAP chargée d'étudier avec nous la création d'un centre de santé familiale que nous souhaitons voir réaliser le plus rapidement possible, et nous espérons que le financement ne saurait tarder.

Parce que notre pays a souffert longuement de la sécheresse et parce qu'il continue d'en souffrir de par sa situation géographique au Sud et aux abords immédiats du Sahara, nous avons entrepris activement, avec l'aide et le soutien du FISE, des Pays-Bas et de certains pays amis, un programme de réhabilitation nutritionnelle qui sera appliqué dans toutes les circonscriptions médicales.

Dans le cadre du développement des personnels de santé, nous avons trois écoles de formation de cadres de niveaux élémentaire, moyen et supérieur, qui doivent pallier la trop grande pénurie de personnels. Il s'agit tout d'abord de l'Ecole des Sciences de la Santé, ouverte en novembre 1974 avec nos moyens propres, conjugués à ceux de l'Organisation mondiale de la Santé. Nous espérons que ce projet, qui a été lent à démarrer pour ce qui est de la construction des bâtiments, ne tardera pas à entrer dans sa phase de réalisation pratique et concrète qui devrait permettre la sortie de la première promotion de médecins en 1980. Quant à l'Ecole nationale de la Santé publique, nous y formons les cadres moyens paramédicaux et elle a vu doubler progressivement ses effectifs depuis deux ans dans le souci d'enrayer rapidement la carence en personnel infirmier diplômé d'Etat et en sages-femmes. Nous sommes très animés par la volonté de parvenir à une autosuffisance dans ce domaine vers la fin de notre plan quinquennal. Les programmes de cette école bénéficient de l'apport hautement apprécié du FISE, du Canada, de la République fédérale d'Allemagne, de la Belgique et du Fonds d'Aide et de Coopération français. Nous envisageons dès octobre prochain l'ouverture d'une section pour la formation de laborantins ainsi que la mise en place d'un mécanisme de recyclage permanent du personnel en cours d'emploi. Enfin, notre troisième école, celle des cadres élémentaires, qui fonctionne à Zinder depuis 1975, a vu aussi doubler ses effectifs depuis un an toujours en vue de lever rapidement le handicap de l'insuffisance des personnels.

Notre politique en matière de développement des personnels de santé est d'accorder la priorité à la formation sur place, au Niger d'abord, puis en Afrique et éventuellement dans le reste du monde. Ceci est aussi valable pour la formation des spécialistes. Nous saluons la création d'une école de santé publique à Cotonou et nous souhaitons vivement la création rapide dans notre Région d'un centre de formation d'enseignants en médecine de niveau supérieur.

Le Niger participe, dans le cadre de la lutte contre les maladies transmissibles, au réseau de surveillance épidémiologique. Nous nous félicitons de l'éradication de la variole dans la région de l'Afrique de l'Ouest et centrale et nous espérons que très bientôt, l'éradication totale étant obtenue sur le continent, l'Organisation mondiale de la Santé pourra fêter solennellement cet événement bénéfique pour le monde entier.

Nous sommes membres du Programme de lutte contre l'onchocercose et, après la première année de traitement de nos rivières en 1977, nous avons mis en place des mécanismes de projets de développement dans la région en cours d'assainissement.

La méningite, cette année encore a frappé durement et elle est un grave sujet de préoccupation pour notre pays. Si nous avons quelque motif d'espérer dans les résultats des travaux sur cette maladie, nous souhaiterions pour le moment inclure, malgré son coût élevé et ses difficultés de réalisation, la vaccination antiméningococcique dans notre programme élargi de vaccination.

Dans le domaine des substances prophylactiques, diagnostiques et thérapeutiques, notre pays est passé à l'action. Pour mettre le médicament à la portée de tous, nous avons défini une politique nationale des médicaments qui comporte entre autres un organisme de contrôle de gestion et de distribution qui fabriquait depuis quelques années déjà des solutés et qui, depuis quelques mois, s'est doté d'une unité de compression capable de produire 250 000 comprimés par jour de chloroquine et d'acide acétyl-salicylique. Notre politique s'appuie également sur deux listes sélectives de médicaments, qui sont très proches de la liste des 200 substances actives essentielles mise au point par l'OMS en octobre 1977. Le souci du contrôle de

la qualité des substances prophylactiques, diagnostiques et thérapeutiques nous a amenés à nommer un responsable national chargé de l'élaboration et de la mise en oeuvre de cette politique, à envisager l'ouverture d'une section de laborantins ainsi que la création d'un laboratoire d'analyse et de recherche toxicologique.

Pour les années à venir, nous avons le souci de participer à la décennie de l'eau : L'eau pour tous d'ici 1990. C'est un slogan que nous faisons nôtre, compte tenu de notre situation géographique et climatique. L'avant-projet d'évaluation rapide qui avait été demandé par la résolution WHA30.33 est presque achevé. Toujours dans le cadre de la promotion de la salubrité de l'environnement, nous espérons ouvrir dès cette année, à l'école de Zinder, une section pour la formation d'agents d'assainissement.

Pour fonder et évaluer les actes de nos formations sanitaires et planifier de mieux en mieux, nous nous sommes engagés, avec l'aide de la Belgique, dans la mise sur pied d'une cellule de statistiques sanitaires qui a déjà à son actif quelques succès. Nous espérons, grâce à cette cellule, disposer dans les années à venir d'un bulletin semestriel d'informations sanitaires et biomédicales en rapport avec le système général de l'Organisation mondiale de la Santé.

Nous avons pris bonne note de la réduction draconienne des effectifs du personnel particulièrement au Siège, mais aussi dans les bureaux régionaux. Cette réduction a permis de dégager, en sacrifiant inévitablement quelques fonctionnaires, des ressources qui, affectées d'une façon plus équitable, ont conduit à une répartition plus importante en faveur des pays les plus déshérités.

Le Niger est heureux et fier de faire partie, dans la Région, du Comité technique entre pays en développement, car il croit fermement à l'entraide mutuelle et à la solidarité entre les peuples. Notre désir d'assurer et d'améliorer la consultation et la concertation des actions entre l'OMS et notre pays nous a amenés à nommer, avec l'accord de l'Organisation mondiale de la Santé, un coordonnateur national des programmes de l'Organisation. Pour le moment, l'expérience semble positive.

Monsieur le Président, Monsieur le Directeur général, honorables délégués, notre Région est la plus importante en nombre de pays - et malheureusement en pays les plus défavorisés du monde. Le dévouement du Directeur régional est sans bornes et nous estimons qu'il doit être encore mieux soutenu par la mise à sa disposition de moyens importants dans la perspective toujours plus rapprochée du nouvel ordre économique mondial. En ce qui concerne le Niger, nous sommes actuellement en train de faire le bilan de notre programmation triennale 1976-1978 et de préparer le plan quinquennal. Nous avons déjà commencé ces études en tenant les Troisièmes Journées nationales de la Santé, au cours desquelles nous avons recueilli de nombreuses orientations. Dans beaucoup de domaines nous allons persévérer. Dans beaucoup d'autres, comme je viens de l'évoquer, nous amplifierons et même nous innoverons. Je souhaite qu'il en soit de même pour notre organisation.

Dr STIRLING (United Republic of Tanzania):

Mr President, distinguished delegates, I would first like to offer the sincere congratulations of my delegation to you, and also to the other officers elected to guide the deliberations of this honourable Assembly. I had hoped to offer constructive comments on the Report of the Director-General, but as unfortunately we had not received it up to the time of leaving home I can only offer him my congratulations on all the good work that has gone into it, and now make some rather general observations.

Mr President, we come here each year with strong teams of high-powered experts and persuasive politicians, and hold these long and sometimes even impassioned discussions, but what do we achieve? A distinguished colleague last year referred to such an assembly as "a picnic", and so decided his attendance did not justify the expense involved. Mr President, I do not concur with him in the use of that disrespectful epithet, but I do express my urgent sense of anxiety: what are we doing, and where are we going?

This is a world assembly, but each of us can speak only for that small part of the world he knows intimately. I do not decry or minimize the problems of Asia, or of America; I know they are enormous. But I feel bound to speak for what I know, the problems of Africa. Africa combines an intimidating health situation with the minimum of resources with which to rectify it. Africa therefore looks to this Assembly as one of the avenues of hope down which help may come. And help is not comprised in lofty resolutions and lengthy reports. Nor is money itself the answer, unless skilfully applied. Money can be squandered magnificently,

with an almost total lack of effect. Money is needed, and a lot of it, but applied at the precise point and with the most expert direction.

I beg the Director-General not to be affronted. He will be thinking "Have we not eradicated smallpox from Africa and the whole world?" True, and we are all, I hope, sincerely grateful and truly appreciative of this magnificent achievement of WHO. But in Africa, as smallpox has gone out by the front door, cholera has come in by the back door! We thought cholera was something that belonged to Asia (the books even called it Asiatic cholera) but now it is ours, and may be even more difficult to eradicate than smallpox. It is true we know the basis of prevention, and the recent outbreak has been tackled with tremendous energy and good effect. It has in fact been a real stimulus to improving our very defective basic hygiene, but there is still a very long way to go, when one considers that the main preventive measures involve among other things alteration of people's customs and behaviour. Even though Tanzania is now almost clear of this scourge, the environment is still highly receptive, and the disease is still continuing in neighbouring countries to the north and south, and the chances of its revisiting our country are very high. There, Mr President, I am in no way blaming WHO. Cholera is essentially something one must deal with oneself, though we are very grateful for the assistance we have received in respect of drugs.

What, then, of the expanded immunization programme? Again we are truly grateful for WHO's effort and help in this programme, but the picture as seen from Geneva is not quite the same as seen from the average village. In Tanzania we have already been able to cover 60% of our children with preventive vaccinations against the seven diseases, and we hope that by 1980 we shall be able to reach 90% of our target population. But there are still too many cases of pertussis in the vaccinated children, even though they do not actually die, and the practical difficulties in delivering potent measles vaccine to children in remote villages are still formidable. And every ineffective vaccination means an erosion of public confidence and dissuades mothers from bringing their children, and so they die.

Anyhow, since it is accepted that malnutrition is the basis of measles mortality, and also inhibits the development of certain immunities, should we not perhaps increase our efforts in an all-out drive for better nutrition, and then be able to accept measles - as it is accepted in Britain - as a harmless nuisance, and so save the vast expense on vaccine, so often wasted between the refrigerator and the child? But then, malnutrition is no simple problem. Research in nutrition seems to uncover mistakes and erroneous ideas, rather than to provide practical ways of improvement. Should we not then redouble our efforts here? This is something fundamental that should be considered by this Assembly, and a strong policy should be evolved. And the answer is not just large consignments of free food, more particularly when, as in a recent case, a huge supply of donated food was found to be heavily contaminated with a poisonous insecticide; more important is improvement in agriculture and in the methods of food manufacture and preparation, and even in its distribution.

Mr President, I need hardly remind distinguished delegates that measles is not the only disease that depends critically for its severity on malnutrition. There are other too-common diseases such as leprosy and tuberculosis, also trachoma and osteomyelitis, where even the actual development of clinical disease is largely influenced by nutrition. Last year in this Assembly we had extensive Technical Discussions on nutrition, but have the results of those discussions penetrated to the villages of Africa to the extent of actually affecting the incidence of those diseases? In Tanzania we have recently introduced comprehensive and powerful legislation in an endeavour to control the supply, manufacture and distribution of food of an acceptable standard. Also we have embarked on an ambitious national programme of tuberculosis control, at a great estimated expense; but if only we could count on a basic improvement in nutrition, would not a lot of that expense and trouble be avoided?

I have been speaking of infectious diseases, and I do this without apology, as for Africa the problem of health is basically the daily contest with these diseases, and with the underlying basis of malnutrition and defective hygiene. In Tanzania I can count 53 infectious diseases not yet eradicated or even controlled, and of these the greatest is malaria. This applies not only to Tanzania but to a large part of the world. This is the disease that daily erodes our economic effort, and kills our children. Do not look at the hospital statistics; the deaths are not there. Most of the child deaths occur in the village, in less than 12 hours, without ever reaching hospital. And this is the disease that has no respect for nutrition. It is in fact the plump, healthy-looking toddler who goes down suddenly, and between evening and morning has become a grey, lifeless corpse. We are all hoping eventually for an antimalarial vaccine, but that is probably 10 to 15 years away, or more. Meanwhile must our

children go on dying? What is the answer? In a large part of tropical Africa the control of vector-breeding is an impossible proposition. The experts recommend residual-spraying, but how do you do residual spraying in houses built of reeds and straw? Or even in mud houses where there is no ceiling, a grass roof, and open windows? Anyhow, the expense in insecticide and manpower is enormous; can we encompass it? More hopeful is medicated salt for the whole population, but even this has its technical problems. I think malaria control is the biggest single challenge facing WHO. I say this deliberately, in the knowledge that this Organization took up this challenge a few years ago and, as the saying goes, burnt its fingers. I beg this Assembly to look again at this problem, and hope that WHO will return to the attack.

Mr President, forgive me if I have appeared provocative. I do not want to be destructive, but rather to stimulate WHO to greater effort. To summarize, we should consider: (1) more emphasis on nutrition; (2) an intensified attack on malaria; (3) a constant reappraisal of immunization programmes; and the benefits of these steps must be made available to the entire population through a properly integrated basic health service.

We note that the Executive Board has nominated Dr Mahler for reappointment as Director-General. We are very happy with this nomination, which reflects our satisfaction with his work. I should like to congratulate him on this nomination, and look forward to his reappointment by the present Assembly. I am sure that under his leadership WHO will face its challenges with vigour and determination.

M. MAMIKA (Gabon) :

Monsieur le Président, Monsieur le Directeur général, honorables délégués, Mesdames et Messieurs, je me fais tout d'abord un plaisir d'adresser mes plus vives félicitations au Directeur général pour son remarquable Rapport sur l'activité de l'OMS en 1976 et 1977, rapport qui fait ressortir de façon claire et précise l'importance et l'évolution des grands problèmes de la santé dans le monde et les actions ou incitations que l'OMS a pu entreprendre pour leur trouver une solution.

Dans le cadre de l'objectif prioritaire de "la santé pour tous d'ici l'an 2000", le Gouvernement gabonais se flatte de se trouver à l'avant-garde par la mise en place d'une infrastructure sanitaire de densité exceptionnelle associée à un effort considérable dans les domaines de la formation du personnel médical et paramédical et de la prévention réalisée sous la multiple forme d'un programme élargi de vaccination, d'un développement accru des activités de santé maternelle et infantile, de la création d'un service d'éducation sanitaire et du renforcement des moyens appliqués à la salubrité de l'environnement.

L'infrastructure sanitaire, en pleine expansion, dispose déjà, pour une population de près d'un million d'habitants, de 15 hôpitaux, 55 centres médicaux ou assimilés et 237 dispensaires en activité, regroupant 4472 lits d'hospitalisation et desservis par 208 médecins praticiens. Ce dispositif permet d'enregistrer les moyennes nationales de : 1 médecin pour 4622 habitants; 1 lit pour 215 habitants; 1 dispensaire pour 4056 habitants.

Il convient de noter que l'expansion des infrastructures sanitaires est favorisée par ailleurs par la réalisation rapide et le développement massif des infrastructures de génie civil, d'urbanisation et de communication entrepris ces temps derniers dans notre pays.

Dans le domaine de la formation du personnel médical et paramédical, l'effort est également très important. Le centre universitaire des Sciences de la Santé de Libreville atteint aujourd'hui la cinquième année de son cycle d'études et délivrera en 1980 les premiers diplômés gabonais de doctorat en médecine. Il dispense son enseignement à 110 étudiants en médecine, et plus d'une centaine d'étudiants et médecins spécialistes sont par ailleurs en formation à l'étranger. L'Ecole nationale de Santé et d'Action sociale dont l'agrandissement est en cours compte plus de 600 élèves en formation aux niveaux Bi (diplôme d'Etat) et Ci (diplôme élémentaire) dans les branches Santé publique (infirmiers et techniciens spécialisés) et Action sociale. Plus d'une centaine de boursiers paramédicaux sont en outre en stage de perfectionnement dans des établissements extérieurs au Gabon.

Dans un autre ordre d'idées la prévention en matière de santé publique a toujours été un objectif prioritaire du Gouvernement gabonais et reçoit de nos jours une impulsion toute particulière, d'ailleurs favorisée par la récente fusion en un seul Département des Ministères de la Santé publique et de la Population, des Affaires sociales et de la Promotion féminine.

L'étude et la mise en oeuvre d'un programme élargi de vaccination à partir de 1978 est l'une des premières composantes de l'action préventive renforcée, et s'accompagne d'une opération de déparasitage systématique et polyvalent portant sur tous les enfants scolarisés dans le secteur primaire et âgés de 5 à 14 ans (180 000 environ).

La création d'un Service national d'Education sanitaire est également en cours et comporte des opérations de formation ou de recyclage du personnel de la santé, de l'action sociale et de l'enseignement, la mise au point des supports de communication (matériel audio-visuel, radio, télévision, presse écrite), la décentralisation d'antennes d'éducation sanitaire dans les principales formations sanitaires et sociales, l'organisation de l'éducation sanitaire dans les écoles ainsi que l'installation et l'animation de comités provinciaux d'éducation sanitaire dans le cadre de l'éducation populaire.

Le renforcement considérable des moyens financiers et matériels du Service national d'Assainissement doit enfin permettre de compléter l'action préventive sur la population par une intervention coordonnée sur la salubrité de l'environnement et l'hygiène du milieu. Les objectifs prioritaires en la matière sont les suivants :

- Lutte contre les vecteurs des maladies transmissibles : moustiques dans les principales agglomérations et glossines dans les foyers résiduels de trypanosomiase de Libreville et de Port-Gentil.
- Approvisionnement en eau potable des zones rurales par la construction de puits équipés de pompes à main, le captage des sources et les adductions d'eau par pompage dans les cours d'eau pour les agglomérations de moyenne et de faible importance.
- Evacuation des déchets liquides et solides par généralisation de la construction de latrines simples en zones suburbaines et rurales et une participation active à la mise en oeuvre des projets d'assainissement des villes de Libreville et Port-Gentil dans le cadre des plans d'urbanisme de ces deux cités.

Enfin, quatrième et dernier volet de l'action préventive menée au Gabon, la protection maternelle et infantile fait actuellement l'objet d'une extension réelle avec la mise en service de nouveaux centres tant en province (Tchibanga, Booe, Lastourville, Fougamou, etc.) qu'à Libreville (centres de PMI d'Akebe-Peyrie et de Glass) et la participation des centres sociaux et des services de la Promotion féminine à l'éducation de la femme en général et des futures mamans en particulier.

Je me plais à souligner que, dans toutes ces activités, la participation de l'OMS est réelle et que dans presque tous les projets de quelque importance nous retrouvons à nos côtés les techniciens de notre organisation et en particulier dans le développement de notre dispositif de formation du personnel, tant au Centre universitaire des Sciences de la Santé qu'à l'Ecole nationale de Santé et d'Action sociale, ainsi que dans nos actions de prévention (éducation sanitaire, assainissement et hygiène du milieu, protection maternelle et infantile). Cette précieuse assistance doit naturellement être poursuivie et si possible renforcée, principalement dans le domaine de la formation du personnel qui est prioritaire au Gabon comme dans beaucoup d'autres pays.

L'application soutenue de l'ensemble de ces dispositions aux problèmes de santé publique gabonais doit permettre à long terme d'améliorer considérablement la situation sanitaire générale, qui d'ailleurs est relativement bonne et ne présente que quelques points névralgiques, en particulier :

- La lutte contre le paludisme, omniprésent au Gabon.
- La drépanocytose, particulièrement répandue dans notre pays.
- Les foyers résiduels de trypanosomiase de Libreville et Port-Gentil.
- La rougeole, dont l'endémie persiste malgré une campagne intensive de vaccinations.
- Les autres maladies infantiles, et en particulier les parasitoses intestinales et les accidents de sevrage.

Voici donc présentées, Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs, la situation et les activités de santé au Gabon. Le chemin à parcourir est encore long. Mais avec la participation de l'OMS, participation que nous souhaitons encore plus active et plus accrue, et la coopération internationale que nous n'avons jamais cessé de solliciter - nous nous devons de le rappeler ici -, nous espérons atteindre les objectifs prioritaires dans des délais raisonnables.

Dr. BERNHEIM (Nicaragua):

Señor Presidente, señor Director General, señores delegados: La delegación de Nicaragua se complace en felicitar al Dr. Kamaluddin Mohammed, Ministro de Salud de Trinidad y Tabago, por haber sido electo Presidente de la 31ª Asamblea Mundial de la Salud. También queremos felicitar a los distinguidos Vicepresidentes, tan acertadamente elegidos, que con su gran experiencia darán brillo y dinamismo al desarrollo de los puntos del orden del día propuesto. De-

seamos felicitar a los Presidentes de las Comisiones A y B así como, por su elección, a los 16 Miembros que forman parte del total de 24 personas de la Mesa de la Asamblea.

Nuestra delegación se siente muy complacida en expresar un saludo, en nombre del Gobierno y el pueblo de Nicaragua, a todos los delegados de los países hermanos del mundo y a los Representantes de los Organismos Internacionales que vienen a esta Asamblea con las mejores intenciones de cooperación para la mejor marcha de los programas de salud de nuestros países y que traen sus buenos deseos de beneficios para toda la humanidad. La Delegación de Nicaragua felicita al Director General de la Organización Mundial de la Salud, Dr. Halfdan Mahler, por su brillante actuación en el ejercicio de sus altas funciones y sus grandes responsabilidades. El informe del Director General nos presenta un panorama general del estado de salud de todos los países del mundo, de los programas que la Organización Mundial de la Salud ha desarrollado en estos países y de los beneficios obtenidos en la tesonera lucha por dominar las enfermedades y el constante afán por mejorar la salud de la colectividad.

Quiero informar a esta magna Asamblea de los esfuerzos que está desarrollando mi país, Nicaragua, dentro del contexto de su Plan Nacional de Desarrollo Economicosocial en materia de salud.

En la política general se han incluido las modificaciones en la estructura, tanto orgánica como técnica, del sector salud, para transformarla en un sistema de salud eficiente y coordinado, en vías a la integración. Nicaragua está pasando por un proceso histórico en el que se están haciendo cambios sustanciales, sobre todo en el campo social, incluyendo el mejoramiento de la salud del pueblo, con énfasis en la salud rural y con especialidad en la atención primaria.

Está nuestro Gobierno empeñado en cumplir su propia filosofía, complementándola con la filosofía internacional de salud. Nuestro país tiene fe en su propio pueblo, en su propia comunidad y en el desarrollo de ésta, apoyado, desde luego, en la orientación internacional que en estos tiempos están ofreciendo prestigiosas agencias de la comunidad internacional, tales como: la Organización Mundial de la Salud con su Oficina Regional para las Américas, que es la Organización Panamericana de la Salud, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, el Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Mundial, el UNICEF, el CAREC y otras.

Nuestra política de transformación, reformas y cambios comprende los siguientes puntos:

- 1) coordinación de los servicios de salud del sector en vías de integración; 2) ampliación de la cobertura de los servicios de salud, con énfasis en la atención primaria y la participación de la comunidad; 3) reforzamiento y reestructuración de los diferentes programas que se están desarrollando en la actualidad, dando mayor énfasis a programas como los de vacunación, vigilancia epidemiológica, asistencia maternoinfantil y revisión, en cuanto a la eficiencia, de nuestros procedimientos administrativos; 4) mejoramiento del saneamiento ambiental, especialmente de los rubros agua y suelo; 5) desarrollo de una política nacional de nutrición y alimentación; y 6) reforzamiento de la formación de recursos humanos, mediante el apoyo decidido del Instituto Nicaragüense de Recursos Humanos para la Salud.

Para complementar y fortificar las acciones en los programas que desarrollan las diferentes instituciones del sector salud integradas por el Ministerio de Salud Pública, la Junta Nacional de Asistencia y Previsión Social, el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y otras, se ha formado un Consejo Nacional de Salud, organismo planificador, coordinador y evaluador, que consolidará las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud a nivel nacional.

Actualmente contamos con una infraestructura compuesta por 140 centros de salud, 40 hospitales, 8 policlínicas, 17 unidades de asistencia rural, 156 puestos de salud rural, 102 clínicas de planificación familiar, 16 servicios de educación y recuperación nutricional, 15 centros de nutrición comunal rural y 15 dispensarios periféricos en la ciudad de Managua, lo que constituye nuestra actual capacidad instalada. Esta capacidad será reforzada en los próximos tres años, comenzando en 1978, por el Programa de Mejoramiento de los Servicios Rurales de Salud que, con financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo por 23 000 000 de dólares, formará un sistema de regionalización con niveles de tecnología estratificada que constituyen 167 puestos de salud rural, que vendrán a consolidar las acciones que el Gobierno está dando al nivel primario de salud, porque a este nivel se constituye nuestra fuerza de trabajo, ya que nuestro país es eminentemente agrícola y, por lo tanto, rural. Además se construirán 4 unidades de salud integradas departamentales y 2 hospitales regionales. Tenemos planificado el sistema de salud para Managua, basado en los conceptos de niveles, y se están terminando de construir el Hospital Regional de Chontales, con 200 camas, el Hospital de El Rama, con 50 camas, el Hospital Occidental del Seguro Social, con 300 camas, el Hospital-Escuela de la Universidad Autónoma de Nicaragua, con 300 camas y el Hospital Nacional del Niño, con 250 camas, que está por terminar.

Es muy satisfactorio para mi país dar información de que gran parte de estos avances en el programa de aumento de la cobertura están siendo financiados con préstamos del Banco Interamericano de Desarrollo, y también debo participar a esta Asamblea que la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional está asimismo financiando otros programas, especialmente por medio de préstamos y donaciones para el Programa Básico de Saneamiento Rural, el Complejo Nacional de Salud, y en forma de donación otros rubros como el Programa de Acción Comunitaria Rural y el Instituto Nicaragüense de Recursos Humanos para la Salud. Recientemente, el Gobierno de Nicaragua obtuvo un financiamiento para extender la cobertura del Programa Básico de Saneamiento Rural, el cual beneficiará a un número adicional de 561 villas, con una población de más de 180 000 habitantes.

El Gobierno se está enfrentando al problema del abastecimiento de agua potable y alcantarillado sanitario, en base a nuestros propios recursos y a los provenientes de recursos financieros de las agencias internacionales ya mencionadas, tanto para la región urbana como para la región rural y, de esta manera, podemos presentar un índice satisfactorio para el mejoramiento de la salud de los 2 400 000 habitantes con que cuenta actualmente Nicaragua.

Las actividades se han intensificado especialmente en el área rural por medio del Programa de Saneamiento Básico Rural y Acción Comunitaria en Salud, con el que se ha buscado la solución adecuada a este aspecto y, especialmente, a la necesidad que tiene el sector rural disperso, por medio de inversiones que se adapten a la capacidad económica del campesino, que consiste en el abastecimiento de agua por medio de acueductos elementales consistentes en bombas de mano y molinos de viento y pozos excavados vertical y horizontalmente, en combinación con programas de capacitación en salud y desarrollo social comunitario, como el entrenamiento de líderes de la comunidad y parteras empíricas. También incluye este programa la instalación de letrinas sanitarias excavadas en los hogares de las familias campesinas y el mejoramiento de la vivienda.

Referente al área urbana, pudiéramos decir que nuestro programa ha sido satisfactorio, porque hemos cumplido con las metas de Punta del Este, pero esperamos superar dichas cifras con el apoyo de las agencias financieras internacionales, que siempre han cooperado para mejorar nuestras condiciones de salud.

Mi país, Nicaragua, por mi medio, da las gracias a todas las naciones aquí presentes, por prestar atención a los logros obtenidos y conocer todo lo que tenemos que realizar.

M. KONE (Mali) :

Monsieur le Directeur général, Mesdames, Messieurs, la délégation malienne joint sa voix à celle des délégations qui l'ont devancée à ce micro pour vous adresser, Monsieur le Président, ses plus vives félicitations pour votre brillante élection à la présidence de la Trente et Unième Assemblée mondiale de la Santé.

Nous nous réjouissons également de pouvoir souscrire totalement à l'excellent rapport d'activité présenté par le Dr Mahler, dont le dynamisme, la compétence et la clairvoyance n'ont d'égal que la qualité du travail accompli.

Monsieur le Président, Monsieur le Directeur général, honorables délégués, les assises de la Trente et Unième Assemblée mondiale de la Santé se tiennent au moment où les pays du Sahel ont une fois de plus à faire face à la dure épreuve d'une nouvelle sécheresse dont les effets néfastes viennent s'ajouter, en les aggravant, aux séquelles persistantes de la même calamité qui, pendant sept ans (de 1968 à 1975), avait si durement éprouvé mon pays. La situation est d'autant plus grave que nous assistons, impuissants, au fil des années, à la perturbation de plus en plus marquée de l'équilibre écologique et, par voie de conséquence, à la destruction du potentiel économique agro-pastoral de toute la zone touchée, le tout conduisant à une réduction dramatique des ressources économiques disponibles.

Quand on sait par ailleurs que, beaucoup plus que tout autre, le Mali subit l'inexorable loi de l'inflation mondiale galopante, on peut se faire une idée exacte de l'ampleur de l'épreuve à laquelle nous sommes actuellement soumis. Déjà les causes de morbidité débouchant sur une mortalité élevée se multiplient en raison d'un environnement hostile et de la moindre résistance aussi bien des individus que des collectivités malnutris. Et pourtant, en dépit d'un handicap aussi sérieux, le Mali entend être au nombre des pays qui auront réussi à relever le défi que nous-mêmes avons lancé ici en 1977, à savoir "la santé pour tous en l'an 2000".

Pour ce faire, nous avons déjà commencé à jeter les bases d'un vaste programme de soins de santé primaires en nous appuyant d'une part sur la totale disponibilité des masses rurales, et

d'autre part, sur la foi et la détermination des jeunes médecins maliens sortant de l'Ecole nationale de Médecine et de Pharmacie de Bamako.

Toutefois, nous savons très bien que nos efforts seront vains si le préalable lié à la libération des meilleures terres du pays de l'onchocercose n'est pas résolu. Nous fondant sur les brillants résultats déjà acquis sur le terrain dans le bassin de la Volta par le Programme de lutte contre l'onchocercose actuellement en cours, nous affirmons que c'est là un objectif que la communauté internationale peut très bien atteindre. Par ailleurs, on ne dira jamais assez que ce programme est sans nul doute une des plus grandioses entreprises humaines qui se situe à l'échelle mondiale et qui tente de trouver la solution à un problème également mondial : c'est dire que son succès sera celui de toute l'humanité.

Il est cependant bon de dire que nous avons de sérieuses inquiétudes du fait que le Mali n'est que partiellement couvert par le projet. Ainsi, sur les 1 240 000 km² de superficie que couvre mon pays, près de 800 000 km² appartiennent à la zone sahélienne encore frappée par la sécheresse, au moins 225 000 km² sur les 400 000 restants sont accaparés par l'onchocercose, et moins de 100 000 km² de ces riches terres sont couverts par le programme en cours.

Ainsi, le Mali se trouve-t-il pris entre les deux lèvres de cette gigantesque et effroyable tenaille constituée d'une part par le Sahel et, d'autre part, par l'onchocercose; d'un côté, une accablante sécheresse contre laquelle aucune arme efficace n'a encore été trouvée, et de l'autre, de riches terres aux potentialités agro-pastorales certaines, mais envahies par la "cécité des rivières" et où se situe la presque totalité des programmes de développement en cours ou en projet (opération arachide et cultures vivrières, opération mil, opération thé, cimenterie à Diamou, sucrerie de Dougabougou, programme de développement Mali-Sud, barrage hydro-électrique de Sélingué de 200 millions de kWh/an et celui de Manantali de 800 millions de kWh/an). Or, nous le répétons, moins de 100 000 km² de ces bonnes terres où le Mali joue la carte de sa survie sont couverts par le projet.

C'est pourquoi, face aux résultats spectaculaires déjà acquis sur le terrain, résultats auxquels les masses rurales ne cessent de se référer, nous avons de sérieuses raisons de nourrir beaucoup d'espairs quant à l'issue de la lutte engagée, pourvu que nous acceptions de ne pas nous arrêter à mi-chemin.

L'existence de foyers d'onchocercose partiellement couverts par le programme est une des données de nature à nous inquiéter. Il en est ainsi d'une partie des régions de Koulikoro et Kayes au Mali, et la presque totalité des bassins des cours d'eau qui arrosent les Etats frères de la Guinée et du Sénégal (Baoulé, Falémé, Tinkisso, Sankarani, etc.) ne sont pas compris dans le projet.

En somme, si nous voulons sûrement arriver à bout de l'endémie onchocercosique, il est indispensable de prévoir soit une extension du programme en cours, soit un autre programme pour le Sénégal, la Guinée et les zones non couvertes du Mali.

En tout cas, nous sommes convaincus que la solution la plus sage et la plus réaliste que l'humanité a à portée de main pour faire reculer le spectre hideux de la sécheresse dans nos pays est la libération de l'onchocercose, puis la mise en valeur de ces riches terres accaparées par la cécité des rivières. Convaincu que la préoccupation de la délégation malienne sera celle de toute cette auguste assemblée, je vous dis, Mesdames et Messieurs : Merci !

Mr SERETSE (Botswana)

Mr President, Director-General, distinguished delegates, it is with great pleasure that I take my turn to address this august gathering. May I take this opportunity to associate myself with previous speakers in congratulating you, Mr President, on your election. I would like also to congratulate the Director-General on his first biennial report on the work of WHO for the years 1976-1977. As usual it synthesizes and crystallizes the objectives and aspirations of our Organization. Furthermore, it enables us to take stock of our activities in the health sector two years after the historic resolution WHA29.48 of 1976.

I express appreciation of the work done by the Organization towards programme development with a view to collaborating with Member countries in the development of national plans and programmes. Countries such as mine have learnt to identify their health and other socioeconomic needs through consultation with the people at grass-roots level. Guidelines for country health programming will guide our planners in the definition of our priorities and intersectoral involvement for the solution of health and other socioeconomic problems as stated by the people. My country therefore looks forward to participating in training

programmes for country health programming with our Regional Office, so that national core groups for country health programming can be developed as recommended by the interregional seminar held in New Delhi in February 1977.

I believe that the development of medium-term programming will greatly assist the review of programmes and contribute to the preparation of the Seventh General Programme of Work.

In the area of strengthening of health services, we are ever mindful of the Organization's aspiration towards health for all by the year 2000. Towards this end we have given priority to making health care accessible to individuals and families in the community by means acceptable to them, through their full participation, and at a cost the community and country can afford. In December 1977 we held a national workshop on primary health care involving the disciplines of education, local government, water affairs, social welfare, agriculture, and public works and a few traditional healers. The WHO Representative for Botswana, Lesotho and Swaziland participated fully in our workshop. The workshop identified the need for primarily motivating communities towards actions which will provide for the health of each individual family and, secondly, intersectoral involvement and provision of these elements that further provide health facilities, housing, assistance with agriculture and education.

The main thrust of our Third National Development Plan was the establishment of a network of basic health facilities throughout the country. Although construction of these continued during our Fourth National Development Plan, the emphasis turned to the strengthening of the referral part of the system, through the upgrading and expansion of existing hospitals and health centres. The emphasis will now be service-oriented, for example in promoting community involvement in the provision of health services, improving the quality of services, and reaching unserved areas.

Although traditional medicine was discussed both in Brazzaville in February 1976 and by the Regional Committee in September 1976, we in Botswana need to give more time and effort to studying the practice of traditional medicine in our country. In the meantime a dialogue with traditional healers, as leading members of communities, has been started. Our main thrust is to obtain their cooperation in recognizing those conditions that cost life and need protection by immunization and vaccination. We are trying to get them to work closely with health workers in promoting acceptance of immunization and in referring certain conditions to health centres and clinics.

We subscribe fully to the policy of using simply but adequately trained multipurpose community-based workers for rehabilitation of the disabled. We have had assistance from the Organization for the reappraisal of our own services for the handicapped. We intend to begin implementation of these recommendations, utilizing community-level multipurpose rehabilitation officers.

Formulation and monitoring of policies and programmes are hampered by lack of reliable information concerning health and demographic indices. Not enough is reliably known about the levels and patterns of fertility and mortality in the country. Efforts are being made to improve the health information system at two levels: strengthening the analysis of health statistical information at the central level with the assistance of a WHO medical statistician; and better utilization of community health workers for collecting vital information concerning births and deaths.

The Director-General's report highlights the need for the education of family members about their responsibilities for their own health care. This is indeed the challenge of the concept of primary health care. My country is one of the countries cooperating with WHO, UNFPA and UNICEF in the strengthening of our maternal and child health services. We have strengthened particularly the health education and health information systems. I look forward to the results of the WHO collaborative research and education programme on infant feeding practices mentioned in the report. We have very recently commenced a nationwide surveillance of the nutritional status of children attending our preschool clinics, using the parameter of weight. We hope to develop this with the assistance of the Organization, and I would like to express here our appreciation of the visit by a member of the nutrition unit at headquarters and his advice on our nutritional surveillance. We also have technical cooperation with FAO through the World Food Programme scheme for vulnerable groups and school-going children. The Organization is to be congratulated on its tireless efforts in highlighting the importance of nutrition.

As stated by my predecessor at the Thirtieth World Health Assembly, Botswana was honoured to have been associated with the UNICEF/WHO Joint Study on Community Involvement in Primary Health Care. The main thrust of our Fifth National Development Plan as demanded

by the people will be provision of sufficient health education to promote a change in the behaviour of our communities.

In the area of human reproduction may I add our voice to those of other Member States in demanding the intensification of research in the field of human reproduction, especially in infertility and pregnancy wastage.

My Ministry will continue to emphasize training, with particular importance attached to those cadres of medical staff who are of major importance for improving our rural health services. Because of difficulties encountered in placing our students in training institutions in other countries, measures are under way to begin the local training of nurse tutors, nurse practitioners, public health nurses, laboratory technicians, health education assistants, nutrition assistants and health administrators. Training of community-based frontline rural health workers will continue till sufficient numbers are trained to get good coverage of the population. This will give support for village-initiated health improvement programmes. My country has benefited from and will continue collaboration with the Organization in the provision of adequate fellowships for training outside the country. The efforts of our Regional Director and his Office to expedite these training programmes whenever requests have been forwarded are sincerely appreciated.

The Director-General's report points out the return of malaria to wide areas that had largely been freed of the disease, and the technical problems raised by resistance to insecticides and antimalarial drugs. Our programme for reduction of morbidity and mortality is a combination of insecticides and prophylactic administration of antimalarial drugs. One of our prime concerns is the training of personnel in malaria surveillance and entomological field work. Schistosomiasis will be controlled by forming bilharzia control units who will work in endemic areas now being identified by a national survey of the disease.

The plan for the global eradication of smallpox by the end of 1979 is a tribute to the work of this Organization. The last case of smallpox in Botswana was reported in 1973. Intensified surveillance is presently being undertaken to establish sufficient baseline data for the visit of the commission for global certification in 1979. The eventual declaration of a world free of smallpox will mark an important achievement in the field of international cooperation and collaboration in disease eradication.

The expanded programme of immunization is given high priority in our programme, which is mindful of the target of providing immunization for all children by 1990 and of reducing morbidity and mortality from those other diseases of public health importance for which safe vaccines currently exist or become available. We have revised our measles vaccination routine in response to communication from our Regional Office on the optimum age and dose of vaccine. However, we see a need to look further into the problem of how best to protect children between the ages of 6 months and 9 months, an age group which seems in the African Region to show an almost total disappearance of maternal antibodies. We look forward to the development of better maintenance of the cold chain. Tuberculosis remains a serious public health problem in Botswana. With the help of WHO in mounting a programme of tuberculosis control in 1975, we have seen success in the area of BCG vaccination with a reduction in the number of new cases in children. We are in full agreement with the recommendation of a reporting system based on bacteriological diagnosis.

We welcome the Organization's new approach in mental health care, which stresses the need for a multidisciplinary attack on the problems of individuals and societies recognizing the interplay between political, economic, social, psychological and technical elements. Mr President, by accident or design of history and geography some of us happen to belong to a part of the African continent characterized by continuing political uncertainty, where the role of mental health in promoting total human wellbeing cannot be overemphasized. The tragedies of men, women and children yearning for self-determination and fleeing into our country from the inhuman treatment of minority regimes are very well known to this Organization, the United Nations High Commissioner for Refugees, the International Red Cross and the international community as a whole. Basing itself on the recommendations of a WHO consultant, my country is redefining the nature and aims of our mental health services with a view to embarking upon a community-oriented programme with action directed at the mentally ill patient and the community to which he belongs, close to his environment in its totality.

An emphasis is being placed on health education for the prevention of dental problems, especially aimed at primary schoolchildren.

Concerning the health of the working population, Botswana will receive assistance from WHO for 1980/81 for both personnel and fellowships. In collaboration with UNFPA and ILO, a programme for workers' family welfare will soon be launched for the education of workers in the country's expanding industrial population.

Following the United Nations Water Conference in 1977, and in consideration of its recommendations, some steps forward have been taken in the provision of potable water. This programme will continue to receive high priority, and hopefully the International Drinking-Water Supply and Sanitation Decade will see a large reduction in waterborne diseases in Botswana. As far as human waste disposal is concerned, various types of latrines are being constructed in low-cost housing schemes and they are being tested for acceptability to the communities. Environmental sanitation pilot projects are being planned to start in two villages. Health education will be the basis, aimed at education about the hazards of indiscriminate disposal of human waste and assistance to communities in the construction of household toilets and disposal of household waste.

We congratulate the Director-General on the production of the Ninth Revision of the International Classification of Diseases (ICD-9), to be introduced in 1979, and look forward with interest to its new definitions and recommendations concerning maternal and perinatal morbidity and mortality.

In conclusion, Mr President and distinguished delegates, may I thank you for your kind attention.

Mr MWANANSHIKU (Zambia):

Mr President, Director-General, Deputy-Director-General, your excellencies, distinguished delegates, ladies and gentlemen, allow me, Mr President, to join my distinguished colleagues in congratulating you, the Vice-Presidents and the Chairmen of the Committees upon your election to the respective offices. My delegation is confident that the office-bearers will individually discharge their tasks worthily and efficiently so that our proceedings and conclusions may reflect the seriousness of this august Assembly and its commitment to the health of mankind.

Mr President, the task before this Assembly is particularly important at this time in the history of the Organization. We have passed important and far-reaching resolutions in this Assembly and in the meetings of the Executive Board and Regional Committees. It is, therefore, necessary for this Assembly to examine critically how well these resolutions are serving mankind all over the world. The best evaluative report of our performance is, of course, synthesized in the Director-General's report, which Dr Mahler has presented to us in a forceful manner.

I wish now to refer briefly to some important aspects of the Director-General's report, particularly the reorientation of the work of this Organization as mandated in previous resolutions and in the programme budget policy and strategy. Preliminary evaluation would indicate that the Director-General and the whole Secretariat have seriously appreciated the mood and spirit of the relevant resolutions.

The Zambian delegation is mindful of the fact that the resolutions which are passed without serious programmes to translate them into action could easily be an annual exercise in polemics. But, Mr President, it is clear from programmes such as those for primary health care and appropriate technology, and even the Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases that a foundation is being laid upon which to build our programmes for achieving minimum health for all by the year 2000.

Mr President, I have said that we have made a good start in implementing the important resolutions of this Assembly. My belief is based upon the relevant programmes that have survived after receiving critical analysis of their relevance and, where necessary, the reorientation that has been going on within the Organization. During the past year Zambia has attended and participated in the meetings of the Headquarters Programme Committee and the Executive Board, where the reorientation of programmes was discussed in the spirit of the resolutions which I have already referred to. The Zambian delegation notes with satisfaction that the Executive Board and especially its Programme Committee paid serious attention to these matters in their last meeting.

Mr President, I would like now to turn to the performance of health services in Zambia over the past year. We have had a successful but difficult year. The difficulties encountered related mainly to economic and political problems in Southern Africa. In the

economic field our difficulties stem from the depressed prices of copper, a commodity which earns us foreign exchange. As a landlocked country and considering the fact that our border with Rhodesia, through which most of our imports and exports passed through before 1973, has been closed in pursuance of a United Nations resolution, substantial resources of the country have been spent on re-routing goods through the port of Dar es Salaam. In addition, we continue to experience incursions from the minority and belligerent regimes of Rhodesia and South Africa in which human life and property have been lost. Naturally this state of affairs has affected the way we use our resources, and as a result the implementation of our health programmes and overall national development plans greatly suffer.

Zambia has also a serious refugee problem arising from the oppressive nature of the minority regimes and this has caused extra financial burdens leading to unplanned demands on the country's health care and other social service activities. Most of the refugees come to Zambia without any immunizations against common communicable diseases. There are about 50 000 refugees in Zambia, amongst whom about 15 000 are children below the age of 16. The number of refugees entering Zambia through unofficial channels is, of course, not known, but it is believed to be substantial. This influx of refugees lays Zambia open to possible infection with diseases from the neighbouring countries which are under racist regimes.

Mr President, the economic difficulties we experience have also affected our health care and other social service activities as a result of cuts in Government spending. Procurement of essential equipment and drugs has sometimes met with difficulties because of foreign exchange problems. Thanks to WHO and UNICEF, the inflow of essential vaccines has remained stable, even though there is scope for more assistance.

The expanded programme on immunization continued during last year despite the unresolved cold chain and logistic problems. We, however, continue to learn valuable lessons as we implement the programme. In other communicable diseases control areas, our most important achievement was the certification in March this year of the eradication of smallpox in Zambia. Mr President, my delegation is worried about the possible existence of monkeypox in some African countries. The outbreak of cholera remains a threat to Zambia, and my delegation would welcome WHO assistance in intensifying and strengthening the surveillance system. This year Zambia suffered extensive damage due to unusually heavy rains which resulted in floods rendering many people homeless and causing loss of property worth thousands of kwacha. Already there are indications that malaria could be a serious problem this year. We hope that the control measures being applied will be effective in controlling the disease. Cerebrospinal meningitis was reported in some areas. We believe that vaccination and other control measures we have instituted will be effective in preventing serious epidemics.

Mr President, the Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases, based at Ndola in Zambia, has now commenced serious work with the initiation of major epidemiological surveys in Chitambo and other areas in the country. At least one schistosomacidal drug has been successfully tried with 100% cure rates. I await the general availability of this drug after all safeguards have been taken care of. My delegation is grateful for the opportunity that was extended to Zambia to participate in the very first meeting of the Joint Coordinating Board of the Special Programme.

Zambia acknowledges with gratitude the support and interest that the centre in Ndola has received from many bilateral agencies. Zambia also welcomes the World Bank's participation in this important programme - an indication that the Bank realizes the cause and effect of underdevelopment due to the six tropical diseases problems.

In the development field, we have continued our programme of building a widespread health infrastructure throughout the Republic. A project for demonstrating approaches in primary health care has been under way in the Kaputa area in the northern part of the country. We are examining the possibility of the general application of the findings in this area to the rest of the country.

We are also in the process of evaluating the district public health coordinators training programme with a view to rationalizing their training and use.

The physical facilities at the health service school at Chainama in Lusaka are now nearly complete and permit an increase in enrolment. But there is need for a second training centre in order to meet the increased demands for rural health services. The post-basic nursing school is functioning well and the first graduates are expected from the school later in the year. We expect that the additional manpower will meet our needs in the fields of nurse

education, administration and public health. Construction work in the Mwachisompola demonstration zone is being finalized and training activities for medical assistants and medical students has already started, thanks to the international cooperation we have received and continue to receive in this project. The national seminar held last year in traditional medicine revealed the preparedness of the traditional healers to work collaboratively with conventional western-type medical practitioners. Inquiry into ways of introducing traditional medicine scientifically into primary health care are proceeding.

Mr President, I have just finished reviewing the health sectoral plan which will form part of the next national socioeconomic development plan. It is intended that particular emphasis will be given to manpower development, primary health care and disease control, and the programme of equitable distribution of health facilities and services will be continued. I am hopeful that the next development plan will stimulate our traditional and new friends into maximizing technical cooperation so as to assist us to realize the planned objectives.

Mr President, allow me to express my delegation's deep gratitude for the excellent cooperation and assistance that Zambia has received from the Director-General, Dr Mahler, and his Deputy, Dr Lambo, all the members of the Secretariat at WHO headquarters, the officers at the Regional Office and the Area Representative and his office in Lusaka. I wish also to mention that the visit of the Director-General, Dr Mahler, and the Regional Director, Dr Quenum, to Zambia last June was most inspiring and I hope that this is just the beginning of many more such visits.

Mr President, my delegation also wishes to pay special tribute to the many friendly countries and various international organizations for the cooperation and assistance received in our efforts to extend and improve our health services in Zambia. This spirit of international cooperation and understanding is vital if our commitment to the objective of health for all by the year 2000 is to be realized. My delegation believes in closer regional and international cooperation and is of the view that the developed countries should continue to render assistance to the developing countries in order to narrow the gap between them.

My delegation is optimistic that the underlying political problems of Southern Africa will ultimately be resolved in favour of the oppressed masses who will be victorious, so that the people of Zimbabwe and Namibia may take their rightful place in this Organization. My delegation salutes the heroic struggle of all the revolutionary peoples of Zimbabwe and Namibia that are engaged in relentless wars of liberation and assure them of our solidarity.

My President, your excellencies, distinguished delegates, I thank you for your attention and wish this Assembly success in our deliberations.

Professor GREENDA (Poland):

Mr President, ladies and gentlemen, in the name of the delegation of Poland I wish to congratulate you, Mr President, and the Vice-Presidents on the occasion of your and their election to these honourable posts, and I would wish you every success in the fulfilment of your important and difficult responsibilities. Let me state with satisfaction that the report of the Director-General presents inclusively and matter of factly the activities of the Organization in the years 1976-1977. The delegation of Poland appreciates the Organization's work in the report period, and congratulates Dr Mahler, the Executive Board and the Secretariat for their effort and the results obtained. The indication of our appreciation of Dr Mahler's activity will be our support for his candidature for the next five-year term as Director-General of the World Health Organization.

In relation to our standpoint on some specific problems of the Organization to come up for discussion in Committees A and B, I would like to present our view on the most ambitious long-term programme of the Organization outlined in resolution WHA30.43 adopted by the Thirtieth World Health Assembly. This is the attainment by all citizens of the world by the year 2000 of a level of health that will permit them to live a socially and economically productive life. The implementation of the programme depends to a great extent on educating a sufficient number of personnel, developing an optimal health care organization for each country and provision of an infrastructure for health care services. Though the Organization's activities for the development of sufficient medical personnel are extensive and multisided, they do not meet the existing requirements. A cause, of course, is the fact that in many countries the stage has not been reached of the integration of the planning process of personnel education vis-à-vis the requirements and specific conditions of each country.

Taking advantage of the experience of Poland, I can say that the integration of education with health care requirements constitutes a basic element in the development of health care organization and is a condition for progress in this field. Our experience also proves the importance of permanent education, which makes medical professions more attractive and constitutes an incentive for quality improvement in medical personnel. Being fully aware that the experience of one country cannot be literally adopted by another, I think that the Polish system of integration of education with health care and a lifelong education programme can become an inspiration for other countries in their approach to this problem. I wish to say that we can make available our experience to all the Member States who would like to use it.

The delegation of Poland shares the concern expressed in the Director-General's report because of the mounting migration of health service personnel from the developing countries to the developed ones, which aggravates the geographical maldistribution of medical personnel. Migration takes away from the developing countries the most educated and most dynamic people, who could be useful not only for their health services but for the training of new personnel. I think that to have a full appraisal of the situation it would be necessary to estimate the financial consequences of migration and the resources invested by the World Health Organization and the developing countries in the training of doctors and nurses from the developing countries who now work in the developed countries. We are of the opinion that the Organization should study more thoroughly the problem of undesired migration, and therefore I propose that the Secretariat prepare a report on that subject for the Thirty-second Health Assembly.

Fully supporting the Organization's work for the development of health services, I want to say that the pace of development of clinical and basic research is still higher than that of health care organization. Therefore we are especially appreciative of the important role attached to health care research, and in particular primary health care, in the implementation of the programme "Health for all by the year 2000". The Polish delegation's standpoint is that the provision of universally available health care constitutes the most important task for the Organization, and to attain this goal it is necessary to integrate research and exchange of information on the organization of health care in given social and economic conditions. Therefore I would propose to give higher priority to this type of research carried out under the auspices of WHO. We hope that the conference of Alma-Ata will contribute to the greater effectiveness of WHO's work and will help to develop health care systems adjusted to each country's requirements on the basis of the exchange of experiences. We expect that the Alma-Ata conference will improve productive collaboration in the field of health between countries of different geographical and socioeconomic conditions.

Mr President, the attainment of health for all by the year 2000 will be possible only if we maintain a basic value, which is peace. It is also obvious that even a part of the world's resources spent on armaments would cover the needs of health care and would multiply the effectiveness of WHO's work. Yet Polish public opinion is deeply concerned about events which are in opposition to the image of a world free from wars and about the enforcement of the human right to life lived in peace, which is the most essential of all human rights. Our country was mutilated during both World Wars, which, besides devastation, caused the death of millions of people and left millions of disabled. Therefore the Polish nation has the moral right to demand a peaceful life and to stand for putting an end to the expensive and dangerous armaments race. We believe that knowledge of the rights of nature will be used in an immense work to complement efforts to further ideas of humanity. We want full cooperation in the utilization of scientific accomplishments to serve to the fullest extent WHO's constitutional responsibility, which is work for the health of nations, good relations between them and their safety. Thank you for your attention.

The PRESIDENT:

Well, our thanks to the distinguished representative for the Government of Poland bring to an end today's meeting with respect to the speakers on our list. There are a few other matters which we will have to attend to and I crave your indulgence before we rise.

First of all, may I draw your attention to the latest position regarding speakers and time. Several speakers today exceeded their speaking time, in one case almost doubling the allotted speaking time. We have 58 speakers left on the list and, at an average of 10 minutes each, that would take 580 minutes, that is 9 hours 40 minutes or approximately 10 hours.

Tomorrow's meeting from 9.30 to 12 and from 2.30 till 5.30 amounts to 6 hours, so we still have 4 hours to account for. We have several alternatives, one of which is that we meet tomorrow night. It is always better to get the major policy speeches made and concluded early rather than carrying through to the next week. I do not know what the Secretariat and the Committee responsible will advise, but we have several alternatives which we have to think over. Either we sit tomorrow night, or we have a meeting early on Friday morning and finish by midday, or we hold the meeting on Monday. I understand that Friday is out, so that we will allow the experts to see how they can make some mathematical calculation and try to fit in some time to allow representatives to complete their discussions. Of course, there is another way and that is if we can voluntarily make a momentous effort, with people cutting their speeches in half, then everybody will be able to speak. But it is a matter for you to decide.

I would like to mention that the list has been closed and in addition to the list which you have received today in your Journal the remaining countries who have indicated their desire to speak will be Rwanda, Yemen, Guinea, El Salvador, Comoros, Cape Verde, Uruguay and Chile. So you can add them to your list.

The second point I should like to make is that, as soon as we adjourn here, there is a meeting of the Member States of the Organization of African Unity; all members of that group are asked to meet in Room XII immediately following the conclusion of this meeting.

2. ADOPTION OF DRAFT RESOLUTION OF CONDOLENCE
ADOPTION D'UNE RÉSOLUTION DE CONDOLÉANCES
ПРИНЯТИЕ ПРОЕКТА РЕЗОЛЮЦИИ О СОВОБЛЕЗНОВАНИИ
ADOPCIÓN DE UNA RESOLUCION DE PÉSAME

٢- اعتماد القرار المقترح الخاص بالتعزية.

通过致哀决议草案

The PRESIDENT:

We have a request from the delegate of France, who would like to present a draft resolution of condolence on the very sad occasion of the passing away under very tragic circumstances of Signor Aldo Moro. I therefore give the floor to the distinguished representative of France.

Le Professeur AUJALEU (France) :

Monsieur le Président, mes chers collègues, notre Président nous a fait part hier après-midi de la mort de M. Aldo Moro, marquant ainsi le retentissement de cet événement.

Certes, la violence est, hélas !, répandue à travers le monde, les assassinats politiques ne sont malheureusement pas exceptionnels, mais l'assassinat de M. Aldo Moro n'a pas été perpétré au cours d'un affrontement, il l'a été à froid, après une longue période de détention et de chantage. C'est en raison du caractère particulièrement odieux de ce meurtre que les délégations de la Belgique, du Luxembourg, du Portugal et de la France vous proposent d'adopter la résolution suivante :

La Trente et Unième Assemblée mondiale de la Santé,
Vivement affectée à l'annonce de la mort tragique de M. Aldo Moro, grande personnalité italienne assassinée dans des circonstances particulièrement dramatiques et choquantes,
EXPRIME à sa famille et au peuple italien ses plus vives condoléances et sa sympathie émue.

The PRESIDENT:

Is that proposal seconded? The proposal is seconded. Do I take it that it is the general wish that we express our deep condolence and sympathy to the relatives and the Government and people of Italy? Is that agreed? I take it that is agreed. Thank you very much indeed. A suitable communication will be sent. In closing the meeting my attention is drawn to the fact that the distinguished representative from Italy would like to have the floor.

Le Professeur CANAPERIA (Italie) :

Monsieur le Président, Messieurs les délégués, je désire exprimer ici, au nom de la délégation italienne, qui a été profondément touchée par la résolution que vous venez d'approuver, tous ses sentiments de gratitude aux délégations qui ont présenté cette résolution et à vous tous qui avez bien voulu l'approuver. Je suis sûr que le Gouvernement italien et mes concitoyens apprécieront beaucoup ce témoignage de sympathie devant la tragédie qui a frappé mon pays.

The PRESIDENT:

I thank the distinguished representative of Italy.

It only remains for me to thank you very sincerely, distinguished delegates, ladies and gentlemen, for your kind cooperation.

This meeting is now adjourned until 9.30 sharp tomorrow morning.

The meeting rose at 17h45

La séance est levée à 17 h.45.

Заседание заканчивается в 17 ч.45 м.

Se levantà la sesion a las 17,45 horas

رفعت الجلسة في الساعة ١٧ر٤٥

会议于下午5时45分休会