



THIRTY-NINTH WORLD HEALTH ASSEMBLY

TRENTE-NEUVIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE

ТРИЦАТЬ ДЕВЯТАЯ СЕССИЯ ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

39^a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

جمعية الصحة العالمية التاسعة والثلاثون

第三十九届世界卫生大会

A39/VR/5

7 May 1986

7 mai 1986

7 мая 1986 г.

7 de mayo de 1986

٧ مايو/أيار ١٩٨٦

1986年5月7日

PROVISIONAL VERBATIM RECORD OF THE
FIFTH PLENARY MEETING

7 May 1986, at 9 h 00

Palais des Nations, Geneva

President: Dr Z. HAMZEH (Jordan)

later Acting President: Mr A. JAMEEL (Maldives)

COMPTE RENDU IN EXTENSO PROVISOIRE
DE LA CINQUIEME SEANCE PLENIERE

7 mai 1986, 9 heures

Palais des Nations, Genève

Président : Dr Z. HAMZEH (Jordanie)

puis Président par intérim : M. A. JAMEEL (Maldives)

ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ СТЕНОГРАММА ПЯТОГО
ПЛЕНАРНОГО ЗАСЕДАНИЯ

7 мая 1986 г., 9 ч. 00 м.

Дворец Наций, Женева

Председатель: д-р Z. HAMZEH (Иордания)

позднее и.о. Председателя: г-н A. JAMEEL (Мальдивские Острова)

ACTA TAQUIGRAFICA PROVISIONAL

DE LA QUINTA SESION PLENARIA

7 de mayo de 1986, a las 9.00 horas

Palais des Nations, Ginebra

Presidente: Dr Z. HAMZEH (Jordania)

después, Presidente interino: Sr. A. JAMEEL (Maldivas)

محضر حرفي مؤقت

للجلسة العامة الخامسة

٧ مايو/أيار ١٩٨٦ ، الساعة ٩:٠٠ صباحا

قصر الأمم ، جنيف

الرئيس : الدكتور زيد حمزة (الأردن)

وفيما بعد نائب الرئيس : السيد أ. جميل (ملديف)

第五次全体会议

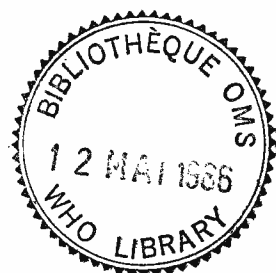
发言临时逐字记录

1986年5月7日9时

日内瓦 万国宫

主席: Z·哈姆泽博士(约旦)

尔后代主席: A·贾米尔先生(马尔代夫)



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

This record is regarded as provisional because the texts of speeches have not yet been approved by the speakers. Corrections for inclusion in the final version should be handed in to the Conference Officer or sent to the Records Service (Room 4013, WHO headquarters), in writing, before the end of the session. Alternatively, they may be forwarded to Chief, Office of Publications, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland before 1 July 1986.

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

Ce compte rendu est considéré comme un document provisoire, le texte des interventions n'ayant pas encore été approuvé par les auteurs de celles-ci. Les rectifications à inclure dans la version définitive doivent, jusqu'à la fin de la session, soit être remises par écrit à l'Administrateur du service des Conférences, soit être envoyées au service des Comptes rendus (bureau 4013, Siège de l'OMS). Elles peuvent aussi être adressées au Chef du Bureau des Publications, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, cela avant le 1er juillet 1986.

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

Настоящий протокол является предварительным, так как тексты выступлений еще не были одобрены докладчиками. Поправки для включения в окончательный вариант протокола должны быть представлены в письменном виде сотруднику по обслуживанию конференций или направлены в Отдел документации (комната 4013, штаб-квартира ВОЗ) до окончания сессии. Они могут быть также вручены до 1 июля 1986 г. заведующему редакционно-издательскими службами, Всемирная организация здравоохранения, 1211 Женева 27, Швейцария.

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

La presente acta tiene un carácter provisional porque los textos de los discursos no han sido aún aprobados por los oradores. Las correcciones que hayan de incluirse en la versión definitiva deberán entregarse, por escrito, al Oficial de Conferencias o enviarse al Servicio de Actas (despacho 4013, sede de la OMS) antes de que termine la reunión. A partir de ese momento, pueden enviarse al Jefe de la Oficina de Publicaciones, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza, antes del 1 de julio de 1986.

ملاحظة : فى هذا المحضر الحرفى المؤقت تسجل الكلمات التى تلقى بالأسبانية أو الانجليزية أو الروسية أو الصينية أو العربية أو الفرنسية بنفس اللغة التى يستخدمها المتحدث • أما الكلمات التى تلقى بلغات أخرى فان هذا المحضر يورد ترجمتها الانجليزية أو الفرنسية • وسوف تصدر المحاضر الحرفية النهائية فيما بعد باللغات الأسبانية والانجليزية والروسية والفرنسية كل على حدة • ويعتبر هذا المحضر مؤقتاً نظراً لأن نصوص الكلمات لم تعتمد بعد من السادة المتحدثين • وتسلم التصويبات المراد ادخالها فى النص النهائي الى المسؤول عن خدمة المؤتمر أو ترسل كتابة الى دائرة المحاضر (الغرفة ٤٠١٣ بالمقر الرئيسى للمنظمة) قبل نهاية الدورة • وفى الامكان أيضا أن ترسل الى رئيس قسم المنشورات ، بمنظمة الصحة العالمية ، ١٢١١ جنيف ٢٧ ، سويسرا ، وذلك قبل ١ يوليو/تموز ١٩٨٦ •

说明:

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

本记录属临时性质，因为发言稿的文本未经发言人审阅。需要列入最后文本的修改，应在本届会议结束以前书面提交会务官员或送记录办公室（世界卫生组织总部4013室），或者在一九八六年七月一日以前寄给瑞士1211日内瓦27，世界卫生组织出版办公室负责人。

CONTENTS

	<u>Page</u>
1. First report of the Committee on Credentials	4
2. Debate on the reports of the Executive Board on its seventy-sixth and seventy-seventh sessions and on the report of the Director-General on the work of WHO in 1984-1985 (continued)	5

SOMMAIRE

	<u>Page</u>
1. Premier rapport de la Commission de Vérification des Pouvoirs	4
2. Débat sur les rapports du Conseil exécutif sur ses soixante-seizième et soixante-dix-septième sessions et sur le rapport du Directeur général sur l'activité de l'OMS en 1984-1985 (suite)	5

СОДЕРЖАНИЕ

	<u>Стр.</u>
1. Первый доклад Комитета по проверке полномочий	4
2. Прения по докладу Исполнительного комитета о работе его Семьдесят шестой и Семьдесят седьмой сессий и отчету Генерального директора о работе ВОЗ в 1984-1985 гг. (продолжение)	5

INDICE

	<u>Página</u>
1. Primer informe de la Comisión de Credenciales	4
2. Debate acerca de los informes del Consejo Ejecutivo sobre sus 76 ^a y 77 ^a reuniones y del informe del Director General sobre las actividades de la OMS en 1984-1985 (continuación)	5

المحتويات

الصفحة

٤	١- التقرير الأول للجنة أوراق الاعتماد
	٢- مناقشة تقريرى المجلس التنفيذى عن دورتيه السادسة والسبعين والسابعة والسبعين وتقرير المدير العام عن أعمال المنظمة فى الفترة ١٩٨٤-١٩٨٥ (تابع)
٥	

目

录

页数

1. 证书委员会第一份报告.....	4
2. 就执行委员会第七十四届及第七十五届会议报告和总干事所作世界卫生组织一九八五年工作报告的辩论(续).....	5

1. FIRST REPORT OF THE COMMITTEE ON CREDENTIALS
PREMIER RAPPORT DE LA COMMISSION DE VERIFICATION DES POUVOIRS
ПЕРВЫЙ ДОКЛАД КОМИТЕТА ПО ПРОВЕРКЕ ПОЛНОМОЧИЙ
PRIMER INFORME DE LA COMISION DE CREDENCIALES
التقرير الأول للجنة أوراق الاعتماد

证书委员会第一份报告

الرئيس

Le PRESIDENT :

أدعو الدكتور أ. دل ريو من أسبانيا ، مقرر اللجنة ، الى المنصة ليقرأ علينا التقرير وهو وارد في الوثيقة ج ٣٩/٣٩ ، فليتفضل .

Dr. del RIO (España), Relator, de la Comisión de Credenciales:

La Comisión de Credenciales en su primera reunión ha emitido el siguiente informe: La Comisión de Credenciales se reunió el 6 de mayo de 1986. Estuvieron presentes los delegados de los siguientes Miembros: Brasil, Bulgaria, Côte d'Ivoire, Egipto, Islas Cook, Nigeria, Países Bajos, Pakistán y Tailandia.

La Comisión eligió a los siguientes miembros de la Mesa: Dr. T. Maoate (Islas Cook), Presidente; Dr. B. A. Bella (Côte d'Ivoire), Vicepresidente; Dr. A. del Río (España), Relator.

La Comisión examinó las credenciales presentadas al Director General conforme a lo dispuesto en el Artículo 22 del Reglamento Interior de la Asamblea de la Salud. Fueron encontradas en buena y debida forma las credenciales de los delegados de los Miembros mencionados a continuación, por lo que la Comisión propone a la Asamblea de la Salud que reconozca su validez. La lista de países se encuentra reflejada en el párrafo 4 del documento A39/39 y para ahorrar tiempo a esta Asamblea omitiremos su lectura.

La Comisión examinó las notificaciones recibidas de los Estados Miembros que se enumeran a continuación, y estimó que, aunque en ellas se indican los nombres de los correspondientes delegados, no podían considerarse credenciales oficiales a tenor de las disposiciones del reglamento interior. La Comisión recomienda a la Asamblea de la Salud que se reconozca provisionalmente a los delegados de dichos Estados Miembros la plenitud de derechos en la Asamblea de la Salud, en espera de la llegada de sus credenciales oficiales. La lista de estos países también puede encontrarse en el mencionado documento A39/39, párrafo 5.

La delegación de Bulgaria declaró que no reconocía las credenciales de la delegación de la llamada Kampuchea Democrática. El único representante legal del pueblo de Kampuchea que el Gobierno de Bulgaria reconocía era el Gobierno de la República Popular de Kampuchea. Sólo los delegados designados por dicho Gobierno podían representar a aquel Estado en las organizaciones internacionales y otras reuniones internacionales, entre ellas la 39ª Asamblea Mundial de la Salud. La delegación de Bulgaria entendía que ésa era también la posición de las delegaciones de los siguientes países: Afganistán, Angola, Cuba, Checoslovaquia, Hungría, Mongolia, Nicaragua, Polonia, República Democrática Alemana, República Democrática Popular Lao, Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas y Viet Nam. La delegación de Tailandia, apoyada por la delegación de los Países Bajos, señaló a la atención de la Comisión que el Gobierno de Kampuchea Democrática gozaba de reconocimiento legal en las Naciones Unidas y sus organismos especializados.

La Comisión fue informada por su Presidente de que había recibido una carta de la delegación del Pakistán, de fecha 5 de mayo de 1986, en la que ésta manifestaba su deseo de que constase en acta su reserva relativa a las credenciales de la delegación del Afganistán por las razones ya indicadas por la delegación del Pakistán en el último periodo de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas. El Presidente hizo saber asimismo a la Comisión que se había recibido de la delegación de los Estados Unidos de América una comunicación en la que expresaba sus reservas respecto a las credenciales de la delegación del Afganistán.

Le PRESIDENT :

الرئيس

شكرا للدكتور دل ريو . هل هناك أي تعليقات ؟ أرجو أن أذكركم بأن يتحدث مندوبون من مقاعدهم . مندوب أفغانستان .

Le Dr KHERAD (Afghanistan) :

Monsieur le Président, en ce qui concerne les réserves formulées par les représentants du Pakistan et des Etats-Unis d'Amérique, je voudrais souligner que la délégation de la République

démocratique d'Afghanistan réaffirme la position de notre Gouvernement à ce sujet, position telle qu'elle a été exprimée lors de la Trente-Septième Assemblée mondiale de la Santé et de la dernière session de l'Assemblée générale des Nations Unies. Ma délégation souhaite que cette brève déclaration soit également reflétée dans le rapport. Je vous en remercie, Monsieur le Président.

Le PRESIDENT :

الرئيس

هل هناك أية تعليقات أخرى؟ يبدو أنه ليست هناك تعليقات أخرى وليس هناك شخص آخر يرغب في الحديث. هل نعتبر أن الجمعية تقبل التقرير الأول للجنة "لجنة أوراق الاعتماد" على أن يكون مفهوماً أن البيان الذي أدلى به في هذا الشأن سوف يرد حرفياً في محضر الجلسة، وبذلك تتم الموافقة على التقرير الأول للجنة أوراق الاعتماد.

2. DEBATE ON THE REPORTS OF THE EXECUTIVE BOARD ON ITS SEVENTY-SIXTH AND SEVENTY-SEVENTH SESSIONS AND ON THE REPORT OF THE DIRECTOR-GENERAL ON THE WORK OF WHO IN 1984-1985

(continued)

DEBAT SUR LES RAPPORTS DU CONSEIL EXECUTIF SUR SES SOIXANTE-SEIZIEME ET SOIXANTE-DIX-SEPTIEME SESSIONS ET SUR LE RAPPORT DU DIRECTEUR GENERAL SUR L'ACTIVITE DE L'OMS EN 1984-1985 (suite)

ПРЕНИЯ ПО ДОКЛАДУ ИСПОЛНИТЕЛЬНОГО КОМИТЕТА О РАБОТЕ ЕГО СЕМЬДЕСЯТ ШЕСТОЙ И СЕМЬДЕСЯТ СЕДЬМОЙ СЕССИЙ И ОТЧЕТУ ГЕНЕРАЛЬНОГО ДИРЕКТОРА О РАБОТЕ ВОЗ В 1984-1985 гг.

(продолжение)

DEBATE ACERCA DE LOS INFORMES DEL CONSEJO EJECUTIVO SOBRE SUS 76^a Y 77^a REUNIONES Y DEL INFORME DEL DIRECTOR GENERAL SOBRE LAS ACTIVIDADES DE LA OMS EN 1984-1985 (continuación)

مناقشة حول تقريرى المجلس التنفيذى عن دورتيه السادسة والسبعين والسابعة والسبعين وحول تقرير المدير العام عن أعمال منظمة الصحة العالمية فى الفترة ١٩٨٤-١٩٨٥ (تابع)

就执行委员会第七十六届和第七十七届会议的报告及总干事所作世界卫生组织一九八四年至一九八五年工作的报告进行讨论(续)

Le PRESIDENT :

الرئيس

نواصل الآن مناقشة البندين ١٠ و ١١. قبل أن أدعو المتحدثين أرجو أن نوضح ما يلى : بالأمس كان لا بد لى من لفت نظر المتحدثين الى الانتباه للضوء الأصفر الذى يعلن قرب انتهاء الوقت المحدد والضوء الأحمر الذى عنده يجب التوقف عن الكلام، لكن بعض المتحدثين تجاوزوا ذلك، أرجو الجميع اليوم التقيد بالوقت المحدد حتى لا ألجأ الى مقاطعتهم تطبيقاً للنظام، وشكراً.

المتحدثان الأول والثانى فى القائمة هما مندوب بوركينا فاسو ومندوب باراجواى، وأدعوهم الآن الى المنصة ليتفضل أولاً مندوب بوركينا فاسو.

Le Dr KABORE (Burkina Faso) :

Monsieur le Président de la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, Monsieur le Directeur général de l'OMS, Excellences, Mesdames et Messieurs les Ministres, honorables délégués, Mesdames, Mesdemoiselles, Messieurs, c'est toujours pour nous un plaisir renouvelé tous les ans que de nous adresser à tous les représentants des peuples du monde entier pour leur transmettre le salut fraternel du peuple révolutionnaire du Burkina Faso. Monsieur le Président, la délégation que j'ai l'honneur de conduire voudrait se joindre aux prestigieux orateurs qui nous ont précédés à cette tribune pour vous exprimer notre satisfaction de vous voir élu à cette présidence et vous prodiguer nos encouragements et notre soutien pour l'accomplissement heureux de vos hautes fonctions. C'est l'occasion pour nous, également, de renouveler au Directeur général, le Dr Mahler, ainsi qu'à toute son équipe dynamique, nos félicitations combien méritées pour le travail colossal qu'ils accomplissent tous les ans pour nous produire des rapports dont la qualité est irréprochable.

Le Burkina Faso, après son adhésion à la stratégie des soins de santé primaires en 1979, l'a concrétisée par l'adoption et la mise en oeuvre d'une programmation sanitaire nationale en 1980. Maintenant, nous nous attelons à l'organisation et au renforcement de nos services de

santé. Aussi, pour élargir l'accessibilité de nos populations aux soins de santé primaires, nous avons installé dans tous les villages du Burkina Faso, soit 7500 au total, un poste de santé primaire lors d'une formidable opération dénommée "un village = un poste de santé primaire" qui a duré de novembre 85 à janvier 86. Par cette opération, nous avons assis définitivement, complètement et pour l'avenir, la base de notre système de santé. Aussi, nous sommes fiers de pouvoir proclamer que ces postes de santé primaires qui viennent harmonieusement compléter notre pyramide sanitaire que constituent les centres de santé et de promotion sociale, les centres médicaux, les centres hospitaliers régionaux et les hôpitaux nationaux - nous pouvons donc proclamer, disais-je, que tous les Burkinabés peuvent se soigner là où ils le désirent, à leur lieu de résidence. Ces postes de santé primaires sont tenus par une accoucheuse auxiliaire et par un agent de santé villageois qui constituent les agents de santé communautaires. Il est très tôt pour tirer des leçons de cet emploi massif des agents de santé communautaires pour améliorer la situation sanitaire dans notre pays. Cependant, nous pouvons dire avec certitude que depuis cette opération, notre peuple sent et comprend que la santé n'est point seulement l'affaire de ces agents de santé. Du reste, nous devons le succès de cette opération et de toutes nos actions en matière de santé à l'engagement militant de notre peuple organisé au sein des comités de défense de la révolution, à la clairvoyance du Conseil national de la Révolution qui, s'inspirant des soins de santé primaires, a défini une ligne juste en matière de santé.

Pour ce qui est des maladies justiciables de la vaccination, à la suite de l'opération "vaccination commando" dont nous vous avons livré les résultats à cette même tribune lors de la Trente-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, nous avons réduit considérablement le temps de rattrapage si nécessaire dans un programme élargi de vaccination. A la suite de cette "vaccination commando", nous avons pris la décision d'étendre le programme élargi de vaccination dans toutes les provinces de notre pays et d'élever le taux de couverture vaccinale de la population cible contre la rougeole, la poliomyélite (3^e dose) et le tétanos. La stratégie avancée pour les vaccinations devient de jour en jour une réalité. La "vaccination commando" puis l'opération "un village = un poste de santé primaire" nous permettent d'affirmer avec l'OMS que les vaccinations doivent effectivement être un bon moyen pour développer les structures sanitaires.

Aussi suivons-nous attentivement le fonctionnement de tout notre édifice sanitaire. C'est ainsi que nous restructurons et renforçons le système d'orientation-recours, dans les limites de nos ressources, en même temps que nous réadaptons notre système d'information aux exigences des soins de santé primaires.

Nous accordons une grande importance à la lutte contre les grandes endémies, que nous considérons ne plus être une lutte spécifique mais qui doit s'intégrer de façon harmonieuse dans les soins de santé primaires. En matière de grandes endémies, comme vous le savez, notre pays qui a bénéficié des activités du programme de lutte contre l'onchocercose est maintenant libéré de ce terrible fléau grâce à notre Organisation commune et au dynamisme de l'équipe sur le terrain. Le maintien de cet acquis est assuré car les activités de ce programme sont en passe d'être prises en charge par notre système national de santé. Pour ce faire, nous avons mis en place un comité national de dévolution, qui s'est assigné comme tâche d'intégrer les activités menées actuellement par le programme contre l'onchocercose à celles des formations sanitaires des zones concernées. Le succès de ce gigantesque programme de lutte contre l'onchocercose de l'OMS nous sera fort utile et une bonne expérience pour lutter contre d'autres endémies majeures telles que la trypanosomiase, la dracunculose, etc.

La mise à la disposition des populations de médicaments est une condition indispensable pour atteindre l'objectif social de la santé pour tous en l'an 2000. Dans ce domaine, une politique rigoureuse a été élaborée par le Conseil national de la Révolution; les traits caractéristiques en sont les suivants : création d'une centrale d'achat, élargissement du réseau de distribution, adoption d'une liste de médicaments essentiels et des prescriptions en dénomination commune internationale. La centrale d'achat fonctionne depuis novembre 1985. La création des 7500 postes de santé primaires, la construction d'officines et de dépôts pharmaceutiques nous permettent d'apporter les médicaments depuis leur importation à Ouagadougou jusqu'au village le plus reculé du Burkina Faso.

Toutes ces actions qui visent à améliorer la santé de notre peuple pour son autopromotion s'inscrivent dans le cadre des soins de santé primaires qui ne sont plus un slogan creux mais bel et bien une réalité : au Burkina Faso, nous vivons les soins de santé primaires.

Mais la révolution nous enseigne de ne pas nous leurrer, d'avoir le courage de regarder bien en face la réalité amère et sans fard. C'est convaincus de l'objectivité de cette assertion que, sans complaisance, nous reconnaissons que des lacunes existent dans notre système de santé, nombreuses et variées, notamment l'insuffisance des ressources, le faible taux d'alphabétisation de notre peuple qui constitue un frein à l'éducation pour la santé, la malnutrition,

le manque d'eau potable, l'insuffisance du personnel spécialisé. Dans ce dernier domaine, les séminaires de recyclage sont courants pour le personnel intermédiaire. Pour les décideurs, des séminaires de haut niveau sont prodigués en collaboration avec notre organisation régionale de l'OMS à Brazzaville. Ainsi, après avoir initié nos directeurs provinciaux de la santé à la technique du management, nous nous apprêtons à améliorer les qualités de gestionnaires de nos pharmaciens. Il nous plaît donc ici de souligner l'apport bénéfique de l'OMS à la préparation et au bon déroulement de ces séminaires : elle sait utiliser les compétences locales en les complétant judicieusement.

Nous profitons de cette occasion pour adresser toutes nos félicitations au Dr Monekosso, Directeur régional, pour l'appui constant qu'il ne cesse d'apporter aux systèmes de santé nationaux. Nous pouvons l'assurer que le Burkina Faso, pays sahélien très pauvre, durement touché par la sécheresse, gèrera avec efficience toutes les ressources mises à sa disposition pour améliorer la santé de la majorité de son peuple.

Monsieur le Président, honorables délégués, Mesdames et Messieurs, en cet instant solennel où nous devons prendre des décisions importantes pour la santé du monde, il est juste et bon que nous fassions ensemble un rapide tour d'horizon de ce monde hélas troublé d'injustices, de misère, d'égoïsme et de prétentions, car cette santé que nous appelons tous et chacun de nos vœux n'est pas seulement physique, elle est aussi morale. Ainsi, chaque jour un peu plus, des tensions naissent qui s'avivent de par le monde. Chaque jour, ici et là, des conflits éclatent qui n'apportent que désolation. En Afrique du Sud, 24 millions de Noirs continuent de ployer sous le joug de l'humiliation que leur imposent ceux qui ont érigé l'apartheid en système de gouvernement. Cela n'a que trop duré. Ailleurs, en Amérique latine, en Asie, en Afrique, au Moyen-Orient, d'autres peuples sont voués à la vindicte répressive d'Etats qui, du fait de leur force, entendent régenter ce monde et ne rien souffrir qui ne soit à leur image. De plus en plus, une tacite remise en cause du droit des peuples à disposer d'eux-mêmes apparaît clairement. Le droit des peuples les plus faibles à s'organiser eux-mêmes et à concevoir un mode de société qui leur soit propre se rétrécit chaque jour telle une peau de chagrin. Les catastrophes naturelles (sécheresse, inondations, séismes, etc.) ébranlent nos sociétés à des intervalles beaucoup plus rapprochés. Le nombre de leurs victimes s'accroît chaque jour davantage. Les populations en sont affaiblies, les économies désorganisées.

La nature du mal dont souffre le monde apparaît ainsi dans toute sa complexité, et montre à quel point nos décisions n'auront de portée réelle et véritable que si cet autre aspect est également pris en compte dans nos réflexions. Nous en appelons donc à la modération des dirigeants de ce monde qui, au plan individuel comme au plan collectif, ont le devoir impérieux de penser aux intérêts des peuples, de ces peuples que leur aspiration à un mieux-être social, à la paix, à la justice et à l'indépendance unit dans un même idéal. Nous croyons à la coopération et à la solidarité internationales. C'est pourquoi nous appuyons toutes les initiatives, qui tendent à restituer aux populations touchées par les catastrophes leur capacité à surmonter les difficultés, à réorganiser leur production, et qui ne les asservissent pas.

Dans ce cadre, mon pays, le Burkina Faso, qui depuis le 4 août 1983 a clairement montré sa capacité à penser et à poser des actes pour son autopromotion, se réjouit de l'aide internationale qui lui parvient, qui respecte et son indépendance et la priorité de ses besoins. C'est le lieu de remercier le FISE, l'OMS, toutes les organisations non gouvernementales et tous les pays qui ont fait une intervention heureuse dans les actes que le peuple burkinabé pose tous les ans pour sa santé.

Monsieur le Président, Monsieur le Directeur général, Mesdames et Messieurs les Ministres, Mesdames et Messieurs, au cours de cette Assemblée, nous aurons à nous pencher sur le rapport d'évaluation de la stratégie de la santé pour tous d'ici l'an 2000 (septième rapport sur la situation sanitaire dans le monde). Nous sommes certains que ce rapport permettra à notre Organisation de mesurer l'étape parcourue, ce qui reste à faire, et de mobiliser encore plus nos efforts. Quant au rapport du Directeur général, ma délégation apprécie hautement son excellence et recommande vivement son adoption.

Le PRESIDENT :

الرئيس

يبدو أن البعض لم يستمع لملاحظتي هذا الصباح بضرورة التقيد بالوقت وملاحظة الضوء الأصفر والضوء الأحمر ،
رجاء التقيد بالوقت •
أدعو المتحدث التالي على القائمة وهو مندوب باراجواي ، كما أطلب الي مندوب بورما أن يأتي الي المنصة •
أعطى الكلمة الآن الي مندوب باراجواي •

Dr. GODOY JIMENEZ (Paraguay):

Señor Presidente, señor Director General, señores delegados, señoras y señores: Para el Presidente nuestras sinceras felicitaciones por la muy acertada designación, al Director General nuestro reconocimiento por su importante labor y nuestra solidaridad por su informe completo y muy útil.

Metas de salud para todos basándose en el plan nacional de atención primaria del Paraguay. Propósitos generales: el propósito general del plan es extender progresivamente la cobertura de los servicios de salud hasta alcanzar a toda la población en el año 2000 con el fin de que todos los ciudadanos tengan un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. Objetivos: los principales objetivos son reducir la mortalidad infantil al 20 por 1000, la mortalidad de los niños de 1 a 4 años a 1 por 1000 y la mortalidad materna a 1 por 1000; eliminar la poliomielitis y el sarampión para el año 1990; prevenir y luchar contra la difteria, el tétanos, la tos ferina, la tuberculosis y las enfermedades diarreicas, así como reducir las infecciones agudas de las vías respiratorias y luchar contra el paludismo; mantener la erradicación de la fiebre amarilla y prevenir la introducción del dengue; formular e iniciar el desarrollo del programa de lucha contra la enfermedad de Chagas; combatir la enfermedad de Hansen y las enfermedades de transmisión sexual; erradicar la rabia humana y canina; formular, basándonos en investigaciones, un programa de detección, diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis; vigilar las enfermedades parasitarias intestinales y prevenir la introducción y difusión de la esquistosomiasis; vigilar la desnutrición proteicoenergética, las anemias nutricionales y el bocio endémico; reducir significativamente las prevalencias de caries dentales; formular e iniciar el desarrollo de un programa intersectorial de prevención de accidentes; formular e iniciar el desarrollo de un programa de lucha contra las enfermedades crónicas y degenerativas, así como de enfermedades mentales; formular programas de acción para actuación en casos de desastres a nivel nacional, regional y local.

Metas: Ampliar la cobertura de inmunización contra las enfermedades inmunoprevenibles endémicas al 100% de los niños de menos de 1 año; aumentar la cobertura de la vigilancia prenatal al 100%; aumentar al 75% la asistencia profesional al parto y al 25% restante la asistencia domiciliar por personal capacitado; extender la cobertura de abastecimiento de agua potable y evacuación sanitaria de excretas al 80% de la población; aumentar la cobertura del tratamiento por rehidratación oral al 95% de los casos de diarrea y de las infecciones agudas de las vías respiratorias, por niveles de atención según las normas; así como la cobertura de vigilancia del crecimiento, desarrollo y estado nutricional al 100% de los niños de menos de 1 año y de 1 a 4 años; llevar a todo el país la detección, diagnóstico, vigilancia y tratamiento de la tuberculosis; consolidar la lucha contra los vectores del paludismo, la vigilancia y el tratamiento; vacunar contra la fiebre amarilla al 100% de la población expuesta; promover y participar en un programa intersectorial de mejoramiento de la vivienda; extender a todo el país la detección, diagnóstico, vigilancia y tratamiento de la lepra; aplicar en todo el país la cobertura de vacunación antirrábica; aplicar el programa de detección, diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis; realizar campañas masivas para tratar con medicamentos antiparasitarios a grupos de población de alto riesgo; consolidar y extender el programa de vigilancia de moluscos transmisores de la esquistosomiasis manzónica, así como la detección, el diagnóstico y el tratamiento de los casos; instalar y poner en funcionamiento tres plantas de iodización y fluorización de la sal con capacidad operativa adecuada y ubicación geográfica en ciudades donde principalmente ingresan los productos; suministrar medicación antianémica al 100% de los niños y gestantes; aumentar la cobertura del suministro de alimentos complementarios a madres y niños con desnutrición proteicoenergética y a grupos de alto riesgo; promover y apoyar la fluorización de las aguas de consumo familiar; aumentar la cobertura del programa de enjuagatorios bucales con soluciones de sales de flúor al 100% de los escolares.

Estrategias: Para alcanzar el objetivo de salud para todos, la principal estrategia seleccionada es la atención primaria de salud, entendida como un cambio significativo de la línea de acción tradicional, que incluye el desarrollo acelerado de un nivel de atención primaria de cobertura universal, a cargo de personal profesional, técnico, auxiliar y comunitario. Las principales líneas de acción son las siguientes: continuar el desarrollo acelerado y puesta en funcionamiento de los establecimientos de la red de servicios de salud regionalizados; acelerar la construcción de sistemas de abastecimientos de agua potable, de alcantarillado y de núcleos sanitarios que incluyen: tanques asépticos, duchas, lavatorios y equipos de lavandería; capacitar al personal necesario para el eficiente funcionamiento de las redes de servicios de salud y saneamiento ambiental; mejorar la utilización, eficiencia y eficacia de la red de los servicios de salud, mediante el fortalecimiento de los sistemas, los procedimientos técnicos y administrativos; aumentar el rendimiento y el alcance de las actividades de salud mediante la coordinación intersectorial a todos los niveles; ampliar el alcance de los servicios de salud, mediante el establecimiento y desarrollo de interacciones funcionales con instituciones extrasectoriales; complementar el sistema institucional de servicios de salud, mediante el aporte de

ideas, actividades y recursos, de organizaciones privadas y comunitarias, como el Rotary Club, el Club de Leones y los Amigos de las Américas; organizaciones de beneficencia, las comisiones de salud, las juntas de saneamiento, el Club de Madres, las organizaciones religiosas, y los medios de información colectiva: Radio Club del Paraguay y otros; incrementar y coordinar la cooperación técnica y financiera externa, especialmente la obtenida en condiciones favorables para complementar los recursos nacionales.

Principales logros: La tasa de mortalidad general que era en 1978 de 7,9 defunciones por 1000 descendió a 6,6 en 1984, con una reducción acumulativa de 2,95% anual y una proyección de 4,3 defunciones por 1000 para el año 2000; la tasa de mortalidad infantil descendió de 89,7 defunciones por 1000 nacidos vivos en 1978 a 49,8 en 1984, con una reducción acumulativa de 9,34% anual y una proyección de 10,4% para el año 2000; la tasa de mortalidad de niños de 1 a 4 años que era de 5,5 por 1000 en 1978 descendió a 4,1 en 1984, con una reducción acumulativa de 4,78% anual y una proyección de 1,87 para el año 2000; la tasa de mortalidad materna que fue de 4,5 por 1000 nacidos vivos en 1978 descendió a 2,7 en 1984, con una reducción acumulativa de 8,16% anual y una proyección del 0,69 por 1000 para el año 2000; la tasa de mortalidad por enfermedades diarreicas que durante 1978 fue de 98,0 por 100 000 en 1978 se redujo a 40,7 en 1984, con una reducción acumulativa del 13,6% anual y una proyección de 3,9 por 100 000 para el año 2000; la tasa de mortalidad por infecciones agudas de las vías respiratorias que en 1982 era de 54,1 por 100 000 bajó a 36,5% anual, con una proyección de 12,8 por 100 000 para el año 2000; la morbilidad por poliomielitis descendió de 30 casos notificados en 1978 a 3 casos en 1985; la tasa de mortalidad por tuberculosis descendió de 13,9 por 100 000 en 1978 a 8,4 en 1984; la tasa de vacunación de niños de menos de 1 año aumentó desde el año 1978 al 1985 del siguiente modo: del 5 al 57% para la DPT y del 6 al 48% para la antisarampionosa; la tasa de cobertura de la consulta de gestantes aumentó de 53,3% en 1978 a 56% en 1984; la tasa de atención institucional al parto aumentó de 62,6% en 1978 a 65% en 1983; el abastecimiento de agua potable de un solo sistema en 1968 ubicado en la ciudad capital se pasó a 107 en 1985, ubicados 11 en las principales ciudades del país, construidos por CORPOSANA, y 96 en ciudades intermedias del interior, construidos por SENASA; en cuanto a la incorporación de recursos humanos en el sector de la salud se incrementó en una gran proporción que pasó por alto; se elaboró un programa de lucha contra enfermedades respiratorias con sus correspondientes normas técnicas, el cual se está aplicando en 2 regiones; se realizó una investigación epidemiológica sobre la enfermedad de Chagas; se ha preparado en coordinación con instituciones sectoriales, extrasectoriales y comunitarias un plan nacional para la prevención y lucha contra la drogadicción y rehabilitación del drogadicto; se elaboró un proyecto para combatir la rabia humana, el cual se está desarrollando en las ciudades principales del país; se está ampliando el programa de enjuagatorio bucal con soluciones de fluoruro de sodio hasta alcanzar en 1985 una cobertura del 25,6% de los escolares de 4 a 14 años de edad; se han realizado 2 talleres para capacitación de personal y se ha formulado un programa de preparación para atención en casos de desastres naturales y tecnológicos; se ha puesto en funcionamiento un moderno Hospital del Cáncer y del Quemado, cuyos servicios se complementan con una campaña nacional de detección del cáncer del cuello uterino y cáncer de la mama.

Para alcanzar las metas de la salud para todos en el año 2000, de acuerdo con el Plan de Acción de Salud, el Gobierno del Paraguay ha decidido formular y desarrollar por etapas cuatrienales o quinquenales el proyecto de fortalecimiento a la atención primaria, orientado a reforzar los programas prioritarios y acelerar las transformaciones y cambios requeridos en el sistema de servicios. La primera etapa prevista para el periodo 1987-1990 espera contar con la cooperación del Banco Interamericano de Desarrollo, el Organismo Alemán para Cooperación Técnica, la Asociación Rotaria Internacional y la Organización Panamericana de la Salud, que ya han manifestado su interés en el proyecto. En la actualidad se está trabajando en la etapa preliminar de formulación que será analizada con la realización de un seminario-taller en el que participarán funcionarios del nivel central y regional del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, así como de otras instituciones sectoriales, extrasectoriales y de organismos de cooperación exterior, con el propósito de que el proyecto se adecue a las necesidades y posibilidades del país. Este proyecto, mediante métodos de trabajos participativos, se constituirá en uno de los principales factores para el logro de las metas establecidas.

Mr TUN WAI (Burma):

Mr President, members of the Executive Board, ladies and gentlemen, on behalf of the delegation of the Socialist Republic of the Union of Burma, I wish to congratulate you on being elected to the high office of the President of the Thirty-ninth World Health Assembly and to the Vice-Presidents who will be assisting you in conducting the deliberations of the Assembly. Through you, Mr President, my delegation conveys our warmest greetings and

felicitations to all the honourable delegates. We would also like to thank Dr Mahler, the Director-General of the World Health Organization, his devoted deputies and all the members of the Executive Board for the commendable work they have accomplished and the comprehensive reports they have submitted to this Assembly.

Burma, like other developing countries, is trying its best to strive for the overall development of its human resources, and the concept of a converging set of basic community services has been developed and promoted as part of its national policy. Burma has evolved a policy for national development which stresses social equity, decentralization of planning and management, active community participation and national self-reliance.

Burma's health sector planning and implementation are developed as part of the country's long-term and medium-term economic plans. The planning process was based on the country health programming methodology advocated by the World Health Organization. The outcome of the planning activity is the People's Health Plan, covering a four-year term. The two cycles of the People's Health Plan have been implemented since 1978, and the programmes have covered the whole country in a phased manner.

Burma, as a Member of the World Health Organization, has laid down the strategies and plan of action for achieving the universal goal of health for all by the year 2000. There is also an established mechanism for monitoring and evaluation of the progress and achievements made in the implementation of the health-for-all strategies and plan of action.

Honourable delegates, even though Burma is still a developing country, we have succeeded in bringing down the infant mortality rate to about 50 per thousand live births, which was set as the global bench-mark. These improvements are due to the extension of maternal and child health care and immunization services, the increase in accessibility of safe and adequate water supply, proper sanitation, the training and deployment of a large number of voluntary health workers, and proper utilization of appropriate technology, especially in new interventions such as oral rehydration therapy, weight monitoring, etc.

Burma further endorsed the resolutions reached at the last session of United Nations General Assembly, where every country agreed to set a common goal of "universal child immunization by 1990". As Burma has already built up a strong infrastructure of basic health services, supported by an extensive and viable workforce of voluntary health workers, we are planning to implement the action programme for universal child immunization. The programme will aim at preventing six major killing diseases, and the main focus of immunization will be the group of children under one year.

Mr President, may I now briefly touch upon the topic for Technical Discussions to be held during this session, that is, the role of intersectoral cooperation in national strategies for health for all. Both formal and non-formal education have been identified as the decisive factors for overall development; in our context, healthy living. The education sector of Burma enjoys high priority among the social activities. Main focus has been given to not only the equity-oriented primary education, but also the literacy campaign and adult education programmes.

Primary school enrolment for respective age groups is above 70%, and the adult literacy rate has risen above 80%. The health education programme, as part of the general curricula in both formal and non-formal education, is organized jointly by the Ministries of Education and of Health.

School health promotion activities are further improved under the guidance of the School Health Supervisory Committee at the national level. Every year, supervisory committees are formed to present the best prize to the winners of the model primary schools where students score a high percentage for personal hygiene, have a good school environment and fulfil overall class educational activities.

These are but a few examples of intersectoral involvement and cooperation in the implementation of health activities in Burma. We look forward to a useful exchange of ideas and fruitful outcome from the Technical Discussions.

Honourable delegates, permit me to provide another example of how the intersectoral action in health promotion could lead to the overall development of the community by citing the Ayadaw township socioeconomic achievement. In view of the outstanding progress achieved in the activities of the health and health-related sectors in the Ayadaw township of Burma, we are given to understand that this achievement will be recognized in a suitable manner by the Executive Board of the World Health Organization.

In conclusion, Mr President, may I, on behalf of my delegates, thank the Director-General, Dr Mahler, and members of the Executive Board for their commendable contributions to the work of our Organization. Through you, we would like to express our deep appreciation to the Regional Director, Dr U Ko Ko, and his staff of the Regional Office for South-East Asia for their sincere and continuing cooperation with the Ministry of Health of Burma.

Проф. PROKOPEC (Чехословакия):
Le Professeur PROKOPEC (Tchécoslovaquie):

Уважаемый г-н Председатель, уважаемые делегаты Тридцать девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения. В Год мира, объявленный Организацией Объединенных Наций, позвольте мне поздравить Вас, г-н Председатель, с избранием на этот знаменательный пост и всех остальных представителей всех континентов - с их избранием на важные посты Тридцать девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения.

Мне хотелось бы обратить внимание уважаемых делегатов на то, что именно в Год мира были провозглашены мирные инициативы социалистических стран, а именно Заявление Генерального секретаря ЦК КПСС Михаила Сергеевича Горбачева от 15 января с.г. с конкретной программой снижения ядерного оружия вплоть до его полной ликвидации к 2000 г. и недавнее предложение по выразительному ограничению конвенционного оружия в Европе.

В заявлениях высших представителей социалистических партий была выражена решимость сделать все для сохранения мира и предотвращения ядерной катастрофы. Это вопрос быть или не быть настоящему времени, это вопрос быть или не быть будущим поколениям, это также вопрос здоровья для всех в 2000 г. - стратегии, провозглашенной нашей Организацией на Тридцать четвертой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения.

В этом году обсуждается первый промежуточный доклад о выполнении Стратегии, а именно Седьмой обзор состояния здравоохранения в мире. Вместе с другими делегациями нас беспокоит общая обстановка в мире, где происходит постепенное обнищание более чем одной пятой части населения на земле, как это приводится в оценке Стратегии. В таких условиях нельзя говорить ни о равенстве в службах здравоохранения, ни даже вообще о возможности создания какой-либо системы этих служб, которая бы могла быть основой для медицинской помощи и здоровья в 2000 г. В ЧССР для стратегии "здоровья для всех" было сделано уже много. Результаты и положение чехословацкого здравоохранения являются общеизвестными и высоко оцениваются всеми партнерами, откуда бы они ни приезжали.

Составной частью медико-санитарных мероприятий есть нажим на гораздо большее и сознательное участие граждан в борьбе с важнейшими заболеваниями и целенаправленное воспитание в духе здорового образа жизни, особенно молодого поколения, которое в 2000 г. будет уже взрослым и в продуктивном возрасте.

Бесплатность и доступность медицинской помощи наряду с социально-экономическими условиями для краткосрочных и долгосрочных больных и инвалидов создает у некоторых граждан впечатление, что забота об их здоровье - это обязанность только здравоохранения. Лишь немногие осознают свою собственную ответственность за свое здоровье.

На основе проведенного анализа и при использовании методических материалов Всемирной организации здравоохранения Чехословацкое правительство приступает к комплексному решению профилактики сердечно-сосудистых и других хронических заболеваний, в том числе онкологических, среди всего населения, при участии целого ряда секторов, влияющих на условия жизни и труда населения. Этот мультидисциплинарный подход к решению широких оздоровительных мер содержится и в резолюции XVII съезда Коммунистической партии Чехословакии, а именно в Программе социально-экономического развития до 2000 г.

Ряд важных научных проблем с точки зрения внедрения и использования фармакологии, биотехнологии и электроники в медицине решается в рамках задач Комплексной программы научно-технического прогресса стран - членов СЭВ до 2000 г.

С этой трибуны мне хотелось бы поблагодарить Генерального директора и остальных сотрудников за организацию научного решения целого ряда медицинских (медико-санитарных) проблем, которые, будучи внесены в практику национальных систем здравоохранения, могут привести к улучшению состояния здоровья населения целых народов и государств. Мы высоко ценим деятельность Всемирной организации здравоохранения в профессиональной оценке вопросов, связанных с медико-санитарными последствиями ядерной катастрофы. Имеющиеся частные результаты комиссии под руководством проф. Бергстрема показывают всю важность этой проблематики. Можно ожидать, что доклад, который будет представляться в будущем году, будет столь же впечатляющим, как и доклад, подготовленный в 1983 г. Мы полностью осознаем, что только сохранение мира, предотвращение ядерной катастрофы, предотвращение военных конфликтов с применением оружия массового уничтожения являются важнейшей предпосылкой здоровья для всех к 2000 г.

Снижение и постепенная ликвидация атомного оружия, запрещение переноса вооружения в космическое пространство и снижение затрат на вооружение являются важными факторами для приобретения средств на строительство новых медицинских учреждений, на подготовку и деятельность медицинских работников в развивающихся странах, на борьбу с голодом и засухой в ряде развивающихся стран. Поэтому нам думается, что мирные инициативы социалистических стран - это не пропаганда, а высокий вклад в дело здоровья народов, в будущее человечества. Рекомендую делегатам доклад Генерального директора принять.

Mr FOWLER (United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland):¹

Mr President, Mr Director-General, distinguished delegates, may I offer my congratulations to you Mr President and to your fellow officers on your election to office. I congratulate Dr Tadesse, the Chairman of the Executive Board, and Dr Mahler for their excellent reports.

I should like to begin by referring to progress in the battle against drug misuse which I know is of great concern not only to those of us here today, but to millions of people in our respective countries. The United Kingdom, like many other countries, has been pursuing a coordinated strategy to tackle drug misuse. We have taken action in five main areas: reducing supplies; tightening controls on drugs produced and prescribed; making policing more effective; strengthening deterrence; and improving prevention, treatment and rehabilitation. Specifically, we have strengthened our customs machinery. We have increased the penalties for drug trafficking. We are legislating to permit the confiscation of the proceeds of trafficking. We have launched an education and information campaign aimed at parents, at professionals and - most important - at young people. And we are providing more than £17 million of central funds to help set up treatment and rehabilitation projects.

But - if I may say so - no national strategy, however good that national strategy is, will be successful without a background of international cooperation and collaboration. When my colleague, John Patten, addressed the World Health Assembly last May, he therefore made a plea for concerted world action to tackle the problem of drug misuse. In direct response to his address, the World Health Organization invited the United Kingdom to host a Conference of Ministers of Health on Narcotic and Psychotropic Drug Misuse. We were delighted to take up that invitation. It gave me very great pleasure to open the Conference in London this March with Dr Mahler. We welcomed delegations from 30 countries as well as observers from United Nations bodies and international nongovernmental organizations. The Conference was the first time that health ministers had met to consider their response to the problem of drug misuse. I believe the Conference succeeded in its aims of increasing awareness of drug-related problems and promoting international cooperation to curb the health and social problems linked to drug misuse. The final joint declaration from the Ministers of Health expressed common commitment to combating this problem. I look forward to further progress from the international debate both at this Assembly, which I hope will adopt a resolution on drug misuse proposed by my delegation, and at the United Nations Conference on Drug Abuse and Illicit Trafficking next year.

I very much welcome the emphasis at this year's Assembly on primary health care because of its central role in the health-for-all Strategy. As the Director-General reminded delegates in his report yesterday, primary health care forms the basis of the health-for-all Strategy which we have all endorsed. I am convinced that the successful implementation of all measures which have a determining influence on the health status of the majority of the population cannot be achieved unless and until effective health systems based on primary health care backed up by intermediate level care have been established. That message lies at the heart of the health-for-all Strategy. The United Kingdom's commitment to primary health care is reflected in the increased resources which have been devoted to this part of the health service over recent years. Over the past five years spending on these services has increased by over 20% in real terms and now accounts for about one-third of total expenditure on the health service. We have 11% more family doctors than five years ago. There are now 1880 community nurses specializing in mental illness compared with 1080 in 1981, while for those specializing in the care of mentally handicapped people the number has increased from 230 to 770. Within the United Kingdom we have now some 50 000 nurses working in the general fields of primary health care. There have been substantial improvements in doctor's working arrangements, both in accommodation better suited to the practice of modern medicine and in the larger number of supporting staff which enable them to use their own time more efficiently and to take advantage of the special skills of nurses and others. The number of dentists has increased by 16% since 1979 - and there have been major improvements in dental health, particularly among children. The numbers of opticians and pharmacists have also increased. In all, over a million people in the United Kingdom make use of our primary health care services every day, and many of these services are already provided to a high standard.

It seems to me that the challenge for our country is to build on this progress for the future. That is why my Government has launched the first comprehensive review of primary health care that has been undertaken since the National Health Service was set up 40 years ago. To carry forward this review, I have published a discussion document to provide the

¹ The following is the full text of the speech delivered by Dr Fowler in shortened form.

agenda for a wide debate on future primary care needs and how best to meet them. In starting this review we thought it sensible to draw on the experience of other countries, and I am grateful for the valuable assistance we have had from the WHO Regional Office for Europe.

There are two main objectives behind the proposals we have put forward, and I believe they are objectives which this Assembly shares. The first is to raise standards of care. Standards of primary health care in the United Kingdom are generally high and in some cases outstanding. Our aim is to raise the general quality of services nearer to that of the best. To achieve this it is important that there are adequate rewards for doctors who provide improved services and proper incentives for others to raise standards of care. We are proposing linking part of a doctor's pay to features such as the range of services he provides, including health promotion and preventive activities and the doctor's personal availability to his patients. In line with the policies of WHO we also hope to emphasize the achievement of particular targets such as levels of immunization. As regards dental services, we believe that greater emphasis could be placed on preventive measures and on the provision of proper advice on maintaining oral hygiene.

We also believe the community pharmacists should play a larger part in the provision of comprehensive primary care services than they have in the past. There have been great changes since the pharmacist's main function was to make up medicines himself. Most medicines are now supplied by the manufacturers in a form suitable for dispensing, and increasingly in a form for direct supply to the patient. At the same time, medicines have become more numerous and more potent. These developments both create the need and provide the opportunity for pharmacy skills to be put to better use in advising patients and doctors on the use of medicines.

Our primary health nursing services within the United Kingdom are well established and highly regarded, but we also plan to see how we can make better use of nursing skills and secure good liaison between primary care doctors and nurses in the interests of patients. We have recently published a review of community nursing services in England. Among its recommendations are the establishment of neighbourhood nursing services; ways of making better use of nursing skills; and management training for community nurses.

Let me add that we are particularly concerned that the policies we develop should raise standards to meet the special needs of inner cities and that is being given priority in our review.

Our second main objective is to make our primary health care services more responsive to the needs of the public. We want to ensure that the full range of primary health care treatment is readily available to everyone who needs it. In addition, we believe that wherever possible the public should be entitled to choose who they are treated by and where they go for treatment. We believe that people should have as much information as possible about the services that are available and, in particular, about the family doctor who advises and treats them. We need comprehensive and accessible information so that the public can make an informed choice about where good quality services are available. Better exchange of information both about services and about patients' views can assist doctors and other members of primary health care teams to work with patients to improve the quality of health care. It is also important that there are effective systems for dealing with complaints when things go wrong, and we wish to make those procedures simpler, more accessible and more effective. We believe that the professions who provide these services will themselves wish to do so in ways which are responsible to the consumer while satisfying their own professional standards.

In conclusion, I believe that by pursuing these two main objectives - of raising standards of care and at the same time making services more responsive to public needs - we can build on their many strengths and achievements. The review we are now conducting represents the most important opportunity in 40 years to shape the future of primary health care for the years ahead. The debate in the United Kingdom will take account of the experience of other countries and I would like to think that its findings will be of some relevance to other countries. I am confident that it will result in better health for all in the United Kingdom.

Le Dr BRITO GOMES (Cap-Vert) :

Monsieur le Président, Monsieur le Directeur général, honorables délégués, permettez-moi, Monsieur le Président, au nom de la délégation de la République du Cap-Vert et en mon nom personnel, de vous adresser les plus sincères félicitations pour votre élection au plus haut poste de l'Assemblée mondiale de la Santé. Nous sommes convaincus que, sous votre présidence, notre Assemblée connaîtra beaucoup de succès. Monsieur le Directeur général, je tiens également à

vous féliciter pour l'excellent rapport que vous venez de présenter concernant les activités menées en 1984-1985 pour l'objectivité de son contenu. Mes félicitations vont également aux honorables membres du Conseil exécutif pour leur rapport sur les soixante-seizième et soixante-dix-septième sessions.

Notre Gouvernement s'est profondément engagé à atteindre les objectifs que les Etats Membres et notre Organisation se sont proposés pour instaurer la santé pour tous d'ici l'an 2000. Un point qui mérite une analyse importante dans le rapport du Directeur général est celui du rôle des populations dans le développement et la mise en oeuvre des systèmes de santé. Dans un pays comme le nôtre, nous sommes convaincus que la participation des populations dans le processus de la santé aussi bien qu'aux coûts est de première importance; elle s'impose au niveau des soins de santé primaires, permet une dynamisation du travail dans la famille et la communauté, et sensibilise le peuple à la défense de sa propre santé. Il faut aussi ausculter les besoins et les désirs de la population pour que, dans la planification, on puisse prendre en considération les programmes qui sont les mieux acceptés, avec un impact positif sur la qualité de la vie. Pour cela il est nécessaire de diversifier davantage l'appui à la participation en maintenant le principe de la responsabilité solidaire de l'Etat, de la communauté et de l'individu pour la prévention, l'amélioration et le rétablissement de la santé, en comptant toujours sur l'appui de l'OMS.

Dans notre pays situé dans une région géographiquement défavorisée, exposé à la menace croissante de la désertification provoquée par de longues périodes de sécheresse, nous devons faire face à de sérieux problèmes ayant des répercussions directes sur la situation nutritionnelle et, par conséquent, sur l'état de santé des populations. Un autre fait qui mérite de retenir notre attention est la croissance démographique au Cap-Vert. En raison de la chute de la mortalité infantile et générale et du maintien de taux de fertilité et de natalité élevés, nous avons chez nous un taux de croissance démographique d'environ 2 %. L'émigration va connaître une baisse très sensible si l'on considère la situation internationale. Aussi estimons-nous que notre système de santé et d'éducation subira d'ici l'an 2000 une forte pression démographique, d'où un surcoût important, ne serait-ce que pour maintenir l'état sanitaire à son niveau actuel.

Nous ne pouvons pas rester indifférents aux chiffres et au rythme très vif de l'augmentation des cas de SIDA dans le monde. La découverte de nouveaux cas de plus en plus nombreux de cette maladie et les difficultés de la prévention, les coûts énormes de la surveillance des malades et l'ignorance du traitement du SIDA sont des nuages à l'horizon de la santé à la fin de ce siècle. Pour notre pays presque dépourvu de moyens techniques, financiers et humains, la lutte contre cette maladie n'est menée jusqu'à présent que dans le domaine de l'information. Nous croyons que notre Organisation a des responsabilités importantes, non seulement en ce qui concerne l'information, mais aussi dans l'investigation du SIDA. C'est un vrai défi, à la fin de ce siècle, qui vient s'ajouter au déjà lourd fardeau des maladies transmissibles encore existantes dans nos pays sous-développés.

Des catastrophes, un peu partout, ont convaincu notre Gouvernement de la nécessité d'adapter le système de santé à de telles situations, en préparant le personnel, principalement, mais aussi les structures pour répondre avec efficacité à ces défis imprévisibles par leur force destructive et les déséquilibres qu'ils infligent au développement. Mon Gouvernement a inscrit dans son programme la création d'un service coordonnateur de protection civile dans lequel le système de soins de santé a un rôle déterminant. L'appui de notre Organisation, tout spécialement celui du Bureau régional de l'Afrique, est important pour combler les lacunes que nous avons à cet égard. Nous croyons que l'atelier sur la gestion des situations d'urgence et la planification préalable, tenu à Brazzaville du 17 au 21 mars dernier, est déjà un premier pas important.

Monsieur le Président, Monsieur le Directeur général, honorables délégués, nous tenons à souligner que notre position n'est nullement entachée de pessimisme, car en fait nous avons confiance en l'avenir, confiance en notre organisation internationale, et nous estimons que les solutions à ces problèmes sont du domaine du possible, en comptant toujours sur la volonté politiques des Etats Membres. Ayant lieu à un moment marqué par de fortes tensions internationales et caractérisé par un écart toujours croissant entre les pays riches et les pays pauvres, cette Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé assume une importance capitale parce que nous sommes pour la préservation de la vie, la plus grande richesse de l'homme. C'est seulement avec la paix et avec la justice sociale que nous voyons la possibilité d'aboutir à la santé pour tous en l'an 2000.

Malgré toutes ces contraintes, le Gouvernement du Cap-Vert est fermement déterminé à éliminer les conditions défavorables à la santé et à la vie de son peuple, en donnant la priorité

aux soins de santé primaires. C'est dans cette optique qu'il faut voir les activités menées en faveur de la santé de la mère et de l'enfant, les préoccupations pour une alimentation et une nutrition adéquates des communautés, pour l'approvisionnement en eau potable, pour la prestation des services de santé généraux, pour la fourniture des médicaments essentiels et pour l'éducation pour la santé.

Ces dernières années, nous avons développé un programme élargi de vaccination pour les enfants du groupe d'âge visé contre les six maladies transmissibles les plus courantes du pays. Une attention spéciale est accordée aux femmes enceintes, avec des consultations pré- et post-natales, des activités d'éducation pour la santé, de planification familiale, d'éducation sexuelle et la sensibilisation de tous les secteurs de l'Etat à la défense de la santé. Nous luttons contre les maladies diarrhéiques en utilisant la réhydratation par voie orale. Nous insistons sur le rôle des femmes dans la société et dans le processus de développement du pays. Nous avons maintenu la lutte antivectorielle contre les culicidés et consolidé la lutte contre le paludisme (on peut dire que depuis 1983 aucun cas n'a été enregistré chez nous). La formation du personnel de santé publique tout comme sa gestion et celle des ressources sont aussi une de nos grandes préoccupations, parce que ce n'est qu'avec le développement social qu'on peut réussir le développement économique et sortir du sous-développement.

Nous sommes convaincus que pendant quelques années nous aurons à faire face à des problèmes quelquefois insolubles, mais nous savons aussi qu'il faut travailler dur, avec persévérance et détermination. Pour cela il faudra une forte coopération technique entre pays en développement, et aussi une intensification de la coopération internationale avec le système des Nations Unies, parce que nous sommes sûrs que tous ensemble nous aboutirons à la santé pour tous.

Dr YAHYA (Indonesia):¹

Mr President, Mr Director-General, Mr Deputy Director-General, distinguished delegates, colleagues and friends, first of all, I wish to congratulate the President and Vice-Presidents of this World Health Assembly on their election to these exalted posts. It is a great pleasure for me to participate in this meeting to discuss the role of intersectoral cooperation in national strategies for health for all, with emphasis on issues relating to equity and health, agriculture, food and nutrition, education, culture, information and life patterns, environment, water and sanitation, habitat and industry.

In Indonesia, the ultimate goal of health development is to raise the health status of the population by strengthening the nation and the people's ability to achieve and maintain an optimal level of health and to live a healthy and productive life. Equity for health and overall development is emphasized. The long-term development plan based on the national health system has the objective of enhancing the ability of every individual to solve his own health problems, of promoting an appropriate environment for health development and of providing health care services supported by community participation and intersectoral cooperation. The role of the environment in the physical, biological, cultural and socioeconomic fields is regarded as very important for health, especially health promotion and disease prevention.

To ensure equity in the availability of health care to the entire population with priority attention given to the underserved population groups, we are establishing integrated service posts at the village level, covering almost all the villages in the country. We try not only to ensure accessibility but also acceptability by the population.

Indonesia has achieved considerable success in agricultural development, especially in terms of self-sufficiency in rice since 1983. This Indonesian success story has been recognized by FAO, and this achievement has implications not only for the increased availability of foodstuffs, but also for improving the nutritional status of the population and reducing mortality and morbidity, especially among children who suffer from many types of malnutrition.

The success of development programmes in Indonesia is partly due to the participation of the members of the community, particularly women, in the Family Welfare Movement at all levels. We aim not only to mobilize the physical efforts but also to improve the intelligence of women, because we feel that in the field of health, women, especially mothers, form the core of health development activities at the family level. The role of the mother in the family as an educator, provider and consumer of health care is well recognized. It is hoped that by improving the intelligence of women, healthy lifestyles can

¹ The following is the full text of the speech delivered by Dr Yahya in shortened form.

be easily adopted by the entire family and eventually by the total population. We have thousands of islands, situated in the tropics, lying across the equator, the climate and soil are suitable for growing all kinds of agricultural products. However, the climatic conditions also favour the growth of harmful agents such as bacteria and viruses. That is why we are always aware of the positive and negative implications of the environment for development. While we have to explore the natural resources which are needed for the country's development and to improve the quality of life of the people, we try to be aware of the need to conserve the environment. In this context, since 1983, a special institution headed by the State Minister of Population and the Environment has been established to coordinate various sectors for the conservation of the environment and natural resources, while trying to accelerate national development.

We only have 14 years to accelerate our efforts to reach our goal of health for all by the year 2000. We are committed and are trying to intensify our efforts to reach the goal of health for all through the National Action Programme for Primary Health Care, with emphasis on the district level. Therefore, we should strive hard to utilize our scarce resources for pressing health issues and problems. We still have to cope with internal problems such as the scarcity of skilled and well-trained manpower, but we are in the process of overcoming this through a crash programme in the production of community health nurses and auxiliaries.

Besides internal problems, we are also facing external ones which will hamper the programmes to achieve health for all. As a developing country, we still need assistance from developed countries in the field of technology for basic health sciences like diagnosis and treatment, and also to solve emerging health problems. Due to the global recession, some developed countries are reluctant to transfer technology to the developing countries and protectionist trends are beginning to rise. As an example, in the field of drugs and medical equipment, Indonesia is trying to produce these products with simple and appropriate technology, using available materials. This effort is felt by multinational pharmaceutical industries to be a threat to their markets. Global understanding is required to realize that developing countries, which are weak economically but rich in natural resources, have the right to direct their efforts towards self-sufficiency in all aspects of development. For all the Member countries to reach the universal goal of health for all, there is a need for collaboration among developed and developing countries, without which it will be very difficult, particularly for the developing countries, to reach the goal of health for all by the year 2000.

My delegation would like to express its appreciation to all Member countries which have given their support to the appeal made and ideas expressed by my Minister of Health, as the outgoing President of the Thirty-eighth World Health Assembly. We believe that WHO will continue to be the guiding light for all Member countries in their search for ways to achieve our goal of health for all.

Last but not least, I wish to express my appreciation to Dr Mahler for his excellent report and outstanding leadership, and to Dr U Ko Ko, Regional Director for South-East Asia for the special attention they have given to WHO's collaboration with the Government of Indonesia. My thanks also go to the honourable delegates of all Member countries, especially from the South-East Asia Region, for their cooperation in health development efforts in the Region.

Le Professeur ALUSHANI (Albanie) :¹

Monsieur le Président, permettez-moi, au nom de la délégation de la République populaire socialiste d'Albanie de vous exprimer mes félicitations à l'occasion de votre élection au poste de Président de la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé. Je tiens à féliciter également le Directeur général de l'OMS, M. Mahler, et le Directeur régional pour l'Europe, M. Asvall, de leur contribution à la réalisation des objectifs de notre Organisation.

A la présente session de l'Assemblée de la Santé, comme aux précédentes, il nous est donné la possibilité d'exprimer nos points de vue sur la situation sanitaire dans le monde, ainsi que sur les résultats obtenus jusqu'à présent par les pays Membres et les problèmes futurs en ce qui concerne l'application de leur politique sanitaire. Il ne fait pas de doute que l'échange d'expériences, les discussions et les débats concernant les formes, les façons et les moyens employés par les différents pays dans le domaine de la santé contribuent à élever le niveau des services de santé dans le monde, à les rapprocher des utilisateurs et à les mettre à la portée de tous.

¹ Le texte qui suit est la version intégrale du discours prononcé par le Professeur Alushani sous forme abrégée.

Toutefois, les développements actuels nous convainquent toujours plus que les problèmes traités par l'OMS ne sauraient être perçus et encore moins considérés en dehors du contexte politique, économique et social international. Puisqu'on recommande à notre Organisation d'adopter des mesures propres à améliorer la situation dans ce domaine important, nous ne pouvons pas fermer les yeux devant cette réalité, passer sous silence ou bien ignorer le fait amer qu'aujourd'hui dans le monde il y a des centaines et des milliers de gens qui se font tuer dans les foyers de guerre en Afrique, en Asie et en Amérique latine, que des millions d'autres meurent de faim, sont tués par les armes chimiques, par les radiations ou par des produits toxiques polluant l'environnement, par les épidémies ou par l'absence des moyens de vie les plus élémentaires. Une bonne partie de l'humanité, loin de profiter des possibilités offertes par les réalisations de la science contemporaine de la santé, n'est pas en mesure de recourir même à l'assistance médicale de base. Les conséquences de cet état deviennent encore plus pénibles par suite de la politique rapace et belliciste des puissances impérialistes, en premier lieu des deux superpuissances, les Etats-Unis d'Amérique et l'Union des Républiques socialistes soviétiques. En défendant la stratégie de la santé pour tous, les peuples ne peuvent réprimer leur colère devant la puissance de feu et les fusées américaines qui tuent des enfants, des femmes, des gens innocents en Jamahiriya arabe libyenne. Face à cette réalité et dans des situations toujours plus troubles et menaçantes, mettant en danger la paix et l'humanité, nous doutons réellement de la réalisation pratique de l'objectif stratégique aussi important qu'humanitaire de la santé pour tous, adopté par notre Organisation. De l'avis de notre délégation, aucune stratégie de politique sanitaire, aussi juste et bien programmée soit-elle, ne pourrait être appliquée avec succès qu'en mettant fin à la politique d'agression et de guerre menée par les superpuissances, et si l'on ne permet pas aux pays souverains de construire librement leur avenir et à ceux qui subissent l'oppression et l'exploitation de toute sorte de réaliser leurs aspirations nationales et sociales.

Le peuple albanais, s'appuyant comme toujours sur ses propres forces et ses disponibilités, a réussi à affronter les difficultés de la nature durant l'année 1985 et il a remporté des succès dans tous les domaines de la vie. Même dans le domaine de la santé, grâce au soin tout particulier qu'attache notre Etat à assurer la santé à tous, notre attention est centrée sur l'amélioration du service médical à tous les niveaux, afin que toute la structure et l'infrastructure de notre système médical, élargi déjà sur tout le territoire du pays, devienne la plus active et efficace possible, et que l'on puisse sauvegarder la santé du peuple et affronter et résoudre les problèmes sanitaires d'une population croissant à un rythme élevé.

La mobilisation des cadres médicaux, supérieurs et moyens, et le soutien puissant qu'ils reçoivent des institutions étatiques et des organisations sociales du pays, augmentent l'efficacité du travail dans tous les secteurs, et surtout dans celui de la protection de la santé de la mère et de l'enfant. En 1985, la morbidité et la mortalité infantiles ont encore diminué. La détermination précoce de la grossesse et le contrôle régulier et systématique de la femme enceinte durant toute la période de gestation ont retenu davantage l'attention. A présent, 99,3 % des femmes enceintes accouchent avec une assistance médicale.

Dans tous les villages de l'Albanie fonctionnent des centres de consultation, des crèches et des jardins d'enfants. En 1985, les personnels de santé ont entrepris des actions pour assurer le contrôle sanitaire général de toute la population. Dans cette optique, on a terminé aussi l'enregistrement sur fiche des données concernant tous les habitants. Toute cette activité a pour but principal la réalisation du contrôle sanitaire des personnes pratiquement saines. L'établissement de fiches sanitaires pour tous les habitants, la notification des malades dès les premières étapes de la maladie, le traitement et le suivi systématiques ont conduit à l'élaboration de fiches de morbidité dans toutes les unités administratives du pays. Notre action de santé s'oriente toujours plus vers l'homme sain, tout en renforçant les services de santé dispensés au malade. L'objectif principal est d'adopter des mesures concrètes de lutte efficace contre les maladies englobant l'aspect tant prophylactique que curatif. Parallèlement, on est en train de renforcer et d'assouplir les mesures susceptibles d'élever le niveau de culture sanitaire du peuple. De cette façon, dans l'application de notre stratégie de la santé pour tous, le contrôle sanitaire périodique de toute la population est devenu un élément supplémentaire. C'est ainsi que les petits enfants, durant les six premiers mois de leur vie, sont contrôlés obligatoirement chaque jour par le personnel de santé et, après cet âge, deux à trois fois par semaine jusqu'à la fin de la première année. Les enfants plus grands sont contrôlés chaque semaine par le personnel auxiliaire des centres de consultation.

Ces derniers temps, nous sommes en train d'élaborer des mesures destinées à renforcer le service de santé dans le système scolaire, d'abord dans les jardins d'enfants (qui accueillent les enfants de trois à six ans), puis dans les écoles primaires, moyennes et supérieures. Dès que les jeunes commencent à travailler, ils disposent, ainsi que leurs familles, d'un service ambulatoire et d'un service médical sur le lieu même de travail, dont les tâches sont bien précises, aussi bien prophylactiques que curatives en ce qui concerne tant les maladies professionnelles que la physiologie et la médecine du travail. C'est ainsi que les générations actuelles et futures devront passer par une série de relais sur le chemin de la santé, depuis la conception et la mise au monde jusqu'à la vieillesse. Cette activité sera renforcée et perfectionnée encore davantage dans l'avenir.

L'élévation du niveau scientifique de l'assistance médicale, qui demeure un des problèmes les plus essentiels de notre système de santé, est devenu l'objectif principal des directions des cliniques et des facultés de médecine. Celles-ci ont conscience de la responsabilité qui leur incombe en ce qui concerne le niveau du service dans les hôpitaux de district comme dans les centres de santé des villages, où travaillent des médecins et spécialistes préparés dans ces facultés et cliniques. Les spécialistes de ces cliniques ont étendu leur activité jusque sur le terrain, le plus près des gens, surtout des malades, en travail d'équipe, d'une façon programmée et organisée, en collaborant avec les collègues des districts pendant un délai déterminé. Les spécialistes et les cadres, parmi les meilleurs des instituts, des cliniques et des services universitaires, tout en travaillant en commun avec les collègues des hôpitaux de district, résolvent ensemble les problèmes organisationnels, techniques et scientifiques, mettent en pratique de nouvelles méthodes diagnostiques et curatives, et suivent des cours de recyclage et des séminaires afin de maîtriser et d'appliquer les connaissances mondiales contemporaines des sciences médicales et de diffuser l'expérience acquise. Ce processus de rayonnement, sur l'échelle la plus large possible, des connaissances théoriques et pratiques a pour but principal de transformer tous les hôpitaux et les autres institutions médicales des districts en centres de recherche, de soins et de formation pour qu'ils puissent eux aussi faire le même travail que celui qui est effectué par les cliniques, les laboratoires et autres établissements au niveau central. Durant tout ce processus, qui s'étend jusqu'aux endroits les plus reculés du pays, s'enrichissent et se cristallisent les modes les plus efficaces de formation continue du cadre médical supérieur et moyen en tant que condition importante de l'élévation du niveau du service médical.

Tout cela se fait dans le cadre d'une activité intense servant à élever le niveau d'hygiène et à améliorer la situation épidémiologique partout où l'on vit et travaille, à protéger l'environnement contre la pollution, à améliorer sans cesse les conditions de travail, et à réduire les maladies infectieuses, surtout l'hépatite virale, qui actuellement est assez fréquente chez nous. Un large programme se matérialise en application des décisions du Gouvernement concernant ces problèmes, depuis la protection contre la pollution jusqu'à l'amélioration constante des conditions d'hygiène et de la situation épidémiologique sur tout le territoire, et depuis les actions susceptibles d'augmenter le nombre et la qualité des vaccins et autres produits biologiques jusqu'à la vaccination programmée et obligatoire. Il suffit de mentionner ici l'objectif sanitaire du service communal, durant ce quinquennat jusqu'en 1990, consistant à approvisionner tous les villages de l'Albanie en eau potable moyennant un système hydraulique régulier (actuellement les deux tiers des villages en sont déjà pourvus).

Dans le cadre des efforts que nous faisons pour élever encore davantage le niveau du service de santé, nous estimons et considérons que la collaboration de nos spécialistes avec l'OMS, dans le domaine de l'étude du diabète sucré, de la lutte contre le cancer, les maladies diarrhéiques et la fièvre rhumatismale, des médicaments, vaccins et autres produits, présente de l'intérêt. Dans l'avenir aussi, nous nous efforcerons de consolider cette collaboration.

En terminant, je tiens à réaffirmer que le Gouvernement de la République populaire socialiste d'Albanie continuera à ne ménager aucun effort pour assurer la santé à tout notre peuple, qui se rangera toujours aux côtés de tous les peuples du monde épris de paix et luttant pour la liberté, l'indépendance et le progrès.

Professor FIGUEIRA SANTOS (Brazil):

Mr President, Excellencies, ladies and gentlemen, on behalf of His Excellency the President of the Federative Republic of Brazil and on my own behalf as head of the Brazilian delegation to the Thirty-ninth World Health Assembly, I present our compliments to you, Mr President, and through you to the Vice-Presidents of this Assembly. We take the opportunity to wish every success in the conducting of the work of this session in this

International Year of Peace of 1986. We also congratulate His Excellency, Dr Halfdan Mahler, Director-General of WHO, for his important work in the direction of this Organization.

Brazil has been undergoing profound political and administrative changes since March 1985. A new political régime was then established. The main characteristics of our present Government are the respect for public liberties, the restoration of full democratic practices and the priority assigned to social problems, mainly matters related to health. The very high rate of inflation that has prevailed in the last few years has rendered very difficult the task of public administration and practically impossible any planned action in the social field. It has indeed created a high degree of perplexity in the everyday life of all citizens. Last February, a radical monetary reform was implanted. Although its main objective was to stop inflation, this reform is influencing the attitudes of the Government and the people in a most diversified way, and will certainly signify a landmark of historical importance.

Since March 1985 governmental resources devoted to public health have increased substantially in real terms. Precise evaluation of the quality of life and good epidemiological surveillance always require reliable data collected throughout the whole country, even in remote rural areas. Great efforts are now being pursued to improve the collection and processing of health information.

The growth of the national economy in the last decades has not been homogeneous. Regional and social inequalities have been stressed in relation to life quality, family income and social indicators as well. Nutritional surveys show predominant caloric deficiencies among the low-income population. Malnutrition and infectious diseases are usually associated, thus creating a dangerous health risk for entire populations concentrated in fringe areas of large cities. Recovery of the real value of salaries has been one of the highest priorities of the present administration of Brazil. As a consequence, the average income of industrial workers increased between 8 and 15% in real terms in 1985, and the minimum wage increased by 10% in the same period. At the same time, 960 000 new jobs were created, and the economy as a whole grew 5%. Another fundamental decision of the Brazilian Government in the area of labour has been the recent institution of unemployment insurance.

Immunization programmes, and oral rehydration are being expanded and improved as a means of preventing communicable diseases and infant mortality. Food supplementation programmes have been expanded among the high-risk population.

The great endemic diseases, such as malaria, schistosomiasis, leishmaniasis, Chagas' disease and others that still affect seriously important segments of the population, have also been tackled. Yellow fever, dengue and polio still hinder the health condition of the population and are under strict surveillance. The Brazilian health authorities are very concerned about the spread of Aedes aegypti, the potential vector of dengue fever and yellow fever, throughout many countries of the Region of the Americas. Thirty years ago Brazil was considered by international experts to be free of this vector of diseases. Reinfestation occurred ten years ago, and at present, we are suffering a serious epidemic of dengue fever in the outskirts of Rio de Janeiro. This illustrates the difficulties in eradicating Aedes Aegypti, unless similar and corresponding measures are adopted in neighbouring countries. The control of this vector requires continental cooperation as part of the basic health actions in the region.

It is recognized, on the other hand, that in our country the general morbidity and mortality profiles have changed on account of the increase of chronic degenerative diseases. Consequently, the Ministry of Health, adjusting itself to this reality, is adding to its traditional orientation to control communicable diseases, programmes directed towards the prevention and treatment of cardiovascular diseases, cancer and diabetes, among others.

Health services organization has suffered from a historical misconception, whereby preventive measures and disease treatment have been handled under separate programmes, conducted in different ministries at the Federal Government level. Resources to finance each of the two operations came from entirely different sources. A great lack of balance resulted from that artificial separation of services, to the clear detriment of measures of prevention. Different areas of Government are now finding ways of overcoming this artificial separation, directed towards a unified management of all health services.

University hospitals were deeply affected by the institutional crisis, both political and economic, suffered by the country in the years prior to 1985. We now face the task of re-establishing their conditions of work involving their multiple responsibilities in health care, training of manpower and medical research.

Mr President, better health conditions of a nation, as an essential component of the process of socioeconomic development, are directly linked to its nature and to the extent of its achievements. When this process is geared to the benefit of all segments of the population, and to protecting the underprivileged in regard to education, housing, nutrition and labour, and attention to health care grows accordingly, the risk of disease factors

decreases. It is the responsibility of government authorities to find the interface of health practices with other sectors of the administration, in order to integrate their programmes in the macro-social and economic policies of the country. Strict adherence to these principles is essential for obtaining health for all by the year 2000.

Dr MARANDI (Islamic Republic of Iran):

In the name of God, the Merciful, the Compassionate.

First of all, Mr President, let me congratulate you and other members of the general committee on your election to the high offices of the Thirty-ninth World Health Assembly and wish you all success in guiding the Assembly towards taking the right decisions which are relevant to the needs of the Member countries.

My Government attaches great importance to the attainment of the noble goal of health for all by the year 2000 and, despite the constraints created by the imposed war, my Government is determined to reach the goal even before the year 2000.

Inspired by the Islamic ideology, the national health policy is highly relevant to the long-term objectives of the goal of health for all by the year 2000. Thus the main emphasis has been placed on equity, and priority has been given to the rural underserved areas in the allocation of the resources available. The first five-year health development plan has been developed in conjunction with the socioeconomic development plan, thus ensuring a reasonable degree of integration and intersectoral collaboration. The constitution of the Islamic Republic of Iran recognizes the right of all citizens to health (Article 43) and makes it incumbent on the Government to provide health to the totality of the population (Articles 3 and 29).

The primary health care approach has been accepted as a cornerstone for the attainment of the goal of health for all by the year 2000, while particular emphasis has been given in the plan to the expansion of health services in rural areas.

National health strategies, being in line with national health policies, have been geared to solving the main health problems of the country. Therefore, the priority health programmes have been developed and directed towards the prevention and control of diarrhoeal diseases, acute respiratory infections, six vaccine-preventable diseases and malnutrition, respectively. For the prevention of diarrhoeal diseases high priority has been given to the provision of safe drinking-water for the rural population, so that an annual budget equivalent to US\$ 150 million has been allocated for this purpose.

At the present time more than 55% of the rural population has access to safe drinking-water, which is two times more than before the Revolution. Bearing in mind the fact that the Ministry of Health and Medical Education will not be able to provide health care to the totality of the population unless the people collaborate closely with the health sector, delivering part of the national health programmes through self-care and family care and involvement in community action for health, the Ministry of Health and Medical Education has launched a countrywide health education campaign. Religious leaders have been involved in the health education activities. Health education materials have been included in school teachers' curricula as well as those of medical and paramedical students.

For the reduction of diarrhoea morbidity and mortality a joint Government/WHO/UNICEF project, namely the diarrhoeal diseases control project, was launched in 1984 and it is expected that by 1987 the mortality caused by diarrhoeal disease will be reduced by 40%. The expanded programme on immunization again a joint Government/WHO/UNICEF project, was launched in 1984, for a period of three years (1984-1986). The survey done before the project started showed that less than 30% of children in the age group 12 to 23 months were immunized against target diseases, excluding BCG vaccination, whereas cluster surveys revealed that 62% of children under one year of age had been fully immunized during the first year of the project, 1984.

Promotion of breast-feeding, oral rehydration therapy, female education and birth spacing have been selected as suitable strategies against malnutrition. Therefore, emphasis has been placed on the strengthening and expansion of primary health care services throughout the country. To this end, 24 districts (one for each province) were selected as target districts for the completion of the primary health care network in 1985, and an annual budget equivalent to US\$ 40 million was allocated for this purpose, in addition to the existing recurrent budget for primary health care development as a whole. While the Government has allocated some US\$ 40 million as an extra budget for primary health care development in 1986, it is worthy of note that at present more than 50% of the rural population has access to the primary health care services.

In line with the policy of the World Health Organization regarding the rational use of drugs, we are already implementing our strategy for the development of generic drugs, that

is, since 1981 the Government has taken the initiative in rationalizing the production and the use of drugs, with a view to attaining self-reliance in the area of pharmaceutical products. As a result of the new scheme for the rational use of drugs, the number of drug items has been reduced from 3500, which was the case in the past, to only 1050 items at the present time, while more than 70% of total pharmaceutical needs are produced in the country.

Further to a new law passed by parliament in October 1985, the former Ministry of Health has been reorganized as the Ministry of Health and Medical Education which should facilitate the planning of health programmes as well as the training of manpower, in particular physicians.

In the belief that the infant mortality rate is one of the most reliable indicators for the assessment of the health situation in a given country, a survey was conducted in March 1985 on 10% of the total population and it showed that the infant mortality rate had dropped from 104 per thousand to 50 per thousand in a period of less than ten years.

Mr President, as you are well aware, my country has been suffering from the imposed war for nearly six consecutive years, as a result of which tens of thousands of innocent people have been killed and many health institutions as well as pipeline installations and other health facilities have been destroyed. Unfortunately, in addition to the continuous air raids and heavy bombardment of the residential areas of my country by the enemy and regardless of the Geneva Protocol of 1925, the Iraqi regime has repeatedly and extensively used chemical weapons against our combatants and even civilians. The mission of specialists despatched by the Secretary-General of the United Nations to carry out on-site investigations, in its report (document S/17911), unanimously came to the conclusion that "On many occasions Iraqi forces have used chemical weapons against Iranian forces". The President of the Security Council in his statement of 21 March 1986, on behalf of the members of the Security Council, "strongly condemned this continued use of chemical weapons".

Mr President, in the light of the above-mentioned developments and considering the disastrous consequences that result from the use of chemical weapons, it is high time that the World Health Assembly seriously considered the health aspects of chemical weapons with special attention to physical and medical protection. It may well be considered the moral and professional duty of WHO and all medical associations and all health workers to support efforts aimed at complete prohibition of the means of waging chemical war and condemnation of its use. No political consideration should be permitted further to delay serious consideration of this matter in the World Health Assembly.

Le PRESIDENT :

الرئيس

أرى أن مندوب العراق يطلب أن يمارس حقه في الرد وسأعطي الكلمة في نهاية الجلسة هذا الصباح ليمارس حقه في الرد • أدعو المتحدث التالي على القائمة مندوب هولندا ، وأطلب الى مندوب الجزائر أن يأتي الى المنصة •
الكلمة الآن لمندوب هولندا •

Mr VAN DER REIJDEN (Netherlands):¹

Mr President, distinguished delegates, Director-General, ladies and gentlemen, first of all I wish to congratulate the President on his election. We are happy that the Health Assembly has such an able and experienced President in the chair. Our felicitations are also addressed to the Vice-Presidents. I should like to express our appreciation to our distinguished Director-General, Dr Mahler, for his able leadership and for his continuing and stimulating efforts to help us reach the goals of our common health-for-all strategy. Also, I should like to express my gratitude for the Director-General's report on WHO's work in 1984-1985, and for his views on the future expressed in it.

I wish to reiterate the Netherlands Government's commitment to our common goal, health for all by the year 2000. Most recently I have sent to Parliament a comprehensive health policy document, "Report 2000", which sets out our national health concept for the year 2000 in conformity with the health-for-all strategy. This new concept is very important because it reflects a changing mentality geared to a more responsible attitude of individuals towards the promotion of their own health. It also permits governments to consolidate progress made, whilst controlling health care expenditures. In the case of the Netherlands, in fact, expenditures in terms of national income have already been reduced from 8.8% in 1983 to 8.3% in 1986. Adherence to this concept will permit us to continue to strive for a healthier society, without returning to higher figures.

¹ The following is the full text of the speech delivered by Mr Van der Reijden in shortened form.

Apart from our "Report 2000" dealing with the strategy at the national level, my Government has this year also published a policy paper on the application of the WHO strategy in our development cooperation efforts on health-related issues and projects. Last year at the Health Assembly, I elaborated on the role of health care in the reviewed Netherlands development cooperation policies. Integrated rural development is a priority in our programme and special attention is given to: (1) mobilizing the economic potential of rural areas; (2) creating employment and generating income for small farmers, women, landless and other underprivileged groups in rural areas; and (3) improving the level and scope of basic services, especially in the field of nutrition, public health and rural use of energy.

These basic services include as integrated parts: primary health care, drinking-water supply and sanitation, family planning and nutrition. This integrated package should be instrumental in effectively combating infectious diseases, which form an important factor affecting the health of large groups in developing countries.

Our efforts to realize the goal of health for all by the year 2000, both in the national context and in the context of development cooperation, demonstrate our commitment to the strategy. Achievement of the objectives requires, however, a long-term process of adaptation, restructuring and building up of health services in developing countries. At the same time, it requires a long-term commitment by the international community to assist these countries in that process. Re-allocation of human and financial resources, decentralization and more emphasis on prevention and individual responsibility should be considered the central themes of this process.

In order to achieve the objectives of health for all by the year 2000 at local and national levels, individual policies and programmes should be coordinated and integrated. In the international context we highly value the efforts made in this respect by WHO in cooperation with other United Nations organizations like UNFPA, UNICEF and UNDP. This cooperation should be broadened to include international financial institutions like the World Bank and IDA, both of which are becoming increasingly involved in the sectors of health, nutrition and population.

Having just mentioned infectious diseases in this context allow me, Mr President, to expand on the theme of immunization. For many years my Government has attached great importance to specific WHO programmes such as the Expanded Programme on Immunization, the programme on diarrhoeal diseases and tropical diseases research. All of these programmes can prevent death, disability and nutritional drain for many. The remarkable achievement of the past years, in which a rapidly growing number of countries have accelerated immunization programmes to provide protection for a majority of their children, demonstrates the potential of improvement in child survival. These efforts show that immunization programmes can contribute to a more effective integration of primary health care services. It is to be hoped that commitments by the international organizations, especially the United Nations specialized agencies, their member states, and nongovernmental organizations, put the 1990 universal immunization goal really within reach.

I should like to say a few final words on intersectoral cooperation in connection with the International Drinking Water Supply and Sanitation Decade. The need for an intersectoral approach has arisen from the great variety of activities which require coordinated action, such as land use strategies, physical planning and development, new technologies, monitoring, surveillance, control strategies for air, water, food and occupational risks, research, and health education/public information. WHO collaborates in efforts to improve community water supply and sanitation by linking these with primary health care programmes, in which community participation is more effective, and in which the role of women is recognized and women's participation promoted. In our view recognition of the role of women should lead to involving women as an integral and equal part of community family health programmes through local water and sanitation planning, policy and management. This is essential if we wish to achieve provision of a safe and adequate water supply and sanitation for a much larger number of people.

Let me conclude these remarks on international cooperation in health care by expressing the hope that, in the Technical Discussions, consensus can be reached on how to set intersectoral cooperation in motion and make out of a theoretical concept a practical instrument for attaining health for all by the year 2000.

I would now like to refer to the results of the Madrid Conference in November last year. Governments represented recognized at the Conference that the plan "Contadora/Health for peace in Central America and Panama", developed by the Central American countries with the support of, among others, the Pan American Health Organization/WHO, is a valuable initiative for the effective solution of the health problems, and is significant for achieving the goal of health for all in the year 2000 in that region. The Conference made a valuable contribution to addressing the problem of social injustice in the region. The

Netherlands financial contribution towards activities in the framework of the plan is expected to be 50 million guilders during the next five years of the programme.

I noted with interest the results of the Nairobi Conference of Experts on the Rational Use of Drugs (November 1985) and the proposals of the Director-General to revise the WHO's drugs strategy. I fully agree that the strategy should be based on ensuring the cooperative efforts of all concerned parties aimed at the fulfilment by each of them of their responsibilities as identified by this Conference. The lack of a timely and sufficient provision of essential drugs at the lowest possible prices to all people has, in many developing countries, become one of the serious constraints in achieving the goal of health for all by the year 2000. In view of this my Government has, in the wake of last year's European Parliamentarian's Forum in the Hague on Child Survival, Women and Population, decided to concentrate our efforts on the essential drugs programme, with a contribution of 8 million guilders to the Interregional Programme for Essential Drugs (developed by UNICEF in coordination and in close collaboration with WHO). By providing working capital we wish to support the development of national essential drugs programmes and simultaneously enforce efforts aimed at improving resources for national family planning programmes.

Mr President, I am happy to note that tobacco was put on the agenda as a specific item. Assuming that the hazards of tobacco are well known, specially to this audience, I will not go into detail into the universal plague of consumption of tobacco, but I will limit myself to express the hope that Member States will find a common, practical ground for cooperation on this matter.

Although many diseases cause concern and need our attention, it is particularly AIDS that has more recently posed very serious problems for the health authorities. The figures indicate an ever-increasing number of patients, and these figures do not include all those who are already infected with the LAV/HTLV-III virus but who are not registered as patients. In spite of all efforts of WHO and its Member States to encourage research in this field, the expectation still is that neither an effective therapy, nor a vaccine will be available in the near future. In order to contribute to prevention and to treatment of the disease, the public at large (and especially the people working in health care and the nursing professions) must be instilled with a sufficient understanding and knowledge of AIDS. This information effort is also necessary to dispel any unwarranted fear of catching the disease, which might lead to no medical care at all. I wish to underline the necessity of a coordinated approach by all Member States of such matters as the issuing of declarations concerning individuals that could hamper the free movement of people. I should like to propose that steps be taken to prevent individual Member States from requiring health documents that are not officially listed by WHO or from taking any other measures detrimental to a coordinated WHO policy in this field.

Another issue that we cannot ignore at this Health Assembly is the prevention and mitigation of the potential impact on the health of millions of people of the cross-border effects of serious accidents at nuclear power stations. This is an issue very much in the mind of the Netherlands people these days. Recent events have underlined the need for timely and exact information and for advice on action to be taken at the national level, especially in view of the intermediate and long-term effects on public health. We therefore welcome the Director-General's initiative to entrust the Regional Office for Europe in Copenhagen with follow-up action. We would appreciate it if the Health Assembly could be informed on the outcome of the meeting of senior experts held in Copenhagen yesterday. Such information would permit members of this Health Assembly to assess the situation.

Within the United Nations system, considerable progress has been made over the past few years in the fight against one of the most pernicious forms of violation of human rights, namely torture. Our Organization has been involved for a long time both in advising about standards and about assistance to victims of torture. In 1975, the General Assembly of the United Nations adopted a declaration on the protection of all persons from being subjected to torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment together with two other resolutions related to the issue of torture. In 1982, the General Assembly adopted the "Principles of medical ethics relevant to the role of health personnel, particularly physicians, in the protection of prisoners and detainees against torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment". It is the firm conviction of the Netherlands Government that health personnel, particularly physicians, charged with the medical care of prisoners and detainees have a duty to provide them with protection of their physical and mental health. This implies that they should not certify, or participate in the certification of, the fitness of prisoners or detainees for any form of treatment or punishment that may adversely affect their physical or mental health. There can be absolutely no doubt that should they do so, they are guilty of a contravention of medical ethics.

Turning to the issue of assistance to torture victims over the past few decades, we have unfortunately acquired a lot of experience in dealing with victims of (organized) violence. Recently in the Netherlands, a number of experts on the health hazards of organized violence met, and dealt with today's requirements for satisfying the needs for knowledge in this area in accordance with contemporary scientific standards. The meeting was organized by my Ministry. I sincerely hope that more governments will pursue this matter and in this way assume their responsibilities in this field. In this context, I also wish to draw the attention of delegates to the voluntary United Nations Fund for Victims of Torture. The Netherlands has made contributions to this Fund since 1983 and my Government will do so again this year. I would appeal to all states in a position to do so to support the Fund and through their financial contributions, to help the many thousands of victims of torture.

Since we fear that many of the factors causing the financial crisis for the United Nations family at large are also affecting WHO, I feel it is our responsibility to face this issue in WHO as soon as possible. With the Director-General, we share the responsibility that this Organization will come through the crisis with the least possible damage. However painful it might be, such a survival is only possible if the Organization keeps its expenditures within the limits of the means available.

Given the reputation of WHO as an effective and well managed instrument in providing health care in a global context, my Government is confident that the Director-General and his staff will succeed in introducing measures that will offset the present and future shortfalls and, consequently, safeguard the principal target of health for all by the year 2000.

Le PRESIDENT :

الرئيس

سيدة عربية لطيفة عاتبتي أمس لأنى أخاطب الحضور بصيغة الذكور وكأنهم جميعا من الرجال فأقول حضرات الزملاء ولا أقول الزملاء والزميلات ، وأقول الأصدقاء بدلا من الصديقات والأصدقاء ، السبب ربما كان زلة لسان فى لغتنا العربية الجميلة ، وليس تعصبا ضد المرأة ، فأنا مشهور فى بلدى بأنى نصير متحمس للمرأة سياسيا واجتماعيا وحتى فى البيت ، ويمكنكم أن تسألوا زوجتى عن ذلك • على كل حال سأصلح من طريقة مخاطبتي للجميع ، نساء ورجالا ، وسأبدأ دائما بسيداتى قبل سادتى •

M. HOUMOU (Algérie) :

Monsieur le Président, Monsieur le Directeur général, honorables délégués, permettez-moi, tout d'abord de m'adresser à vous personnellement, Monsieur le Président, pour vous exprimer au nom de la délégation algérienne, toutes nos félicitations pour votre élection à la présidence de la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé. J'espère que cette Assemblée, sous votre conduite éclairée, contribuera par des résolutions justes et efficaces à atténuer l'immense déséquilibre qui caractérise notre planète dans tous les domaines, et en particulier dans le domaine de la santé.

Nous sommes à une époque où les processus de développement sont indissolublement liés entre eux, et où la santé du monde ne peut se définir qu'à partir d'un concept multidimensionnel basé sur la solidarité entre les peuples. L'interdépendance et l'intercomplémentarité des problèmes liés à la santé sont telles que toute carence dans leurs solutions entraînera de graves conséquences à l'échelle planétaire.

L'échéance de la santé pour tous d'ici l'an 2000 est si proche que l'on est mis dans l'obligation, devant la persistance des conflits et l'instabilité grandissante, de dire une vérité toute simple et d'affirmer qu'il ne peut y avoir une bonne santé dans le monde si le monde reste instable, chaotique, inhumain. Les stigmates de cette régression nous sont montrés quotidiennement et les exemples ne manquent pas, à considérer ces peuples en lutte, qui contre l'Apartheid, qui pour recouvrer son indépendance, qui pour récupérer la patrie de ses ancêtres, comme d'autres luttent contre la misère, la famine, l'analphabétisme et la maladie. Des pays du tiers monde, déjà victimes du déséquilibre engendré par la nature elle-même, subissent d'autres déséquilibres qui aggravent leur situation et les maintiennent en état de régression dans un monde en évolution. Les pays producteurs de matières premières font l'objet d'une exploitation économique éhontée et d'intrigues dont ils sont les enjeux et les victimes. Les pays développés sont depuis longtemps libérés des grandes endémies et ne connaissent pas les fléaux qui terrassent les populations du tiers monde. Aujourd'hui, ces pays ont des ressources excédentaires par rapport à leurs besoins, alors que de nombreux pays du tiers monde souffrent d'une pénurie grandissante de tout ce qui peut concourir à la préservation de la santé. A l'intérieur même de ces pays, des mutations profondes, telles que l'exode rural, grèvent le

bilan social de facteurs négatifs. L'accroissement démographique ajoute, inexorable, son facteur de déséquilibre, enfermant les pays les plus démunis dans le cercle vicieux de la surpopulation et du sous-développement économique et social.

L'on a souvent exposé au sein de cette Assemblée l'idée selon laquelle le développement d'un pays se mesure par l'état de santé atteint par sa population. En fait, le développement économique est corrélatif avec la prise en charge de la santé des communautés, assurée notamment au niveau des soins de santé primaires. Il s'agit donc d'abord d'agir sur chacun des facteurs de sous-développement avec des moyens spécifiques, dans le sens d'un nivellement des déséquilibres inter- et intranationaux.

Le seul moyen d'atteindre l'objet de notre Organisation, c'est d'intégrer le développement sanitaire dans un processus de développement global basé sur une plus équitable répartition des richesses, et des chances, en vue de l'instauration d'un nouvel ordre économique et social.

Par ailleurs, nous pensons que tous les Etats du monde doivent bénéficier des découvertes scientifiques et des progrès technologiques dans les multiples domaines concourant à l'épanouissement de l'homme. Mais quel que soit l'effort que l'on puisse faire dans le domaine de la recherche, de la formation, des techniques d'élaboration et de réalisation des stratégies sanitaires - auxquels notre pays souscrit pleinement -, la perspective de la santé pour tous à la fin de ce siècle restera un vœu pieux si le concert des nations ne manifeste pas concrètement sa solidarité.

La Région africaine, à laquelle nous appartenons, a des problèmes de santé aigus et importants, nécessitant de grands moyens humains et financiers, pour développer des programmes d'action urgents et adaptés à la gravité de la situation. L'Algérie, dans la mesure de ses moyens, apportera sa contribution dans ce sens. Elle réaffirme sa disponibilité pour coopérer avec tous les Etats de la Région dans le domaine de la recherche, de la formation et de l'organisation des services de santé.

En Algérie, les instances politiques, dont le souci constant est l'amélioration des conditions de vie et de travail des citoyens, sont parfaitement conscientes de l'importance des facteurs socio-économiques et culturels pour la promotion de la santé. C'est ainsi que des efforts considérables sont déployés en matière d'habitat, d'approvisionnement en énergie, des voies et des moyens de communication. Toutes ces réalisations sont une condition sine qua non pour organiser et rendre efficace le service de santé.

C'est ainsi que dans le cadre du Plan global de la santé pour tous, le Gouvernement algérien a décidé la mise en oeuvre d'un Programme national de lutte contre la mortalité infantile qui, malgré une baisse significative, demeure importante. L'objectif global du Programme national en cours est de réduire le taux de mortalité de moitié au terme du Plan quinquennal, en 1989.

Les données épidémiologiques et démographiques ont permis l'établissement d'une stratégie et l'identification des actions prioritaires à entreprendre. C'est ainsi que l'objectif fixé devra être atteint à travers les sous-objectifs suivants : 1) diminuer la mortalité et morbidité infantiles dues à la déshydratation suite à des maladies diarrhéiques; 2) assurer une couverture vaccinale de 80 % des enfants avant l'âge de deux ans contre les six maladies transmissibles pour lesquelles la vaccination est obligatoire; 3) généraliser les activités en matière d'espace des naissances au niveau de l'ensemble des centres de santé, polycliniques et maternités du pays; 4) assurer la surveillance de 50 % au moins des grossesses en vue de dépister les grossesses à haut risque et d'assurer la prise en charge de l'accouchement en milieu assisté; 5) promouvoir l'allaitement maternel, diminuer l'incidence de la malnutrition et éradiquer la malnutrition sévère chez les enfants; 6) réduire la mortalité néonatale précoce et tardive; 7) améliorer les conditions d'hygiène, spécifiquement en ce qui concerne l'approvisionnement en eau potable, l'évacuation des eaux usées et les ordures ménagères; 8) réduire la morbidité et la mortalité dues aux infections respiratoires aiguës et aux infections streptococciques; 9) établir un programme de formation fournissant à l'ensemble du personnel de santé les éléments spécifiquement requis pour les actions prévues dans le programme; 10) instaurer un système de recueil de données gestion-évaluation qui doit permettre le bon déroulement de tout le programme et favoriser la prise des décisions.

Ce programme se développe avec l'appui de plusieurs secteurs d'activité et le concours du FISE. C'est ainsi qu'un plan d'action rigoureux a été lancé, dès l'été 1984, pour lutter contre les maladies diarrhéiques aiguës par la réhydratation orale. Cette action, généralisée à l'ensemble du territoire national, se poursuit toute l'année et fait l'objet d'une évaluation mensuelle ainsi que d'un bilan annuel.

Un second plan d'action a été lancé en mars 1985 pour élever rapidement le taux de couverture vaccinale, avec une stratégie axée plus spécialement sur le rattrapage de la vaccination

contre la rougeole, et, dans le même temps, un développement accéléré du système de vaccination intégrée. Cette action nous a permis d'atteindre, par exemple, pour la vaccination contre la rougeole, un taux qui dépasse d'ores et déjà les 80 %. Il est à signaler qu'une enquête nationale sur la couverture vaccinale et l'état immunitaire des enfants a été faite, et a bénéficié de la collaboration de notre Organisation, l'OMS.

Un troisième plan d'action visant à généraliser les activités d'espacement de naissances au niveau des structures de base a été également lancé au cours de l'année 1985. L'action se poursuit, et l'intégration de l'activité d'espacement des naissances dans toutes les structures sanitaires (hôpitaux, polycliniques, maternités, centres médico-sociaux, salles de soins, P.M.I) est déjà une réalité.

Enfin, il est à noter que toutes les autres activités touchant le domaine de l'enfant et de la mère et celui de l'hygiène du milieu ont été notablement dynamisées et font l'objet d'un suivi et d'une évaluation soutenue.

Dans le domaine du médicament, l'Algérie soutient la stratégie de l'Organisation mondiale de la Santé en ce qui concerne notamment les médicaments essentiels. Nous appuyons les principes de responsabilité développés par la Conférence des Experts sur l'usage rationnel des médicaments qui s'est tenue à Nairobi en 1985. Cette responsabilité des parties concernées est importante dans le domaine de la formation, de l'information, de la fabrication, de la distribution et du contrôle. L'objectif est que le médicament puisse remplir son rôle de moyen efficace de protection et de promotion de la santé, et d'éliminer les causes du gaspillage, aussi bien que les effets adverses susceptibles de créer des problèmes supplémentaires de santé à la population. Dans cet ordre d'idées, mon pays a établi une liste de 530 médicaments essentiels et, en collaboration avec l'OMS, un guide thérapeutique destiné aux médecins et leur permettant de rationaliser l'usage du médicament.

Monsieur le Président, à travers ces quelques considérations et ce bref tour d'horizon, j'ai voulu mettre l'accent sur la nécessité d'agir en fonction d'une vision globale des problèmes de santé, en particulier pour ce qui concerne les pays du tiers monde.

En vérité, si nous ne parvenons pas à utiliser rationnellement les ressources disponibles dans le monde, et à canaliser les énergies pour un nouvel ordre économique et social équitable, en faveur des pays en développement et des pays sinistrés, assurant la dignité et la justice entre les peuples, nous demeurerons extrêmement pessimistes quant aux perspectives d'avènement de la santé pour tous à la fin de ce siècle.

Pourtant, la stratégie mondiale est réaliste et prometteuse, et nous souhaitons ardemment partager la conviction et la foi du Dr Mahler, Directeur général de notre Organisation.

Je saisis cette occasion pour lui renouveler notre confiance et le féliciter pour les efforts qu'il ne cesse de déployer pour réaliser nos objectifs, en s'appuyant sur les aspirations des peuples du tiers monde à une vie digne et une meilleure espérance de vie.

Dr CUI YUELI (China):

尊敬的主席先生，女士们，先生们：

首先，请允许我代表中国代表团对大会的召开表示热烈的祝贺，并衷心祝贺 Z. 哈姆泽博士当选为本届大会主席。

中国代表团赞同总干事提出的关于世界卫生组织的工作报告。世界卫生组织提出的“二〇〇〇年人人享有卫生保健”的战略是英明的，实施是有成效的，我们必须同心协力支持它，为它的实现作出应有的贡献。中国政府已经从各方面加强措施，促进这一目标在我国的实现。

中国是世界上人口最多的发展中国家，实现这一战略目标是很艰巨的。但是我们已经进行和正在进行卓有成效的工作。解放前，中国卫生状况极端恶劣，疾病猖獗流行，人民健康根本没有保障。一九四九年新中国成立后，我们首先致力于建立农村、工矿和城市的初级卫生保健组织，集中力量

预防和控制严重危害人民健康的流行性疾病，五十年代就消灭和基本消灭了天花、鼠疫、古典型霍乱、黑热病、斑疹伤寒、回归热和性病等。从1949年到1985年，急性传染病的发病率已由十万分之二万下降到十万分之八百，下降了百分之九十六。计划免疫相应的疾病发病率脊髓灰质炎已由4.06/10万下降到0.13/10万，白喉由23.1/10万下降为0.14/10万，百日咳由251/10万下降为11.77/10万，麻疹由1432.4/10万下降为34.5/10万，其它传染病、地方病的发病率、患病率也十倍、几十倍地下降，例如，血吸虫病患者已由五十年代初期的一千一百多万减少到六十多万；疟疾患者由三千多万减少到四十八万；麻风患者由五十万减少到十万；丝虫病患者由三千多万减少到四百万。1983年食品卫生法试行以来，食物中毒减少了百分之五十；五大卫生（环境卫生、放射卫生、学校卫生、劳动卫生和食品卫生）已进入法制管理阶段；我们正在进行“国际饮水供应和环境卫生十年”，目前已有四亿农民解决了清洁饮水问题。

由于疾病的减少，卫生状况的改善，我国人口总死亡率已由五十年代初的千分之二十五下降到千分之六点七、婴儿死亡率由千分之二百下降到千分之三十四点七；人口平均寿命由三十五岁上升到六十七点九岁。

取得这些成绩，主要原因是：

一、认真贯彻“预防为主”的方针。解放初我们组织了全国各地卫生防病队伍，扑灭了严重危害人民健康的烈性传染病。组织了全国基层卫生预防网，解决了人民“无医无药”的问题。组成了从中央到县、乡的全中国卫生预防网，这个专业队伍已发展到六十万人。（不包括医疗队伍）他们正在有计划地和多种传染性疾病进行斗争。

二、“卫生工作与群众运动相结合”。三十多年来我们组织专业人员和群众相结合，宣传、动员、组织群众，共同向疾病作斗争，收到了事半功倍之效。如目前我们进行的计划免疫、改良饮水和开展爱国卫生运动等都是这样做的。

三、重视人力资源开发。要把十亿人民的预防保健工作做好必须大力培训提高各类预防人员。一方面要重视高、中级学校卫生预防人员的培养，多招生、提高质量、合理分配；另一方面要认真组织在职卫生技术人员的培训，使他们不断提高业务水平和工作质量。

四、对每一种疾病的防治和每一项卫生事业发展，都要制定切实可行的规划和具体措施。集中可能集中的人力、物力、财力，统一部署，统一行动，这样就可以更有效的控制和消灭重点疾病、解决一些重要的卫生问题。

今后，我们的预防保健工作，还是从我国十亿人民的健康出发，把预防保健工作的水平普遍提高一步。

1. 进一步健全遍布城乡的卫生保健网。加强农村县和乡两级卫生保健机构，把防病工作有关的经费、人员、组织落实到基层。增加医疗预防费用，使八亿农民的健康进一步得到保障。

2. 中国政府决定分两步实现普及免疫的目标，即1988年前以省为单位接种率达85%；1990年以县为单位接种率达到85%。这样就可以基本上消灭麻疹、脊髓灰质炎、白喉、百日咳、破伤风。同时控制和消灭狂犬病、布氏杆菌病、丝虫病、疟疾、地方性甲状腺肿、麻风等疾病。

3. 卫生部门配合农业、水利部门，在1990年前使八亿农民中的80%的人口饮用上安全卫生水。到二〇〇〇年八亿农民全部饮上清洁卫生水。

4. 加强卫生立法和执法工作，实行对环境卫生、劳动卫生、食品卫生、放射卫生、公共场所卫生的监督管理，依法办事。严格药品生产审批制度，取缔伪劣药品，加强药物管理。

5. 抓好医药科研项目一百个，力争在恶性肿瘤、病毒性肝炎、流行性出血热、心脑血管疾病、职业病以及节育技术与新型药物研究方面取得进展，并发挥中医中药和中西医结合防治的作用。

6. 加强卫生宣传教育，提高人民自我保健能力。为此要深入开展以除害灭病和净化、绿化、美化为主要内容的爱国卫生运动，开展戒烟活动，提倡体操、跑步、游泳、打球、太极拳等各种体育活动。运用报刊、广播、电视、电影普及卫生知识，培养群众良好的卫生习惯。努力办好全国八百种卫生科普小报和医药期刊杂志，出版更多的健康教育小册子及宣传画。

主席先生，各位朋友：

我们高兴地看到，我国同世界卫生组织以及许多国家之间的友好技术合作不断发展，友谊不断加深。今后我们仍将为发展这种友谊和合作而努力，为实现二〇〇〇年全球人人享有卫生保健做出贡献。

谢谢各位。

中国部分疾病减少或控制情况

病 种	解 放 初 期		现 在 (1985)	
	绝对数	发病率 1/10万	绝对数	发病率 1/10万
天 花	67,026	11.2	消 灭	
古 典 型 霍 乱	20,000	3.55	消 灭	
鼠 疫	3,455	0.68	基 本 消 灭	
性 病			基 本 消 灭	
回 归 热	10,167	20.90	基 本 消 灭	
黑 热 病	72,496	15.00	基 本 消 灭	
斑 疹 伤 寒	29,772	4.47	基 本 消 灭	
白 喉	152,125	23.09	1,404	0.44
百 日 咳	2,203,264	250.99	121,414	11.77
麻 疹	9,444,659	1,432.41	355,960	34.51
脊 髓 灰 质 炎	28,970	4.06	1,390	0.13
疟 疾	30,000,000	5,454.54	480,000	46.15
丝 虫 病	30,000,000	5,454.54	4,000,000	384.61
麻 风	500,000	90.90	100,000	9.61
血 吸 虫 病	11,000,000	2,000.00	500,000	48.07

Mr A. Jameel (Maldives), Vice-President, took the presidential chair.

M. A. Jameel (Maldives), Vice-Président, assume la présidence.

Г-н А. Jameel (Мальдивские Острова), заместитель Председателя, занимает председательское место.

El Sr. A. Jameel (Maldivas), Vicepresidente, asume la presidencia.

السيد أ. جميل (ملييف) نائب الرئيس يتولى الرئاسة.

副主席 A. 贾米尔先生 (马尔代夫), 代行主席职位。

Dr. PEREZ MERA (República Dominicana):

Señor Presidente, señor Director General: Las condiciones de salud de la República Dominicana se han caracterizado a través de los años por la persistencia de niveles altos de enfermedades infecciosas en la infancia, por bajos niveles de cobertura de inmunización de la población y

por el acceso limitado de la mitad de la población a los servicios básicos de salud y a los medicamentos esenciales. Con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, del UNICEF y de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, el Gobierno dominicano desarrolló la infraestructura básica para aplicar el Programa Ampliado de Inmunización, a pesar de lo cual las debilidades administrativas del sistema de salud gubernamental no permitieron alcanzar niveles de cobertura superiores a los 20% ó 40%, por lo cual los problemas abordados permanecían prácticamente sin modificación.

El 16 de agosto de 1982, al inaugurar el Presidente Jorge Blanco el actual periodo de Gobierno de la República Dominicana, nuestro país inició una marcha firme hasta alcanzar la salud para todos los dominicanos, en consonancia con la política de equidad del nuevo Gobierno. En el siguiente mes de septiembre se iniciaron los contactos personales con destacados líderes nacionales con un sólido historial de vocación de servicio a la comunidad, además de dirigentes de organizaciones no gubernamentales, comunicadores sociales, académicos, miembros destacados de los más importantes grupos religiosos, empresarios, profesionales del sector de la salud y de la educación, sindicalistas, artistas, deportistas y otros. A través de estos contactos se formó un movimiento que alcanzó tanto a la opinión pública como a toda la nación para que participaran en los esfuerzos colectivos a fin de resolver los problemas prioritarios de salud del país. La primera actividad escogida fue la inmunización de todos los niños con riesgo de contraer la poliomielitis, mediante vacunadores voluntarios, adecuadamente adiestrados para ello. La vacunación se realizó en un fin de semana, casa por casa, lo que permitió prescindir de la tradicional cadena de frío, que nunca había funcionado apropiadamente en el país. Desde 1983 se han realizado anualmente dos jornadas anuales de vacunación contra la poliomielitis, lográndose siempre coberturas mayores del 90% de la población con riesgo. En 1985 se adiestraron unos 40 000 voluntarios en las técnicas de inyección subcutánea e intramuscular para que en jornadas sucesivas inmunizaran, casa por casa, contra la difteria, la tos ferina y el tétanos a los niños de menos de 3 años; contra el sarampión a los lactantes y contra el tétanos a las mujeres en edades comprendidas entre los 10 y los 45 años, con el fin de prevenir el tétanos en el recién nacido. En todas estas jornadas de vacunación se han alcanzado coberturas superiores al 90%. Desde 1983 no se ha registrado en el país un caso confirmado de poliomielitis paralítica. Después de la vacunación contra el sarampión realizada en octubre de 1985, se ha registrado una reducción del 96% en la incidencia de esta enfermedad. Reducciones parecidas están ocurriendo en los casos de la difteria y la tos ferina. La participación organizada en todo el país de voluntarios de la comunidad se ha transformado en una estructura con caracteres de permanencia que han participado en acciones masivas dirigidas a luchar contra la helmintiasis intestinal, aplicando en un fin de semana, al 85% de la población del país una dosis de mebendazol y, al 85% de la población con riesgo de contraer el paludismo cloroquina-primaquina. Estos voluntarios participan además en el programa de vigilancia del paludismo. Se han distribuido también en un fin de semana, dos sobre de sales de rehidratación oral a todos los hogares junto con un mensaje educativo sobre la forma de usarlos. Estas acciones de salud han dado como resultado significativas reducciones de las prevalencias de la ascariasis, uncinariasis y tricuriarisis y prácticamente han eliminado el paludismo del país. Otros programas de masa dirigidos a problemas prioritarios de salud y saneamiento ambiental están hoy en las etapas finales de preparación y se aplicarán en un futuro próximo. Con estos esfuerzos sucesivos, se ha logrado articular una organización de apoyo a la atención primaria de salud, capaz de abarcar la totalidad de la población del país en unas 24 a 48 horas con acciones de diversas clases, tanto educativas como preventivas o curativas.

La organización integra personal nacional y local del sistema gubernamental de salud con personal de otras instituciones del gobierno central o municipal, así como de empresas privadas, organizaciones religiosas o voluntarias y, en general, ciudadanos con voluntad de servir a su comunidad. La organización ha desarrollado una capacidad logística que le ha permitido distribuir por todo el país, en apenas 48 horas, las sustancias biológicas necesarias para inocular a cerca de la mitad de la población, a través de una "cadena corta de frío" que suprime las costosas instalaciones de frío tradicional. El sistema empleado ha permitido lograr coberturas satisfactorias con inventarios mínimos. Asimismo, el sistema ha logrado producir efectos significativos con costos muy bajos. Por ejemplo, una reciente campaña de inmunización simultánea de 400 000 niños de menos de 3 años de edad contra la poliomielitis y 700 000 niños entre 1 y 4 años contra el sarampión se realizó con un costo de menos de US\$ 200 000, empleados en la adquisición de sustancias biológicas, jeringuillas desechables, en el adiestramiento de unos 40 000 voluntarios en la técnica de inyección subcutánea de la vacuna antisarampionosa y en el transporte de los materiales y otros gastos. La participación de los voluntarios tiene ya características de permanencia, siendo una mayoría los que llevan tres años participando en las diversas acciones masivas de cobertura nacional simultánea.

Un aspecto fundamental de la modalidad de los servicios de atención primaria de salud prestados en la República Dominicana ha sido el desarrollo de un método para la transferencia

masiva de tecnología moderna de salud a grandes grupos de la población y en ocasiones a toda la población del país. Este método ha permitido desarrollar varios programas educativos muy estructurados que adiestran a decenas de miles de personas, en sesiones de cuatro horas a grupos de 50 personas, para que sean capaces de inyectar a niños o adultos, tomar muestras, preparar informes o identificar a todas las personas que pertenecen a grupos más expuestos. Ha permitido también la preparación de los instructores necesarios para la administración, sin deformaciones de las unidades de adiestramiento que se emplean para el desarrollo de cualquier programa de salud específico. La experiencia adquirida en estos programas ha permitido lograr el establecimiento de una red nacional de farmacias populares, que garantizan el acceso casi universal de los medicamentos esenciales a la población rural y urbana de bajos ingresos.

Señor Presidente: Nuestro país tiene la satisfacción de haber logrado la cobertura universal con equidad para todos los dominicanos y espera extender la cobertura de los otros servicios con el fin de lograr la salud para todos antes, mucho antes, del año 2000.

Le Professeur THIOUNN THOEUEN (Kampuchea démocratique) :

Monsieur le Président, au nom de la délégation du Gouvernement de coalition du Kampuchea démocratique, permettez-moi de vous présenter mes chaleureuses félicitations pour votre élection à la présidence de notre Assemblée. Je forme les meilleurs souhaits pour que, sous votre conduite, nos débats se déroulent dans l'ordre et se terminent par un succès complet. Je remercie en même temps Monsieur le Directeur général, le Dr Mahler, pour son dynamisme et ses nouvelles idées pour la réalisation de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

Monsieur le Président, Monsieur le Directeur général, Mesdames, Messieurs, la paix et la santé sont deux choses inséparables. Il n'est pas possible d'appliquer le programme de santé pour tous d'ici l'an 2000 dans un pays envahi, ravagé et occupé par des troupes vietnamiennes, assoiffées d'expansion, de guerre, de génocide, où tout est prétexte pour tuer, détruire, brûler, dévaster.

Pour tuer; tous les moyens leur sont bons : la famine, les armes les plus sophistiquées et les armes chimico-biologiques. Permettez-moi, Monsieur le Président, d'ouvrir ici une petite parenthèse pour une brève exposition des syndromes chimiques, en précisant que toutes les victimes des armes chimico-biologiques toxiques sont contagieuses; c'est dire qu'il faut prendre toutes les précautions indispensables avant de les examiner et les soigner : 1) syndrome hyperthermique : 40°C à 41°C; 2) syndrome neurologique : céphalées, vertiges; perte de conscience intermittente, de durée variable; diminution de la concentration intellectuelle, avec des absences; abolition des réflexes ostéotendineux (rotulien, achilléen, olécranien); hémiparaplégie transitoire; 3) hoquets continus, empêchant tout repos; 4) syndrome sanguin : hémolyse se traduisant par des vomissements hémorragiques et des hémorragies rectales qui peuvent tuer les malades.

Monsieur le Président, le Kampuchea démocratique est devenu Membre de l'OMS depuis le mois de mai 1980. C'était un Kampuchea souffrant, luttant contre un ennemi supérieur en nombre. Des années ont passé, beaucoup de choses ont changé sur les champs de bataille. Faibles hier, aujourd'hui plus forts, notre combat continue. Malgré les armes et les différents moyens de répression utilisés par les troupes vietnamiennes, l'armée nationale du Kampuchea démocratique pénètre plus profondément à l'intérieur du pays : autour du Grand Lac (le Tonlé Sap), autour de la capitale, Phnom-Penh, jusqu'à la frontière est avec le Vietnam. L'armée nationale reçoit 1) l'appui du peuple khmer, qui ne peut plus supporter l'occupation étrangère et 2) celui des soldats de Heng Samrin ralliés à notre juste cause. L'union de ces trois forces remporte de brillantes victoires dans les principales villes de province, autour du Tonlé Sap et autour de la capitale Phnom-Penh.

Pour ne pas prolonger cette guerre, qui entre dans sa huitième année, le Gouvernement de coalition du Kampuchea démocratique a proposé un plan de paix en huit points pour un règlement pacifique de la guerre au Kampuchea. Ce plan permet la réconciliation de tous les Khmers après le retrait de toutes les troupes vietnamiennes. Il appartient au peuple du Kampuchea de décider lui-même de son propre avenir. Ce plan a reçu le soutien des pays de l'ANASE et de toutes les nations éprises de paix et de justice dans le monde.

Nous prions ces pays de continuer à soutenir notre lutte contre l'expansionnisme vietnamien et d'insister auprès de l'Union Soviétique et du Vietnam pour qu'ils ne le rejettent pas trop hâtivement, car il contient des clauses qui permettent à tout le monde de gagner. En effet, une fois la paix revenue au Kampuchea, le Vietnam pourra relever son économie, vivre en paix avec le Kampuchea démocratique sous la garantie d'un traité de non agression et de coexistence pacifique.

Il est vrai que le Kampuchea se bat pour sa survie nationale, mais il contribue en même temps au maintien de la paix dans la région du Sud-Est asiatique et du Pacifique.

Une fois la guerre terminée, il sera alors plus aisé pour nous de réaliser le programme de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Déjà au temps de la civilisation d'Angkor, il existait un réseau sanitaire sur tout le territoire du Kampuchea. On voyageait en charrette à bœufs, et à pied. Sur toutes les routes, on voyait des stations de relais, avec des jarres d'eau potable, où les voyageurs s'arrêtaient pour se reposer et aussi pour se faire soigner. Le peuple khmer était réputé pour le traitement de la lèpre, des diarrhées et de la constipation avec les médicaments de la médecine traditionnelle. Il savait utiliser le fer dans le traitement de l'anémie, le cuivre, et enlever les calculs de la vessie.

Un auteur célèbre a écrit que "la valeur n'attend point le nombre des années". Dans le contexte de Rodrigue, c'est exact - mais pour moi, je crois plutôt que la valeur vient de la détermination et du courage.

Je souhaite sincèrement qu'à l'humanité entière soit épargnée toute nouvelle guerre, aussi bien conventionnelle que nucléaire.

MrsR. HELGADOTTIR (Iceland):¹

Mr President, Mr Director-General, distinguished delegates, ladies and gentlemen. Let me commence by congratulating you, Mr President, and the other officers on your elections to the high offices of the Thirty-ninth World Health Assembly.

We have been invited to give special attention to targeting for health for all through national action programmes for primary health care. Health for all requires a broad collaborative action between all concerned and especially with the people themselves helping to protect their own health. Our constraints have been that health for all is an idea which has been limited to the health sector and within that sector mainly to policy-makers and administrators. The process has been dynamic when WHO and its Member States are interpreting the health-for-all concept into concrete action. Step by step we have seen achievements which show that health for all is not only a dream but can be brought to people by realistic approaches.

A promotional campaign for health for all has been launched in Europe aiming at increasing the awareness of the people of the European health policy which has been formulated with the 38 regional targets. It was indeed a great honour for Iceland to be the launching pad of this promotional campaign. It has been clearly shown that there are numerous aspects which need to be coordinated in the promotion and implementation of a health-for-all plan of action. There are political constraints where different interests in society have to be balanced out, where we sometimes have to weigh economy against health. Examples of this are the frequent differences in nutrition policies between agriculture and health. Taxation policies often conflict with health policies, the policies in control of alcohol and tobacco use may conflict with temporary financial interests. In overcoming these constraints it will be necessary to strike the proper balance, to find a modus vivendi where good health is the guiding principle. Although our overall goal is the same, our national solutions are bound to differ in substance. I therefore underline that a health-for-all plan of action is a national exercise where we can learn from each other internationally, but national characteristics, practices and policies will form the basis of our individual plans.

My country has no tobacco production at all and hardly any alcohol production. It is therefore obvious that we can take a much firmer action in these fields and, indeed, we have. The Icelandic Parliament has passed legislation on the prevention of smoking and we already see results. Imports have decreased significantly, the attitude of the people has changed in that smokers are increasingly respecting the rights of nonsmokers. Measures for the protection of nonsmokers in the working place, public places and official meetings have also been stipulated. A recent event is the creation of a national movement under the banner of "Nonsmoking Iceland by the year 2000" - with the participation of the Federation of Sports Clubs, youth associations, the Cancer Union and numerous other voluntary organizations. Considerably fewer men are smoking today compared to five years ago, but the smoking habits of women are only changing very slowly in the right direction. Lung cancer among women is unfortunately still on the increase. I am very pleased to see the comprehensive and very useful report of the Director-General "Tobacco or health", which will be discussed during this Health Assembly. Our people deserve a very frank and clear resolution on this matter.

¹ The following is the full text of the speech delivered by Mrs Helgadóttir in shortened form.

The problems of AIDS is another item to be discussed by this Health Assembly. I would like to thank the Director-General for his very firm action. The initiatives of WHO to inform the health professions and the public about AIDS, its epidemiology and measures to prevent it are highly commendable. AIDS is a good example showing that disease does not respect national borders and spreads much faster than before due to increase in travel and communications between countries. Prevention of AIDS therefore requires an international effort. WHO plays a major role in supporting Member States by dissemination of information on advances in prevention, diagnosis and treatment of AIDS. Another matter of serious concern mentioned this morning by the Minister of Health of the Netherlands are precautions against nuclear accidents. Supporting his views, I should like to draw the Health Assembly's attention to a quotation from the conclusions of a specialist meeting held yesterday in the WHO Regional Office for Europe. It states, and I quote, "There is a need to establish an international system to collect and interpret information on any future large-scale accident. This system should be based on existing national systems and international networks and should provide for early exchange of information within and among countries. There is a necessity for maintaining systems at national and local levels to provide information and advice to the public from well-defined focal points".

I welcome the fact that one of the items to be discussed during this Health Assembly is the role of nursing and midwifery in health for all. The shortage of nurses is a matter of major concern in many countries of the world.

My delegation notes with satisfaction that the subject for the Technical Discussions during this Health Assembly is intersectoral cooperation for health. It is essential that a coordinated action from government level and through all levels of society drives this action. We are trying to increase such coordination, formulating an action plan against the increased use of alcohol, narcotics and psychoactive drugs. I can also mention that we are actively building a network across sectors to implement a programme for the prevention of noncommunicable diseases in cooperation with nine other Member States of Europe. In order to obtain results in such a programme it is essential to have support from the community.

In this respect, I can report on remarkable supportive actions from the public in Iceland in the form of country-wide collections, e.g. for cancer research, prevention and treatment.

The slogan for World Health Day "Winners for Health" has also gained attention and by mid-summer there will be a three-day programme under this banner.

The most important recent event is that the Government of Iceland has formally decided to formulate a national health-for-all policy on the basis of the European health-for-all strategy.

All governments seem to share the concern of growing costs in health care. It has been quite difficult to collect and evaluate data in this respect but now we are well under way. Harmonization of classification systems is necessary in order to ensure the comparability of data. I would like to state on this occasion that a close cooperation between international agencies is necessary with regard to the handling and interpretation of national data and I should like to draw attention to a recent publication by OECD "Measuring Health" which is a good example of this. Growing costs in the health sector are universal and are a fundamental problem for developing countries. They have the greatest difficulties in allocating resources to the most essential drugs and basic technology. We, therefore, support WHO's programmes on essential drugs and vaccines and on technology assessment. We appreciate the Director-General's careful planning and conduct of the Nairobi Conference on the Rational Use of Drugs and I should also underline our appreciation of the Ministers' Conference in London.

WHO has been reasonably well protected against extraneous political pressures. WHO has no supranational authority, it can only act as an "honest broker" in health matters. For the survival of this humanitarian organization it is necessary to leave the clearly political disputes to those United Nations organizations which are constitutionally formed to deal with such issues. However, national health targets are an integral part of political decision-making and health for all has, therefore, a political dimension.

Finally, I would like to congratulate, on behalf of my Government, the Director-General, Dr Mahler, the Executive Board and the Secretariat of WHO on their admirable work on the long-term programme of the Organization as well as in dealing with everyday problems relating to the political and economic constraints. I also take the opportunity to thank Dr Asvall and the Regional Office for Europe for excellent work and collaboration with my Government.

The ACTING PRESIDENT:

Thank you. I now invite the next speaker on my list, the delegate of the Democratic People's Republic of Korea, and call on the delegate of the Gambia to come to the rostrum.

Before I give him the floor, I would like to announce that the delegate from the Democratic People's Republic of Korea has asked to speak in his national language. In accordance with Rule 89 of the Rules of Procedures of the World Health Assembly, an interpreter provided by the delegation of the Democratic People's Republic of Korea will simultaneously read the text of his speech he makes in his national language. Thus the original speech will be heard on Channel 1 and the interpretation into the other languages on the normal channels. I now give the floor to the delegate of the Democratic People's Republic of Korea.

Dr LI Jong Ryuh (Democratic People's Republic of Korea) (interpretation from the Korean):¹

Mr President, distinguished delegates, allow me first of all to offer my congratulations to the newly elected President and Vice-Presidents of this Assembly. I also congratulate the Director-General, Dr Mahler, on the energetic activities he has carried out for the development of WHO work during the period under review, and on his excellent Report presented to this Assembly.

The successful performance of the first evaluation of the health-for-all strategy is one of the important achievements which have been registered in WHO's work during the period under review. Through the first evaluation of the Strategy, the correctness of the Strategy has been reaffirmed and health status of peoples further improved in the practical struggle for implementing the Strategy. Ultimately, all these encourage WHO and all its Member States to vigorously come out for carrying out their noble cause to attain the strategic goal with firm conviction and fighting spirit.

We consider, however, that there is still a great deal of work to do in order to attain the goal of the world health strategy. We think that in order to solve successfully many problems arising from attaining the strategic goal, WHO should popularize the valuable achievements made and the good experiences gained in the first evaluation of the Strategy and continue to direct great efforts to increasing all possible forms of assistance and support to Member States, especially developing countries, to enable them to successfully implement the Strategy.

Prevention of war and maintenance and consolidation of peace are the most important guarantees to protect mankind from the catastrophe of nuclear war and promote health and welfare of human beings.

Therefore, we consider that the arms race should be stopped, with disarmament, and the huge amount of money spent for the preparation of war should be used for peaceful purposes, especially for financial assistance to developing countries who are struggling to attain the goal of health for all by the year 2000.

The Government of the Democratic People's Republic of Korea has taken a series of measures to further develop the country's health services and registered great successes.

The great leader Comrade Kim IlSung, President of the Democratic People's Republic of Korea, said: "The Juche idea is based on the philosophical theory that Man is the master of everything and decides everything". The Government has concentrated great national efforts on the development of health services, on the principle of considering Man, the most precious and powerful being in the world, as the central factor, based on the philosophical theory of the great Juche idea that Man is the master of everything and decides everything.

During the period under review the Government made a huge amount of State investment in health services; it increased health service expenditure for the year 1984 to 108.1% against 1983 and that for the year 1985 to 104.1% as against 1984; it will further increase that for this year too.

On the basis of such State investment, during the period under review, more hospitals supplied with modern medical equipment and facilities have been established in our country, particularly a large, modern hospital which has sprung up in the capital, Pyongyang, and health services for the population have been further improved as the production of drugs and medical appliances have increased. As a result, health services for the population have been further improved.

During the period under review, the second Seven-Year Plan (1979-1984) for the development of the national economy of the Democratic People's Republic of Korea was successfully fulfilled in our country. With the brilliant fulfilment of the Second Seven-Year Plan, the might of our independent national economy has further increased; on that basis the level of our people's material and cultural life has further been enhanced and big qualitative changes have taken place in health services.

During the period 1978-1984, about 290 prophylactic and therapeutic institutions were newly built, the number of doctors increased 1.4 times and that of hospital beds 106%.

¹

In accordance with Rule 89 of the Rules of Procedure.

The Government has taken a series of epoch-making measures to decisively raise the quality of primary health care on the basis of successful achievement of the first-stage task of health for all by the year 2000.

In order thoroughly to carry out the policy of preventive medicine in health services, the Government, first of all, has vigorously pushed ahead with the work for further strengthening dispensarization in medical service to prevent, beforehand, diseases with high mortality and invalidity, including cardiovascular diseases, cancer and metabolic disorders which are now presented as the important target of the struggle; for preventing pollution in advance by establishing the pollution monitoring system; and for lifting to a high level the health care for the population by strengthening the section-doctor system.

The fifth session of the Seventh Supreme People's Assembly held recently adopted the Environment Protection Law of the Democratic People's Republic of Korea. The adoption of this law allows us to protect well people's life and labour and to promote further their health by preventing pollution in advance. This is also a juridical foundation for the protection of peoples from the danger of nuclear war.

In order to raise the level of health services for the people, the Government has also taken measures to combine properly traditional Korean medicine with modern medicine, to improve diagnosis and therapy methods, to establish more specialized hospitals and departments in the capital and provinces and to develop therapeutic and preventive work from specialization by the system to specialization by organs and diseases. Such steps will provide valuable technical support to the preventive and therapeutic organs for primary health care.

The Government also paid attention to the promotion of medical research and to enhancing the quality of doctors by setting up research institutions and reorientation institutes, including the Institute of Medical Genetic Research and the Child Nutrition Research Institute.

Last year, epochal measures were taken to promote peasants' welfare in our country. The Central People's Committee of the Democratic People's Republic of Korea promulgated the decree dated 4 October 1985 on the introduction of social security services for the cooperative farmers. The well-being and health of our farmers have come to be further promoted because of such state measures.

During the period under review, cooperation between our country and WHO has been further strengthened in the prevention and control of cancer and cardiovascular diseases and in other necessary fields. We are satisfied with it.

1985 was a meaningful year, which greeted the fortieth anniversaries of the foundation of the glorious Workers' Party of Korea and liberation of the fatherland.

Thanks to the correct measures taken by the Government under the wise leadership of the great leader Comrade Kim Il Sung and the Worker's Party of Korea, great changes have taken place in our public health services over the past 40 years.

Achievements gained in those 40 years show as follows in comparison with the situation of pre-liberation: the number of hospital beds increased from one to 130 per 10 000 population, the number of doctors from 0.5 to 24, mortality per thousand population decreased from 20.8 to 4, mortality under one year of age from 204 to 10, and average lifespan increased from 38 to 74 years.

In the future, too, we will fight for the noble cause of attaining the strategic goal of health for all by further developing health work on the basis of the successes already gained and strengthen collaboration with all countries supporting Chajusong.

Dr Z. Hamzeh (Jordan), President, resumed the presidential chair.

Le Dr Z. Hamzeh (Jordanie), Président de l'Assemblée, reprend la présidence.

Д-р З. Хамзех (Иордания), Председатель, занимает председательское место.

El Dr Z. Hamzeh (Jordania), Presidente, vuelve a ocupar el sillón presidencial.

الدكتور زيد حمزة (الأردن) رئيس الجمعية استأنف الرئاسة.

主席 Z·哈姆泽博士(约旦), 重行主席职位。

Mr JALLOW (Gambia):

Mr President, Dr Mahler, Regional Directors, fellow ministers, honourable delegates.

I once again bring to this Assembly, the greetings of the President, the Government and the entire people of the Gambia. It is our hope that, as in the past, this august body will continue to set a shining example of resolute determination to address those issues with which it is specifically charged.

Mr President, I take this opportunity briefly but sincerely to extend my congratulations to you and the other officers of this Assembly on being elected to these high offices.

As we assess our individual and collective performances since we last met, it is my intention to concentrate mainly on some of the factors that appear to militate against the achievement of our common objectives. Undoubtedly, one of the more gratifying realizations in the recent past, has been the increasingly frank and honest manner in which countries have come to acknowledge their problems and short-falls. Unless we are really true to ourselves, we have little hope of resolving the many major obstacles that stand in the way of health for all.

In this context I must once again commend the Director-General and our Regional Director for their increasing efforts at fostering this trend through such activities as joint primary health care reviews and the joint evaluation of national programmes.

As the policies and main strategies for primary health care adopted by my Government have been described to this Assembly in the past, I intend to focus attention on some of our action programmes targeted towards health for all. As we in the Gambia have now acquired a few years of experience in primary health care implementation, certain broad areas of difficulties are worth sharing with you.

First and foremost must be the worsening economic situation in many Member States, particularly in the African Region. The persistence of factors such as galloping inflation, high rates of currency devaluation, local scarcity of hard currency, high debt service demands, and stagnant or decreasing national incomes all continue to make planning and programme implementation nearly impossible.

The second broad area of difficulty is intrasectoral coordination. It is our experience that, despite deliberate efforts at integration of programme activities at the service level, sustaining simultaneously the optimum level of performance of the various programme components is proving frustratingly elusive. As a result of various related factors, achievements in such basic programmes as the expanded programme on immunization, the control of diarrhoeal diseases, maternal and child health and malaria control have stagnated, and even in some instances declined. The realization of the appropriate time to apply the brakes on programme expansion, while efforts are directed at the consideration of priority programme areas, has now become a stark reality for us.

The related problem of poor intersectoral coordination, accorded its rightful place in this Assembly, needs no further comment from me at this point in time.

The Director-General in his Report on the biennium under discussion has emphasized the need to redesign and restructure health infrastructure to be more responsive to the needs of the Health for All Strategy. We in the Gambia welcome this emphasis, and would like to see it as a continuing effort if we are to keep up with changing needs and circumstances. Illustrative of this problem is that while we have in place an exceptionally successful traditional birth attendants' service within the community health system, the deficiencies within the intermediate level referral facilities continue to result in unacceptable levels of maternal morbidity and mortality.

The temptation to overload an already precarious health infrastructure by too rapid an introduction of too many programmes, primarily because of offers of readily available funding, must be resisted. I confess that we have been victims to this almost irresistible bait. Mr Director-General, our Organization must therefore continue to pursue the excellent objectives embodied in the health resources group concept.

Honourable delegates, while we continue to be amazed at the zeal with which our rural communities continue to adopt the primary health care concept, significant problems have begun to appear in the aspect of community participation. Inadequate or inconsistent arrangements for community health workers' remuneration, deep inconsistencies between plans and community action and the obvious inadequacies in community organization for health action all require urgent resolution. We have been so concerned about our inability to address these related issues more effectively, that we recently undertook socio-anthropological studies in order to assist us to understand the basic reasons for these problems. One thing is already clear: the level of support and quality of technical supervision from the formal sector require significant improvement, as does our method of community sensitization. Methods of improving the economic base of our village development committees must be devised through closer intersectoral action.

I hope this self-critical submission will not be construed as a sign of loss of faith in the path we have consciously charted for ourselves - quite the contrary. We have never seen any merits in self-delusion. The appreciation of the difficulties that lie ahead has helped to strengthen our resolve to seek for appropriate solutions in collaboration with this Organization and other partners in health. There are no rational alternatives to the health-for-all Strategy.

It is with this firm belief that my Government, in collaboration with some friendly countries and multilateral agencies, has embarked upon a major project for the immediate strengthening and rehabilitation of the health sector. It is called the Population, Nutrition and Health Project. The main objective of this project is systematically to consolidate and rehabilitate the entire national public health system over the next five years. Wide ranging pre-project activities include quite a number of in-depth studies.

The project will also strengthen key programme areas such as maternal and child health, the expanded programme on immunization, control of diarrhoeal diseases, control of acute respiratory tract infections, primary eye care, oral health and the control of locally endemic diseases.

Quite recently, my Government, with the assistance of the WHO Prevention of Blindness Programme Office and the technical assistance of the International Centre for Eye Health in London, embarked upon a national survey of blindness and eye disease.

It is a clear re-affirmation of my Government's unwavering commitment to health development that in the midst of an extremely stringent economic recovery programme we are prepared and determined to pursue our health objectives to the fullest extent.

Mr President, may I at this juncture crave your indulgence to publicly express my Government's deepest appreciation for the very generous support the Gambia continues to enjoy from many friendly governments, international organizations and agencies in the field of health. I wish specifically to mention the Governments of the United Kingdom, Italy, the Federal Republic of Germany, the Netherlands and the People's Republic of China. The current initiative of the Government of Italy through its emergency programme of assistance in health and nutrition needs special mention. The increasing collaborative role of agencies such as UNICEF, UNDP, UNCDF, FAO, the African Development Bank and the World Bank to augment the efforts of this Organization needs special and lofty praise. It is at these times of extreme economic difficulty that we shall all come to know whether or not we are really determined to achieve our common objective of health for all by the year 2000. For while we in the developing world continue to grapple with age-old diseases like malnutrition, measles, diarrhoea, malaria, tuberculosis and leprosy, the entire world community is increasingly being plagued by diseases resulting from unhealthy living habits and practices. One particular cause for anxiety is the devastating appearance of the deadly disease known as acquired immune deficiency syndrome. It will call for even more collective action if we are to effectively address these diseases.

Mr President, I close by restating my delegation's unwavering confidence in the leadership of this Organization, and, in particular, in the untiring efforts of the Director-General, Dr Mahler, and our Regional Director, Dr Monekosso, in the bid to revolutionize health action within the continent of Africa. We pray that we, the constituent Member States, will have the will and courage to play our part fully.

May this Assembly be endowed with the wisdom and foresight to answer the call of the millions for their basic right to health.

Mr MOTHIMABELE (Botswana):

Mr President, Director-General of the World Health Organization, Regional Directors, ladies and gentlemen.

I would like first and foremost to congratulate you, Mr President, and the rest of your bureau on your election to the important role of directing the work of this Assembly during its Thirty-ninth session. I am confident that you will discharge your tasks with the efficiency for which you are renowned.

Mr President, the special topic for this year's Assembly, namely, targeting on health for all through national action programmes for primary health care, is a great challenge to all of us. It is a great challenge because it is a very difficult part of planning to put into practice. We recognize, however, how vital targeting is to our health development.

In order to target, one needs inputs. We know that some targets have already been set both at the global level and country level, but we also know the difficulties of setting these targets without proper information inputs. Mr President, we are aware that two worldwide targets have been set, namely, safe drinking-water for all and immunization of all the world's children against the major infectious diseases of childhood by the year 1990. But prospects of attaining these targets differ greatly between countries, ranging from those which have almost no chance at all to those which have already attained them.

Mr President, a target provides the health worker with something to work towards. In combination with the 12 global indicators, targets could provide countries with yardsticks with which they could measure their progress towards the achievement of health for all. However, we should recognize that if targets are too high they could serve as a

disincentive. This would especially be the case when realities are not taken into account when targets are being set, or when there are not enough data to be used. My country, being a developing country with the usual inadequacy of expertise and lack of data, has experienced these problems when trying to set targets.

In the current Botswana National Development Plan, for the period 1985 to 1991, the Ministry of Health has set some targets for the achievement of health for all. Targets have been set for health infrastructure and manpower, for coverage by such services as ante-natal care, family planning and supervised deliveries, and for outcome indicators such as infant mortality rate and new-born babies with birth weight of at least 2500 grams. This is not an exhaustive list but an indication of the targeting that was used in our health planning process.

We have found it easier to set targets at national level because the limited expertise we have is mainly concentrated there. However, we are in the process of training district level personnel for such matters as target setting, programming, programme budgeting, supervision and monitoring and evaluation.

Mr President, Botswana is happy to say that WHO has been a major partner in the development of health expertise. Training in epidemiology, in health statistics and in health management, both long-term and short-term and both externally and internally, has had major support from the Organization. In addition, there have also been short-term consultancies in these fields. The delegation of Botswana therefore wishes to urge WHO to put even more emphasis on training relating to health information so that targeting on health for all will become a reality and routine at all levels of the health system. It is a mammoth task, but we believe it can be achieved.

Mr President, I would like to take this opportunity to commend WHO on the initiative it has taken in the development of a critical mass of leaders for the health-for-all movement. While we accept the importance of powers of leadership, leadership does not operate in a vacuum. Well-based organizational and management structures at all levels of the health system are a pre-requisite for effective leadership to take place. I therefore welcome the Director-General's efforts towards strengthening the ministries of health and district teams for primary health care.

Before I conclude, Mr President, I would like to submit that while we plan and set targets we must not forget the numerous uncertainties or unknown socio-political factors clouding the international and national atmospheres. I am saying this coming from a country which, together with a few others, is in the front line of a precarious explosive situation in southern Africa. Our hopes and expectations for health for all remain in serious doubt. Our very survival is in jeopardy because of the noxious racist apartheid minority régime at our doorsteps.

I wish to thank you very much Mr President, ladies and gentlemen, for having patiently listened to my short intervention.

Le PRESIDENT :

الرئيس

أعطى الكلمة الآن الى مندوب العراق لممارسة حقه في الرد على كلمة مندوب جمهورية ايران الاسلامية ، غير أنني أود أن أذكر بأن المادة ٥٩ من النظام الداخلي لجمعية الصحة تنص على أنه على المندوبين أن يتوخوا الإيجاز قدر الامكان في ممارستهم لهذا الحق ، مندوب العراق يتفضل •

Le Dr JABAL (Iraq)

الدكتور قاسم صالح جيل (العراق)

شكرا سيدي الرئيس ، أنتم تعلمون جميعا أن بلادى تخوض حربا منذ ست سنوات وهى تدافع عن نفسها ولو أردت الحديث عن ذلك لتحدثت ما يقرب سنة على الأقل ولكننى سأسعى الى اختصار الحديث جهد الامكان شاكرا لكم السماح لي بهذه الفرصة • سيادة الرئيس ، السادة رؤساء وأعضاء الوفود ، سمعت حديث مندوب ايران وتهجمه واتهاماته للعراق ، لقد جاء وفدى الى هذا المؤتمر ليساهم من خلال التعاون مع منظمة الصحة العالمية والمجتمع الدولى فى العمل باتجاه البناء والتقدم ورفاهية الانسان واستمع الجميع الى الكلمة التى ألقاها الوفد العراقى وقد تجنبنا أى ذكر للحرب التى تشنها ايران علينا منذ ست سنوات واحتلال ايران لأراض عراقية واعلان مسؤولية النظام الايرانى بشكل مستمر ورسمى بأنهم سيستمرون فى الحرب لاحتلال العراق • وعلى الرغم من انتهاكات النظام الايرانى لميثاق الأمم المتحدة والقوانين الدولية وما ينجم عنها من مأس على الانسان وصحته ، أقول على الرغم من كل ذلك فقد تجنبنا الحديث عن الحرب لرغبتنا فى عدم جر المؤتمر فى مناقشات سياسية تحرمنا الافادة من الوقت لمعالجة أمور الصحة

التي اجتمعنا من أجل مناقشتها ، ولكن يبدو أن مندوب ايران لايهمه وقت هذا المؤتمر فاتخذ هذا المنبر للدعاية السياسية لنظامه ، وليتهم العراق بادعاءات غير حقيقية ، ويتكلم عن أمور فرعية معتقدا بأن العالم سينسى الأمر الأساسي ، وهو الحرب والاستمرار عليها ، وهو بحديثه هذا كأنه يريد أن يقنع المجتمع الدولي بأن الحرب عمل مشروع وأن له الحق في القيام به ولا داع لمناقشته . فانتهاكه لميثاق الأمم المتحدة والقانون الدولي ورفضه قرارات مجلس الأمن وخاصة القرارين ٥٤٠ و ٥٨٢ اللذين دعيا الى وقف الحرب ، وانتهاكه ورفضه للوساطات الدولية لمنظمة الأمم المتحدة والصليب الأحمر الدولي ، ومنظمة عدم الانحياز ، والمؤتمر الاسلامي ، ووساطات بعض الدول الصديقة . كل عدم التجاوب هذا يدل دلالة واضحة على أن نظام ايران لا يحترم المجتمع الدولي ولا يقيم وزنا لقراراته الخيرة ، فهو نظام يكره التقدم والتطور . لقد رفض النظام الايراني جميع القرارات الدولية وآخرها قرارات مجلس الأمن المذكورة والتي دعت لوقف اطلاق النار والعودة الى الحدود وتبادل الأسرى الشامل بين البلدين واللجوء الى المفاوضات لحل المشاكل الثنائية . فلماذا رفض النظام الايراني ذلك ؟ لو لم تكن رغبته في الحرب والدمار أكثر من رغبته في الخير والبناء . لقد التزم العراق التزاما دائما بالقوانين الدولية ، فبأى قرار دولي التزم النظام الايراني ؟ لماذا لا يتحدث مندوب ايران في هذا المؤتمر عن آلاف المعوقين في ايران والعراق بسبب استمراره في الحرب ؟ لماذا لا يتحدث عن قصفه للمدن العراقية وبشكل يومي كالبصرة والعزير وخانقين ومندلي وشوارته ؟ لماذا لا يتحدث عن تعذيب الأسرى العراقيين وقتلهم بوسائل بربرية عرضت على شاشات التليفزيون في العالم وحرمانهم من أبسط الخدمات الصحية التي تنص عليها اتفاقية جنيف لعام ١٩٤٩ ؟ لماذا لا يفكر في مئات الألوف الذين ذهبوا ضحية هذه الحرب التي يصير على استمرارها ؟ ومع ذلك يقول نظام ايران والوفد المرسل منه أن الحرب مفروضة عليه . ان العراق مستعد وفي هذه الساعة للاتفاق على وقف اطلاق النار وبدء عملية السلام .

سيدي الرئيس ، آسف لأنني قد أخذت من وقتكم ووقت الوفود الثمين ، اذ أنني لم أكن راغبا في الكلام عن هذا الموضوع لولا أن مندوب ايران قد تطرق اليه ، فكان لا بد من توضيح الأمور ، وان كنت أعتقد أنها قد أصبحت واضحة لكل الناس بعد ست سنوات من الحرب . انني أعذر مندوب ايران حين تحدث عن الخراب والتدمير فهو حديثهم وفعلهم المفضل عن السلام والتعاون المثمر بين الشعوب . وأخيرا أود أن أبدي ملاحظة وهي أن بلادى العراق ضد الحرب ومتوجهة للبناء ، وترغب في السلام ، وأن أى حديث عن الحرب يجب أن يعالج موضوعها بشكل تام وأن لا يقتصر على بعض الادعاءات الفرعية ، فذلك يبعدها عن وضع الحلول الجذرية لهذه المشكلة . وشكرا لكم سيدي الرئيس ولبقية الوفود على حسن استماعكم .

Le PRESIDENT :

الرئيس

أرى أن مندوب ايران يطلب أن يمارس حقه في الرد ، ولكن لضيق الوقت سأعطيه الكلمة في نهاية جلسة ما بعد الظهر ليمارس حقه في الرد .
سوف تعقد الجلسة العامة التالية بعد ظهر اليوم في الساعة ٢٣٠ وستبدأ الجلسة بخطاب مندوب السلفادور الذي سيتحدث نيابة عن كوستاريكا ، السلفادور ، جواتيمالا ، هندوراس ، نيكاراغوا وبنما . أنذركم أيضا بأن اللجنة ستعقد اجتماعها الأول بعد ظهر اليوم في الساعة ٢٣٠ . ترفع الجلسة الآن .

The meeting rose at 12h40.

La séance est levée à 12h40.

Заседание заканчивается в 12 ч.40 м.

Se levanta la sesión a las 12.40 horas.

رفعت الجلسة في الساعة ١٢ر٤٠ بعد الظهر

会议于 1 2 时 4 0 分休会。