

Alma Ata, een mijlpaal?

WHO-UNICEF International Conference on Primary Health Care

A. VRIJ*

Delegaties van ruim honderdveertig V.N.-lidstaten, van ongeveer vijftig particuliere organisaties en van circa een dozijn U.N.-agencies waren van 6 tot en met 12 september 1978 bijeen in Alma Ata, de hoofdstad van de Centraal Aziatische Sovjetrepubliek Kazakstan om daar de internationale conferentie over Primary Health Care** bij te wonen. Nederland was vertegenwoordigd door een Koninkrijksdelegatie onder leiding van de Directeur-Generaal van de Volksgezondheid, J. van Londen en voorts bestaande uit Drs. R. J. M. Crul, deskundige inzake ontwikkelingshulp bij het Ministerie van Buitenlandse Zaken, Mevrouw Dr. E. Odé, tropenarts en aangewezen door de Nederlandse Vrouwenraad, en de schrijver van dit verslag.

Alma Ata, een zeer ruim opgezette stad van 900.000 inwoners, gelegen aan de voet van het Ala Tau gebergte en volop voorzien van schaduwrijk geboomte (appelbomen, de appel is het stadssymbool, Alma Ata betekent: „vader van de appels”) bood de conferentie moderne vergaderaccommodatie in het V.I. Leninpaleis en de A.S. Poesjkin Staatsbibliotheek, terwijl men verbleef in de eveneens moderne, imponerende, enigszins pompeuze hoogbouw-hotels Alma Ata en Kazakstan. (Dit laatste hotel doorstond kort na het gereedkomen in het voorjaar van 1978 een aardshok, terwijl de architect er logeerde!) De organisatie, in handen van de gastheren, was – hoewel af en toe ontmoedigend omslachtig – tot in de details geregeld. De bussen waarin de deelnemers vervoerd werden, plachten zelfs door politieauto's met zwaailicht geëscorteerd te worden. Tolken, gidsen en informatrices en begeleiders waren in groten getale aanwezig.

Voorgeschiedenis en doel van de conferentie

In brede kring is de laatste jaren een toenemende onvrede met de bestaande

situatie in de gezondheidszorg te bespeuren, zowel in de ontwikkelde als in de onderontwikkelde landen. De gezondheidszorg houdt geen gelijke tred met de maatschappelijke ontwikkelingen. In kwantitatieve zin kan men de bevolkingsgroei niet bijhouden, met als gevolg een toenemend aantal mensen, voor wie géén of volstrekt onvoldoende basale voorzieningen aanwezig zijn. In kwalitatieve zin blijken de bestaande voorzieningen niet meer of slechts gedeeltelijk afgestemd op de behoeften, de noden en de vragen van de bevolking.

Deze onvrede komt in vele WHO-vergaderingen en -publicaties tot uitdrukking, evenals daarbuiten trouwens. In 1973, tijdens de eenenvijftigste zitting van de WHO-Executive Board, was sprake van „widespread dissatisfaction”, in de zesentwintigste World Health Assembly in datzelfde jaar van „clearly insufficient Health Services”. In de daarop volgende jaren kwamen onder meer aan de orde de problemen van de „underserved rural area's”, „de gezondheidszorg, als onderdeel van het gehele maatschappelijke gebeuren, in relatie tot andere sectoren”, de „community participation”, „Health by the people”, „self-reliance”, de „comprehensive approach” en de geweldige kloof tussen de „haves” en de „have nots”, ook ten aanzien van de gezondheid en gezondheidszorg. Dit alles leidde in 1975 tot

het voorstel (resolution WHA 28.88), een internationale conferentie onder auspiciën van de WHO te houden „to exchange experience on the development of primary health care as part of national health services”.

In september 1975 werd in de zevende Special Session van de Algemene Vergadering der Verenigde Naties aan de WHO en UNICEF opgedragen „to intensify the international effort aimed at improving health conditions in developing countries by giving priority to prevention of disease and malnutrition and by providing primary health services to the communities” (resolution 3362.S VII). Deze opdracht lag duidelijk in het verlengde van de roep om een New International Economic Order, die van de zesde Special Session in 1974 was uitgegaan.

In het kader van de voorbereiding van de conferentie werd op de dertigste World Health Assembly door de Director-General van de WHO, Dr. H. Mahler het doel van de WHO-activiteiten voor de komende jaren samengevat onder het motto „Health for all by the year 2000”. De zes WHO-Regional Offices publiceerden in 1978 hun rapporten over de PHC in hun regio's, WHO en UNICEF brachten hun „Joint Report” over Primary Health Care uit en UNICEF wijdde een nummer van haar kwartaalblad aan „Government and the People's Health” (nr. 42, april/june 1978). Ook vonden in verscheidene regio's voorbereidende conferenties plaats, niet alleen op overheidsniveau, maar ook op initiatief van particuliere organisaties zoals de World Federation of Public Health Organizations.

In de aankondiging van de conferentie door WHO en UNICEF in november 1977 werden de volgende doelstellingen genoemd:

- uitwisseling van ervaring en informatie inzake de ontwikkeling van Primary Health Care in het kader van „comprehensive national health system and services and overall national development”;
- bevordering van Primary Health Care;
- voorbereiding van een rapport met aanbevelingen voor de regeringen; dit rapport zal worden voorgelegd aan de World Health Assembly en de Executive Board van UNICEF.

De lidstaten werd gevraagd in hun delegaties zowel mensen met verantwoordelijkheid voor het beleid, als deskundigen op het gebied van gezondheidszorg, planning en ontwikkelingshulp op

* Inspecteur voor de Eerstelijnsgezondheidszorg van de Geneeskundige Hoofinspectie van de Volksgezondheid.

** Primary Health Care (PHC) wordt hier onvertaald gelaten. Zoals zal worden toegelicht, is PHC een veel meer omvattend begrip dan eerstelijnsgezondheidszorg in de bij ons gebruikelijke zin.

te nemen. In dit verzoek weerspiegelt zich duidelijk de onderliggende gedachte dat gezondheidszorg en met name PHC geen geïsoleerde aangelegenheid is, maar nauw samenhangt met de gehele maatschappelijke ontwikkeling nationaal én internationaal.

Het begrip Primary Health Care

Het door de WHO en UNICEF gehanteerde begrip Primary Health Care omvat aanzienlijk meer activiteiten dan het te onzent ingeburgerde begrip eerstelijnsgezondheidszorg. Onder PHC worden tenminste begrepen de zorg voor adequate huisvesting, voeding en drinkwater, verwijdering van afvalstoffen, gezondheidsvoorlichting en -opvoeding in de meest ruime zin, preventie en bestrijding van endemische ziekten, waaronder immunisatie tegen infectieziekten, de zorg voor moeder en kind, geboortenregeling, de voorziening met essentiële geneesmiddelen en tenslotte de behandeling en verzorging van patiënten met ziekten en verwondingen, waaronder ook verstaan wordt de zorg voor chronische ziekten en gehandicapten, revalidatie en geestelijke gezondheidszorg.

In de Nederlandse situatie wordt een aantal van deze aspecten onder de noemer Openbare Gezondheidszorg gerangschikt, enkele worden niet (meer) tot de gezondheidszorg in engere zin gerekend, terwijl ten aanzien van andere aspecten nog volop discussie is over de vraag of zij bij de Openbare Gezondheidszorg dan wel bij de ELGZ thuishoren (of bij beide, zorg voor de gezondheid van jeugdigen bijvoorbeeld).

Anderzijds is het niet verwonderlijk dat in de ontwikkelde landen een aanzienlijk verder gedifferentieerd functiespectrum – met de daarbij behorende functionarissen – binnen de ELGZ bestaat, dan waaraan men in de ontwikkelingslanden is toegekomen. Overigens is, zoals ter conferentie werd opgemerkt, de „amplitude” van het begrip PHC van land tot land verschillend en mede afhankelijk van de ontwikkelingsfase waarin het land verkeert.

* In deze Annotated Agenda zijn de kernpunten van het eerder vermelde Joint Report van WHO en UNICEF samengevat.

** Schrijver dezes was in de gelegenheid na de conferentie nog een week in de USSR (Alma Ata en Moskou) te blijven voor een wat intensiever bezoek aan enkele instellingen voor gezondheidszorg. Daarover zal separaat worden bericht.

*** Opgenomen tot besluit van dit verslag.

De werkwijze

Na de vaststelling van de agenda en de verkiezing van de diverse „officers” volgde de openingsceremonie, waarbij officials van de WHO, UNICEF, de USSR en de Kazak SSR het woord voerden en in verschillende toonaarden de problemen aangaven waarvoor de conferentie zich gesteld zag, alsook de wegen die men voor het oplossen van die problemen meende te zien.

Annotated Agenda

PLENARY

Primary health care concept

1. The situation now
2. The primary health care approach
3. The need for action

COMMITTEE A

Primary health care and development

4. The two-way contribution between health and development
5. Community participation for health and development
6. Coverage of the most deficient in terms of health and development

COMMITTEE B

Operational aspects of primary health care

7. Primary health care, referral system and comprehensive services
8. Workers for primary health care
9. Appropriate technology, organization, management and financial support

COMMITTEE C

National strategies and international support

10. National and international commitment to primary health care
11. National strategies and planning for primary health care
12. International coöperation and support for primary health care.

Tijdens de eerste plenaire zitting werd aan de hand van de items 1 tot en met 3 – The situation now, The Primary Health Care Approach, The need for action – van de „Annotated Agenda”* gediscussieerd over het PHC-concept, zoals dat in de conferentiedocumenten was neergelegd. Zoveel deelnemers meldden zich voor deze algemene ronde (bijna honderd), dat de plenaire bijeenkomst aanzienlijk meer tijd in beslag nam dan was gepland. De Committees

B en C, die zich respectievelijk over de items 7-9 en 10-12 zouden buigen, konden zich aan het gestelde tijdschema houden, doch Committee A werd uitgesteld tot na het plenum en hield derhalve krap één middag over ter bespreking van de items 4-6.

Het merendeel der congresgangers waaierde gedurende het weekend van 9 en 10 september uit over de Sovjetrepublieken Kazakstan, Uzbekistan en Kirgistan, alwaar in bonte en snelle afwisseling aan de bezoekers een groot aantal, merendeels intramurale instellingen voor gezondheidszorg werd getoond, compleet met toespraken, spiritualiën, voedsel en fruit, zeer veel fruit. Meer dan een oppervlakkige indruk van het Sovjet-gezondheidszorgsysteem kon dit uiteraard niet opleveren; een indruk over het leven, wonen en werken van de lokale bevolking was door het overladen programma eigenlijk in het geheel niet te krijgen.**

Conferentie-officers, presidium, General Committee, voorzitters, rapporteurs en drafting-groupleden ontwierpen in dit weekend het concept-eindrapport, dat op 11 september in de drie Committees werd besproken, geamendeerd en aangenomen, zodat het gereviseerde concept op 12 september in een plenaire zitting aan de orde kon worden gesteld.

In betrekkelijk korte tijd kon de conferentie zich vinden in de voorgestelde, op enkele onderdelen enigszins gewijzigde tekst. De conferentie kon dan ook besloten worden met het plechtig voorlezen van de in het eindrapport, naast een tweeëntwintigtal aanbevelingen opgenomen Declaration of Alma Ata.***

Alma Ata, een mijlpaal?

Is de conferentie van Alma Ata te beschouwen als een mijlpaal op de ontwikkelingsweg van de gezondheidszorg, zoals een gedelegeerde uit Mozambique op de slotzitting naar voren bracht? In velerlei opzicht lijkt deze uitspraak gerechtvaardigd.

Voor het eerst is immers mondiaal op regeringsniveau aan de Primary Health Care zo duidelijk en onomwonden de hoogste prioriteit toegekend. Wellicht van nog fundamentele betekenis zijn de uitspraken in de aanbevelingen en de declaratie over de verantwoordelijkheid van de mens voor zijn eigen gezondheid, het aandeel van de gemeenschap in de gezondheidszorg, de meer complementaire rol van de professio-

nele hulpverlener, de noodzaak gezondheidszorg te beschouwen als meer dan een louter medische aangelegenheid, de verwevenheid van de gezondheidszorg met de overige maatschappelijke sectoren en de daaruit voortvloeiende noodzaak tot een goede coördinatie.

Een duidelijke heroriëntering vindt plaats ten aanzien van de betekenis van de hoog gespecialiseerde en technologisch geavanceerde geneeskunde, waarvan maar een gering percentage van de wereldbevolking gebruik kan maken, terwijl deze schaarse en dure voorzieningen slechts voor een zeer beperkt gedeelte een oplossing kunnen bieden voor de gezondheidsproblemen van de bevolking als geheel. De overgrote meerderheid van deze problemen zal kunnen en moeten worden aangepakt door de bevolking zelf, samen met professionele werkers van verschillende disciplines. Daarbij zal echter een van overheidswege en door particuliere organisaties behoorlijk gecoördineerde ondersteuning vanuit de diverse maatschappelijke sectoren op lokaal, regionaal en nationaal niveau onontbeerlijk zijn. Waar de grootste achterstand is, waar de grootste behoefte bestaat, dient de hoogste prioriteit gelegd te worden. De ontwikkelingslanden, het platteland, maar ook de slumbewoners en highriskgroepen, waaronder vrouwen en kinderen, worden in dit verband als „underserved area's and groups” door de conferentie bij herhaling en nadrukkelijk genoemd.

Zoals de burger/cliënt/patiënt in de hulpverleningssituatie zelf de primair verantwoordelijke blijft, derhalve als mondig partner moet kunnen meebeslissen, zo dient ook in de internationale hulpverlening de eigen verantwoordelijkheid, de „selfreliance” en de „self-determination” van de ontvanger van hulp uitdrukkelijk gerespecteerd te worden. Gewaarschuwd wordt tegen klakkeloos exporteren van gezondheidszorgsystemen. „Just as there can be no universal political system, there can be no universal health system”, aldus Dr. Mahler in zijn openingsrede. Door vertegenwoordigers van ettelijke ontwikkelingslanden – trouwens ook van de zijde van de ontwikkelde landen – werd erop gewezen dat de veelal gevolgde methode, waarbij het westerse medisch-specialistische gezondheidszorgmodel in ontwikkelingslanden geïmplementeerd is, grotendeels blijkt te hebben gefaald. Waarschijnlijk mede door deze kopiëring is ook de spreiding van de voorzie-

ningen in de ontwikkelingslanden – overigens niet alleen daar, ook in dunbevolkte delen van landen als Canada en Noorwegen – uitermate onevenwichtig. Zeventig procent van de artsen woont in de stad, zeventig procent van de bevolking op het platteland, zo illustreerde de vertegenwoordiger van Sri Lanka dit probleem. Een betere spreiding met als doel de gehele bevolking te bereiken en een grotere betrokkenheid van de plaatselijke bevolking bij de gezondheidszorg kan men, naar veler overtuiging, bereiken door het inschakelen van vrijwilligers, afkomstig uit en bij voorkeur aangewezen door de plaatselijke gemeenschap.

„Gezondheidszorg vóór, met en dóór de bevolking, was de kernachtige uitspraak van de Nepalese delegatie. Dit concept van de Village Health Worker, de Health Guard, de Local Community Health Worker, de Brigades Sanitaires, de Union Villageaire de Santé, de Agents de Santé de Village en de Barefoot-doctor van de Chinese Volksrepubliek – overigens de grote afwezige in Alma Ata – vindt in een groot aantal landen in toenemende mate toepassing. Met het geld, nodig voor de opleiding van één arts kan men enkele tientallen van deze werkers een basistraining geven. Grote problemen doen zich hierbij voor, alleen al door de enorme aantallen waarom het gaat (bijvoorbeeld: Benin – 2.800 dorpen; India – 580.000 dorpen; Somalië – zeventig procent van de bevolking (4.000.000 mensen) bestaat uit nomaden en semi-nomaden).

Hoe men de Primary Health Care ook organiseren moge, wil het beoogde effect – een betere gezondheidstoestand van de bevolking – bereikt worden, dan zal deze voorziening moeten passen in het culturele, sociale en economische referentiekader van de plaatselijke bevolking. In dit licht dient men ook de voorgestelde inschakeling van de „traditional practitioners and birth attendants” te bezien. Zoals ook in andere sectoren van de ontwikkelingshulp zal in de gezondheidszorg veel aandacht geschonken moeten worden aan de „appropriate technology”, waarmee bedoeld wordt een wetenschappelijk verantwoorde, aan de lokale behoeften aangepaste, voor de bevolking acceptabele, door de bevolking zelf te bedienen en te onderhouden en voor de mensen betaalbare technologie.

De opleiding, training en bijscholing der werkers, goede logistieke ondersteuning, adequate supervisie- en verwijsmogelijkheden, management, coördinatie, registratie en administra-

tie, health services research en de benodigde mankracht en financiële middelen, al deze voorwaarden dienen vervuld te worden, wil men een goed functionerende Primary Health Care tot stand brengen c.q. in stand houden. De regeringen worden – in de aanbevelingen 18 en 19 – dan ook opgeroepen in hun nationale beleidsplannen duidelijk uitdrukking te geven aan hun politieke wil, voor al hun burgers een goede Primary Health Care te realiseren, niet alleen door wetgeving en planning, maar ook door het mobiliseren van de gemeenschap, het bevorderen van de „community participation”. Aan de onderlinge uitwisseling van kennis en ervaring, in het bijzonder tussen de ontwikkelingslanden, wordt daarbij grote betekenis toegekend. Grote nadruk wordt ook gelegd op de belangrijke rol die zowel de V.N.-organisaties als de andere – intergouvernementele en particuliere – internationale instanties hebben te vervullen bij de bevordering van een voor de gehele wereldbevolking bereikbare en beschikbare Primary Health Care.

Met name van de WHO en UNICEF worden in dit verband op zo kort mogelijke termijn, op basis van de Declaration of Alma Ata en de aanbevelingen van de conferentie, plannen verwacht ter ondersteuning van de onderscheiden nationale beleidsvoornemens en strategieën, alsook ter bevordering van de onderlinge bijstand der lidstaten op dit terrein. Een goede coördinatie van de diverse activiteiten in deze complexe wereldproblematiek werd door de conferentie onontbeerlijk geacht.

Slotbeschouwing

Op de conferentie vielen duidelijke verschillen te constateren ten aanzien van:

– de inhoud van het begrip Primary Health Care;

– de benadering van de gezondheidszorg: „doctors-centered” (vooral de oostbloklanden) versus „community centered” (vooral de ontwikkelingslanden).

Anderzijds was er een grote mate van overeenstemming met betrekking tot:

– de doelstelling Health for all by the year 2000;

– de noodzaak op nationaal en internationaal niveau te komen tot samenwerking en coördinatie van het beleid en de uitvoering daarvan.

Opvallend was:

– de veelvuldig geconstateerde zwak-

ke positie van de Ministeries van Volksgezondheid ten opzichte van de sociaal-economische sector;

- de grote behoefte aan know-how op het gebied van epidemiologie, research, evaluatie, informatica, aangepaste technologie en onderwijs;
- de zelfbewuste opstelling der ontwikkelingslanden, die ontwikkelingshulp als gelijkwaardige partners wensen te ontvangen met behoud van „self-reliance” en „self-determination”;
- de bijkans wereldwijde tendens het klassieke, medisch-technologische gezondheidszorgmodel uiterst kritisch te benaderen, en de grote nadruk die gelegd werd op de eigen verantwoordelijkheid van individu en gemeenschap inzake de zorg voor de gezondheid;
- het totaal ontbreken ter conferentie van enige nationale of internationale huisartsenorganisatie (noch WONCA noch enig College).

Wellicht was de dagelijkse gang van de Nederlandse delegatieleden van het hoog optorende hotel Kazakstan met zijn betrekkelijk smalle basis, naar het lage doch een veel groter oppervlak beslaande Lenin congrespaleis symbolisch voor de ommekeer in het mondiale denken over gezondheidszorg. Alma Ata, een mijlpaal of wellicht toch iets van een revolutie?

Samenvatting. Verslag wordt uitgebracht over de van 6 tot en met 12 september 1978 te Alma Ata (USSR) gehouden conferentie over Primary

Health Care, georganiseerd door WHO en UNICEF en bijgewoond door afgevaardigden van honderdveertig VN-lidstaten, ongeveer vijftig internationale organisaties en een twaalfstal VN-organen.

Het begrip Primary Health Care blijkt niet identiek met wat in Nederland onder eerstelijns gezondheidszorg wordt verstaan, doch meer omvattend, zij het variërend in omvang al naar gelang het sociaal-economische ontwikkelingsstadium van het betrokken land. Doel van de conferentie was het uitwisselen van ervaring, het bevorderen van de PHC en het opstellen van aanbevelingen voor de regeringen ten aanzien van zowel het nationale beleid inzake de PHC als het internationale beleid inzake de ontwikkelingssamenwerking op dit terrein.

Veel nadruk werd gelegd op de mondigheid en de eigen verantwoordelijkheid van de burger, op de noodzaak vooral de onderbedeelden een basale gezondheidszorg te verschaffen en op de daartoe noodzakelijke accentverschuiving van hooggespecialiseerde, technologisch geavanceerde geneeskunde naar „comprehensive health care”.

De conferentie eindigde met een tweentwintigtal aanbevelingen en de „Declaration of Alma Ata”, waarin een appèl wordt gedaan op overheden, WHO en UNICEF en op de internationale particuliere organisaties, alles in het werk te stellen teneinde te bereiken dat in het jaar 2000 de gehele wereldbevolking een acceptabele gezondheidszorg geniet.

Summary. A report is presented on the conference on Primary Health Care held in Alma Ata (USSR) on 6th-12th September 1978, which was organized by the WHO and UNICEF and attended by delegates of one-hundred and forty UN-member states, about fifty international non governmental organizations and twelve UN agencies. The Primary Health Care concept proved not to be identical to the primary health care concept used in The Netherlands; it is more comprehensive, although its extent varies in accordance with the stage of socio-economic development of the country concerned. The purpose of the conference was exchange of experience, promotion of primary health care and formulation of recommendations for the governments with regard to national policies on primary health care and international policies with regard to coordinated developmental aid in this respect. Emphasis was placed on the citizen's enfranchisement and responsibility, the need to provide elementary health care especially for the underprivileged, and the consequent need for a shift in emphasis from highly specialized, technologically advanced medicine to comprehensive health care. The conference agreed upon twenty-two recommendations and the Declaration of Alma Ata, in which governments, WHO and UNICEF and the international non governmental organizations are urged to make every effort to ensure that by the year 2000 the entire world population will enjoy the benefits of an acceptable health care system.

Declaration of Alma Ata

The International Conference on Primary Health Care, meeting in Alma Ata this twelfth day of September in the year Nineteen hundred and seventy-eight, expressing the need for urgent action by all governments, all health and development workers, and the world community to protect and promote the health of all the people of the world, hereby makes the following Declaration:

I

The Conference strongly reaffirms that health, which is a state of complete physical, mental and social wellbeing, and not merely the absence of disease or infirmity, is a fundamental human right and that the attainment of the

highest possible level of health is a most important worldwide social goal whose realization requires the action of many other social and economic sectors in addition to the health sector.

II

The existing gross inequality in the health status of the people particularly between developed and developing countries as well as within countries is politically, socially and economically unacceptable and is, therefore, of common concern to all countries.

III

Economic and social development, based on a New International Economic Order, is of basic importance to the fullest attainment of health for all and to the reduction of the gap between the health status of the developing and developed countries. The promotion and protection of the

health of the people is essential to sustained economic and social development and contributes to a better quality of life and to world peace.

IV

The people have the right and duty to participate individually and collectively in the planning and implementation of their health care.

V

Governments have a responsibility for the health of their people which can be fulfilled only by the provision of adequate health and social measures. A main social target of governments, international organizations and the whole world community in the coming decades should be the attainment by all peoples of the world by the year 2000 of a level of health that will permit them to lead a socially and economically productive life. Primary health care is the key to attaining this target as part of development in the spirit of social justice.

VI

Primary health care is essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at a cost that the community and country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of self-reliance and self-determination. It forms an integral part both of the country's health system, of which it is the central function and main focus, and of the overall social and economic development of the community. It is the first level of contact of individuals, the family and community with the national health system bringing health care as close as possible to where people live and work, and constitutes the first element of a continuing health care process.

VII

Primary health care:

1. reflects and evolves from the economic conditions and socio-cultural and political characteristics of the country and its communities and is based on the application of the relevant results of social, biomedical and health services research and public health experience;
2. addresses the main health problems in the community, providing promotive, preventive, curative and rehabilitative services accordingly;
3. includes at least: education concerning prevailing health problems and the methods of preventing and controlling them; promotion of food supply and proper nutrition, an adequate supply of safe water and basic sanitation; maternal and child health care, including family planning; immunization against the major infectious diseases; prevention and control of locally endemic diseases; appropriate treatment of common diseases and injuries; and provision of essential drugs;
4. involves, in addition to the health sector, all related sectors and aspects of national and community development, in particular agriculture, animal husbandry, food, industry, education, housing, public works, communications and other sectors; and demands the coordinated efforts of all those sectors;

5. requires and promotes maximum community and individual self-reliance and participation in the planning, organization, operation and control of primary health care, making fullest use of local, national and other available resources; and to this end develops through appropriate education the ability of communities to participate;

6. should be sustained by integrated, functional and mutually-supportive referral systems, leading to the progressive improvement of comprehensive health care for all, and giving priority to those most in need;

7. relies, at local and referral levels, on health workers, including physicians, nurses, midwives, auxiliaries and community workers as applicable, as well as traditional practitioners as needed, suitably trained socially and technically to work as a health team and to respond to the expressed health needs of the community.

VIII

All governments should formulate national policies, strategies and plans of action to launch and sustain primary health care as part of a comprehensive national health system and in coordination with other sectors. To this end, it will be necessary to exercise political will, to mobilize the country's resources and to use available external resources rationally.

IX

All countries should cooperate in a spirit of partnership and service to ensure primary health care for all people since the attainment of health by people in any one country directly concerns and benefits every other country. In this context the joint WHO/UNICEF report on primary health care constitutes a solid basis for the further development and operation of primary health care throughout the world.

X

An acceptable level of health for all the people of the world by the year 2000 can be attained through a fuller and better use of the world's resources, a considerable part of which is now spent on armaments and military conflicts. A genuine policy of independence, peace, détente and disarmament could and should release additional resources that could well be devoted to peaceful aims and in particular to the acceleration of social and economic development of which primary health care, as an essential part, should be allotted its proper share.

The International Conference on Primary Health Care calls for urgent and effective national and international action to develop and implement primary health care throughout the world and particularly in developing countries in a spirit of technical cooperation and in keeping with a New International Economic Order. It urges governments, WHO and UNICEF, and other international organizations, as well as multilateral and bilateral agencies, non-governmental organizations, funding agencies, all health workers and the whole world community to support national and international commitment to primary health care and to channel increased technical and financial support to it, particularly in developing countries. The Conference calls on all the aforementioned to collaborate in introducing, developing and maintaining primary health care in accordance with the spirit and content of this Declaration.