

ARTÍCULO ESPECIAL

Gac Med Bilbao. 2026;123(1):39-45



De Alma-Ata a Astaná y el futuro de la Atención Primaria de Salud

Estevan-Muguerza Maite^a

(a) *Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU). Facultad de Medicina y Enfermería. Departamento de Enfermería II. Gipuzkoa, España.*

Recibido el 28 de enero de 2026; aceptado el 24 de marzo de 2026

DOI: <https://doi.org/10.64246/0619gmb>

PALABRAS CLAVE

Alma-Ata, Astaná.
Atención Primaria.
Salud.
Cobertura Universal de
Salud.
Agentes de la Economía
en Salud.

Resumen:

En 1978, la Organización Mundial de la Salud (OMS) junto con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) impulsó una reforma de los modelos de sistemas sanitarios llamada Atención Primaria de Salud (APS), que se formalizó en la Conferencia Internacional de Alma-Ata (Kazajistán, URSS). Esta declaración planteaba la salud como un derecho humano, con base en los principios de equidad, justicia social, participación comunitaria y acción intersectorial. El objetivo era alcanzar la "Salud para todos en el año 2000", mediante una APS centrada en la promoción, prevención, trabajo en equipo y atención integral.

Cuarenta años después, en 2018 se celebró en Astaná (Kazajistán) la Conferencia Mundial sobre APS, que buscaba retomar los compromisos de Alma-Ata y adaptarlos a los desafíos contemporáneos, bajo el lema "Desde Alma-Ata hacia la cobertura de salud universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenibles". Esta nueva declaración planteaba medidas para reforzar la APS frente a un mundo profundamente transformado.

Este documento compara ambas declaraciones Alma-Ata (1978) y Astaná (2018), revisando los contextos históricos, ideológicos y políticos que las enmarcan, y plantea los desafíos futuros de la APS.

© 2026 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

GILTZA-HITZAK

Alma-Ata.
Astana.
Osasunaren Lehen
Mailako Arreta.
Osasuna.

Alma-Atatik Astanara eta Osasunaren Lehen Mailako Arretaren etorkizuna

Laburpena:

1978an, Osasunaren Mundu Erakundeak (OME) eta Haurren Nazio Batuen Funttsak (UNICEF) osasun-sistemen ereduak erreformatzeko ekimen bat bultzatu zuten, Osasunaren Lehen Mailako Arreta (OLA) izenekoa, Alma-Atako Nazioarteko Konferentzian (Kazakhstan, SESB) formalizatu zena. Adierazpen horrek osasuna giza

eskubide gisa ulertzen zuen, ekitatearen, justizia sozialaren, komunitatearen parte-hartzearen eta sektore arteko ekintzaren printzipioetan oinarrituta. Helburua "Osasuna guztiontzat 2000. urterako" lortzea zen, sustapenean, prebentzioan, talde-lanean eta arreta integralean oinarritutako OLA baten bidez. Berrogei urte geroago, 2018an, Astanan (Kazakhstan) OLari buruzko Mundu Mailako Konferentzia egin zen, Alma-Atako konpromisoak berreskuratu eta egungo erronketara egokitzeko asmoz, "Alma-Atatik osasun-estaldura unibertsalera eta Garapen Jasangarrirako Helburuetara" lelopean. Adierazpen berriak neurriak proposatu zituen, mundu eraldatu batean OLA indartzeko. Dokumentu honek Alma-Atako (1978) eta Astanako (2018) adierazpenak alderatzen ditu, haien testuinguru historiko, ideologiko eta politikoak aztertuz, eta OLaren etorkizuneko erronkak planteatzen ditu.

© 2026 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

Osasun-estaldura unibertsalera.
Osasun-ekonomiako eragileak.

From Alma-Ata to Astana and the future of Primary Health Care

Abstract:

In 1978, the World Health Organization (WHO) and the United Nations Children's Fund (UNICEF) promoted a reform of health care systems known as Primary Health Care (PHC), which was formalised at the International Conference on Primary Health Care held in Alma-Ata (Kazakhstan, USSR). This declaration affirmed health as a human right, based on the principles of equity, social justice, community participation and intersectoral action among others. The objective was to achieve 'Health for All by the Year 2000' through PHC with a focus on promotion, prevention, teamwork and comprehensive care.

Forty years later, in 2018, the Global Conference on PHC was organised in Astana (Kazakhstan). This conference sought to revisit the Alma-Ata commitments and adapt them to contemporary challenges, under the slogan 'From Alma-Ata to universal health coverage and the Sustainable Development Goals'. This new declaration proposed measures to strengthen PHC in the face of a profoundly transformed world. This document compares the two declarations, Alma-Ata (1978) and Astana (2018), reviewing the historical, ideological and political contexts that frame them, and outlines future challenges for PHC.

© 2026 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

KEYWORDS

Alma-Ata.
Astana.
Primary Care.
Health, Universal Health Coverage.
Health Economy Stakeholders.

Introducción

En el período de la posguerra la organización de sanidad de la Sociedad de Naciones dio lugar a la actual Organización Mundial de la Salud (OMS) que estableció una nueva definición de la salud (1946) que contemplaba los aspectos psicosociales de la enfermedad: "Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" y afirma que "la salud es un derecho humano fundamental". Años más tarde, a comienzos de los años setenta, la OMS reconoció la Medicina Tradicional China y otras estructuras académicas no

occidentales de la India, África y América Latina como fuentes de conocimiento científico, a pesar de las reticencias a cambiar el modelo flexneriano (Abraham Flexner 1910) de la formación médica^{1,2}.

En 1978, la Conferencia de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud (APS) cambió la visión, el papel y el trabajo que un sistema sanitario debe hacer para mejorar la salud de su población. La APS era concebida como estrategia transformadora, basada en el derecho a la salud y la equidad, garantizado por el Estado (acción estatal), el personal de salud y la comunidad, y con el objetivo de proteger y promover

la salud de todas las personas. Esta conferencia integraba la perspectiva biomédica (medicina clínica) con la salud comunitaria (medicina social). Alma-Ata asumía la definición de salud de la OMS de 1946¹⁻³.

Ese mismo año, en España, lo más parecido a la APS planteada por la Conferencia era la existencia en el medio rural de médicos, practicantes y comadronas, que asumían funciones asistenciales y de salud pública integrados en la comunidad (orientación salubrista). El derecho a la salud y la asistencia sanitaria integral y universal se garantizaban mediante financiación pública. En 1986 se aprobó Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que estableció el Sistema Nacional de Salud, la cobertura casi universal y reconocía el «derecho a la protección de la salud»². La Ley creó una estructura sanitaria integral y coordinada basada en equipos multidisciplinares formados principalmente por médicos de familia y enfermeras asentando las bases para la atención primaria y especializada. Esta organización y gestión era responsabilidad de las Comunidades Autónomas^{2,4}.

Sin embargo, durante las décadas de los 80 y 90, la filosofía de Alma-Ata chocó con la ideología neoliberal impulsada por la irrupción de organizaciones como el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial que consideraron que la APS era demasiado ambiciosa y apostaban por la “atención primaria selectiva” sujeta a la economía de mercado y la obtención de beneficios a costa de la reducción del papel de los sistemas públicos¹.

Ante esta situación, en 2018 se celebró la Conferencia de Astaná que estableció medidas encaminadas a reforzar la APS^{3,5}, sin embargo, la idea de la salud como derecho garantizado por el Estado fue dando paso a modelos que priorizan la eficiencia y la sostenibilidad financiera. La APS se presenta como el instrumento para realizar reformas de orientación neoliberal que, favorecen la fragmentación y la mercantilización de la atención sanitaria⁶⁻⁸.

A pesar de las diferencias, ambas declaraciones tienen un objetivo general común: alcanzar la salud para todos mediante el fortalecimiento de la APS.

Contexto histórico: Alma-Ata

En 1978, bajo la dirección del Dr. Halfdan Mahler, la OMS impulsó una iniciativa trascendental para reformar los sistemas sanitarios: Atención Primaria de Salud. Este modelo tenía como eje la promoción de la salud (PS), la prevención de enfermedades, el trabajo en equipo, la participación comunitaria y la provisión integral de cuidados de salud con continuidad, equidad y universalidad. Su presentación tuvo lugar en la Conferencia Internacional sobre la APS celebrada el 12 de septiembre de 1978 en Alma-Ata (Kazajistán, entonces URSS) organizada junto a UNICEF⁹.

La preparación de la conferencia destacó por su carácter abierto, democrático y participativo. Parti-

ciparon 134 países, 67 organismos internacionales y numerosas organizaciones no gubernamentales, culminando con la “Declaración de Alma-Ata 1978”¹⁰, un manifiesto que proponía la APS como la estrategia clave para conseguir la “Salud para todos en el año 2000”. Se apostaba por una AP salubrista y comunitaria basada en 3 ideas clave¹¹:

1. Proclamaba la Salud como un Derecho Humano Fundamental de todas las personas lo que implicaba la lucha contra la inequidad.
2. Defendía la universalidad y la integralidad de la atención como principios organizativos, y la necesidad de intervenciones intersectoriales.
3. La organización y participación de la comunidad como componente central de la construcción social de la salud.

Alma-Ata asentó las bases de la AP, estableciendo los principios para la organización de los servicios de salud y los criterios para abordar las necesidades sanitarias prioritarias: el derecho a la salud, la equidad, la solidaridad, la justicia social, la participación y la acción multisectorial³. Desde entonces, Alma-Ata se convirtió en un referente ético, técnico y político para la APS, y su legado ha perdurado, aunque sus objetivos no se han alcanzado plenamente^{3,9}.

La declaración de Astaná: una renovación ambigua

Cuarenta años después, en 2018 se realizó una nueva conferencia sobre APS en Astaná (Kazajistán), organizada también por la OMS y UNICEF, con el objetivo de actualizar el compromiso internacional con la APS frente a los desafíos de entonces. La Declaración de Astaná, titulada “Desde Alma-Ata hacia la cobertura de salud universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenibles”¹², estableció medidas encaminadas a reforzar la APS^{3,5}:

1. Empoderar a las personas y comunidades.
2. Abordar los determinantes económicos, comerciales y ambientales de salud (Determinantes Sociales de la Salud).
3. Establecer y garantizar servicios integrados durante todo el ciclo de vida y 4) Coordinar acciones con todos los actores involucrados (gobiernos, ONG, sector privado).
4. El objetivo declarado era cuidar de las personas mediante una APS renovada y sostenible orientada a alcanzar la Cobertura Universal de Salud con el apoyo de organismos internacionales^{3,12}.

Comparativa crítica: diferencias entre Alma-Ata vs Astaná

Las diferencias entre ambas declaraciones reflejan cambios estructurales, políticos y económicos en el escenario mundial.

Por un lado, los contextos históricos eran diferentes. En 1978, el mundo estaba bipolarizado, (EE.UU.-

URSS), con acuerdos como los SALT (Strategic Arms Limitation Talks) que buscaban reducir el gasto militar y derivar parte de esos recursos económicos al desarrollo social y la salud. Además, la presencia del senador Edward Kennedy, a pesar de no formar parte de la delegación oficial de Estados Unidos, contribuyó a la visibilidad de la Conferencia y supuso una demostración de la importancia política de la misma⁶.

En 2018, en cambio, el mundo era unipolar (con Estados Unidos como país dominante tras la caída de la Unión Soviética) y globalizado, marcado por la privatización del bienestar en Europa y una creciente influencia de instituciones financieras como el Banco Mundial o el Fondo Monetario Internacional y actores privados (ONGs, Fundaciones filantrópicas)^{6,7}.

Por otro lado, existen diferencias conceptuales y operativas entre ambas declaraciones^{8,9}:

-Alma-Ata interpellaba a los trabajadores de salud en todo el mundo y se ratificó en un escenario de consenso absoluto entre la OMS y UNICEF, Astaná nace de la cooperación técnico-financiera en salud, en un contexto de superespecialización y consumismo.

-Alma-Ata exigía al estado ser garante de la salud, mientras que Astaná diluye esta responsabilidad, hablando del “papel” y “promoción” del derecho, no de su garantía.

-En Alma-Ata se criticaba directamente el gasto militar, sugiriendo su redirección hacia la salud; Astaná evita discutir la redistribución de recursos.

-Astaná incluye la figura de “Asociados y partes interesadas” (partners and stakeholders), incorporando al sector privado (bancos, instituciones filantrópicas e industrias tecnológicas y farmacéuticas) como socios válidos en la provisión de salud pero con la intención de obtener rentabilidad económica, lo que genera una clara ruptura con el espíritu de Alma-Ata^{6,9}.

Este cambio de rumbo fue criticado por profesionales de la salud y organizaciones como WONCA (Organización Mundial de Médicos de Familia) y la semFYC (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria) que lamentaron la falta de participación real de los profesionales en la declaración final y advirtieron sobre la ausencia de un compromiso firme para fortalecer la APS como estrategia principal de los sistemas de salud¹³.

Astaná puede ser considerada un evento político orientado a legitimar procesos de privatización encubierta al amparo de la Cobertura Universal de Salud, utilizando un lenguaje más cercano al marketing que al compromiso ético o político. Esto debilita el papel del Estado y abre la puerta a una APS fragmentada, dominada por los intereses del mercado⁸.

A pesar de la ideología neoliberal que afloraba con la Declaración de Astaná, muchos países incorporaron en distinta medida los principios de la APS inculcados en la Declaración de Alma-Ata e introdujeron cambios en sus sistemas sanitarios y en sus políticas

de salud. Concretamente, en América Latina se registraron notables mejoras en indicadores de salud y en participación social².

La cobertura universal de salud: ¿para quién y cómo?

No puede haber cobertura universal de salud sin una APS accesible para todos, y que cumpla tres requisitos¹⁴:

1. Equidad en el acceso a los servicios de salud.
2. Calidad de la atención sanitaria suficiente buena para mejorar realmente la salud de la población
3. Protección financiera, evitando que los usuarios sufran dificultades económicas al usar los servicios.

Sin embargo, en la práctica, en los países desarrollados cada vez es mayor la presión de los intereses comerciales que mercantilizan la salud. Se extiende la medicalización de la vida cotidiana, el encarecimiento de la tecnología médica y la presencia cada vez más influyente de los stakeholders. El empoderamiento comunitario, se transforma en una estrategia para trasladar la responsabilidad del cuidado desde el Estado hacia los individuos, apelando a una supuesta responsabilidad. Esto, favorece la promoción de una medicina personalizada y de precisión, enfocada en la estratificación de pacientes (según sus ingresos), lo que aleja aún más la práctica médica de los Determinantes Sociales de la Salud, reforzando un enfoque individualista^{14,15}. El derecho a la salud se restringe a una APS selectiva donde la función del Estado se reduce a una mera regulación del sistema de salud¹⁵.

El marco operativo de la OMS (2019): avances y contradicciones

En 2019, el Comité ejecutivo de la OMS publicó un marco operativo para lograr la Cobertura Universal de Salud mediante la implementación y fortalecimiento de la AP: “Proyecto de marco operacional APS: transformar la visión en acción” que resalta la APS como proceso fundamental en el sistema de salud. Este documento subraya que el acceso a la APS no debe exponer a los usuarios a dificultades financieras, y que se necesita financiación adecuada¹⁶.

Sin embargo, este marco presenta ciertas ambigüedades reseñables:

1. No define ni especifica cómo se financiarán los servicios ni cuál será el origen de los recursos.
2. Habla de colaboración público-privada, abriendo nuevamente la puerta al sector privado como proveedor de servicios.
3. Añade, que muchos países necesitarán ayuda técnico y/o financiera externa, supeditando sus políticas de salud a las condiciones puestas por donantes mundiales y asociados técnicos.
4. Utiliza un lenguaje ambiguo, poco vinculante y vago (“se espera que...”, “se debería...”, “idealmen-

te...”) más propio de recomendaciones que de un marco operativo¹⁶.

Estas contradicciones debilitan el papel soberano de los Estados y consolidan la dependencia estructural de actores externos, lo que compromete la autonomía de los sistemas de salud y dificulta la consolidación de un modelo verdaderamente universal, equitativo y centrado en la APS.

Ante esta situación, la APS puede desarrollarse en dos marcos posibles. En el primero, ligado al espíritu de la Conferencia de Alma-Ata, la APS puede reafirmarse como estrategia integral del sistema de salud, fortalecer la participación comunitaria, articular políticas intersectoriales y defender la salud como derecho. En el segundo, la APS quedaría reducida a los colectivos con menos recursos mientras que las personas con recursos económicos podrán acceder a seguros privados, sin tener que esperar a recibir atención sanitaria. Una APS orientada a contener costos y a esquemas de aseguramiento y mercado, perdiendo su dimensión política y comunitaria. En lugar de transformar el sistema, solo lo haría más eficiente dentro de un modelo desigual⁶.

En la actualidad, la APS se encuentra en este segundo marco, donde la mercantilización e intereses económicos fragmentan los servicios sanitarios, erosionan la confianza social y priorizan la rentabilidad económica sobre los principios de justicia, equidad, universalidad e integralidad. La APS corre el riesgo de quedar subordinada a dinámicas de mercado, reproduciendo desigualdades en lugar de transformar los sistemas de salud^{17,18}.

El futuro de la APS

Los retos a los que se enfrenta la APS son numerosos entre ellos los cambios demográficos, la creciente medicalización de la sociedad, cambios tecnológicos (Big data, telemedicina, medicina personalizada), la salud como un bien de consumo más (priorización de la satisfacción del paciente sobre la salud), la falta de prioridad política (limitación de la financiación económica), cambios profesionales (menor atractivo de la APS como lugar de trabajo y su falta de prestigio social), cambios epidemiológicos (prevalencia de enfermedades crónicas y la aparición de enfermedades emergentes)¹⁹⁻²¹.

La pandemia provocada por el virus SARS-CoV-2, puso de manifiesto la importancia de la APS en el seguimiento de pacientes en la comunidad, la detección de casos, el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas y el apoyo a las estrategias de salud pública. Pero también evidenció la prioridad de identificar estrategias de salud pública aplicables para responder a las enfermedades emergentes como la mejora de la coordinación entre niveles asistenciales y fortalecimiento de las estructuras de salud pública¹⁹⁻²¹.

Además, la pandemia reflejó la necesidad de adoptar enfoques innovadores como el modelo Una sola salud (One Health). Este enfoque propone una visión integral de la salud basada en el reconocimiento de la interdependencia entre la salud humana, animal y ambiental. En este sentido, la APS al ser el primer punto de contacto entre la población y el sistema sanitario, es la estructura operativa más adecuada para implementarlo²².

La APS tiene gran relevancia en la salud pública, porque incluye a toda la población y su objetivo es garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar. En consecuencia, los Estados miembros de la Unión Europea se comprometieron a renovar y ampliar la AP para poder lograr la Salud Universal, los Objetivos de Desarrollo Sostenible²³.

Conclusiones

El análisis de estas declaraciones revela que ambas tienen claro el papel de la APS como base necesaria para alcanzar la cobertura universal en salud. Tanto la Declaración de Alma-Ata como la Declaración de Astaná comparten como objetivo común el logro de una atención sanitaria universal, lo que requiere fortalecer la APS y situarla como base de los sistemas sanitarios.

La APS planteada en Alma-Ata priorizaba la acción comunitaria, la equidad, la prevención y promoción de la salud bajo el amparo estatal. Apostaba por la universalidad y la justicia social, con una visión amplia y solidaria de la salud. La APS se presentaba como una herramienta de transformación social.

Por el contrario, la Declaración de Astaná destaca por su ambigüedad. Aunque alude al fortalecimiento de los sistemas de salud mediante la inversión en APS y reafirma los principios de Alma-Ata, no define y ni concreta el origen de dicha inversión ni el papel regulador de los estados, y tampoco hace referencia a la influencia de los determinantes comerciales. En este contexto, la APS puede interpretarse como un instrumento dentro de las reformas neoliberales.

Al mismo tiempo, la configuración de un mundo globalizado, en el que se observa una pérdida creciente de las soberanías nacionales y donde el Estado actúa como mero recaudador y distribuidor de fondos, dificulta que se materialice el derecho a la salud como una realidad para todos. En este sentido, el futuro de la APS depende del contexto político (de las correlaciones de fuerza políticas), el contexto social y profesional.

A pesar de las coincidencias en los objetivos generales, tanto la Declaración de Alma-Ata como la Declaración de Astaná dejan sin respuesta cuestiones clave: cómo se financiará la APS, cuál será la responsabilidad específica de los gobiernos individuales y cómo se supervisará y regulará la influencia de los stakeholders por el bien común.

En definitiva, alcanzar el objetivo común de ambas declaraciones exige establecer un nuevo orden económico que sitúe a las personas en el centro, por encima de determinantes económicos y políticos. Esto implica integrar de los determinantes sociales de la salud y reforzar el compromiso político con el derecho a la salud.

Para ello, la APS debe recuperar su papel en la garantía de la salud como derecho universal, por encima de intereses económicos y políticos. Resulta necesario fortalecer el carácter integral, preventivo y comunitario de la APS (integrando nuevas tecnologías), reorientar los sistemas de salud hacia una perspectiva más amplia de salud colectiva mediante equipos multidisciplinares y adoptar medidas eficaces de prevención y control de las enfermedades, sin que estos cambios le hagan perder su entidad original tal y como fue concebida en la conferencia de Alma-Ata.

En última instancia, lograr el objetivo común de ambas declaraciones requiere plantearse el modelo de sociedad, el lugar que debe ocupar el estado y si la salud debe entenderse como un derecho o una mercancía más.

Contribuciones de autoría

Maite Estevan Muguerza es la única autora del artículo.

Financiación

Sin Financiación. Esta publicación es parte de un Trabajo de Fin de Máster. Máster en Promoción de la Salud y Salud Comunitaria impartido por la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU).

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Peraza de Aparicio CX, Zurita Barrios NY. Una mirada a la atención primaria desde Alma-Ata hasta Astaná. *Cultura de los Cuidados*. 2022;26(62):151-62. doi:10.14198/cuid.2022.62.11.
- Zapater Torras F. La Declaración de Alma Ata: tirando piedras a la luna. *AMF*. 2023;19(4):192-6.
- Torres-Lagunas MA. La Atención Primaria de Salud de Alma-Ata a Astaná, hacia la Cobertura Universal. *Enfermería Universitaria*. 2018;15(4):329-31. doi:10.22201/eneo.23958421e.2018.4.547.
- Gobierno de España. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado (BOE)*. España: <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>; 1986.
- Zabalegui A. De la Declaración de Alma-Ata a Astaná: 40 años después. *Nursing (Ed española)*. 2019;36(1):6. doi:10.1016/j.nursi.2019.01.001
- Rovere M. La atención primaria en la encrucijada: desplegar su potencial transformador o quedar instrumentados en una nueva ofensiva privatizadora. *Saúde em Debate*. 2018;42(spe1):315-27. doi:10.1590/0103-11042018s121.
- Cueto M. O legado de Alma-Ata, 40 anos depois. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2018;16(3):845-8. doi:10.1590/1981-7746-sol00169.
- Ferreira Fonseca A. Astaná reaviva las discusiones sobre el significado de la Atención Primaria de la Salud. *Trab Educ Saúde*, Rio de Janeiro. 2019;17(1):1-3. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00198>.
- Del Pozo Robles A. La atención primaria de Astaná, o revisando Alma Ata. *Salud 2000: Revista de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública*. 2018;23-5. Disponible en: https://www.fadsp.org/documents/Salud2000/154/internacional_2_154.pdf.
- OMS. Alma-Ata 1978 Atención primaria en salud. In: OMS, editor. *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. 1978;1-91. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/dc68aae8-60e3-41fc-8e2a-fe85bcd45bd0/content>.
- Tejada de Rivero DA. The history of Alma-Ata Conference. In: *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. Peruvian Society of Obstetrics and Gynecology; 2018; 361-6. doi:10.31403/RPGO.V64I2098.
- OMS. Declaración de Astaná. In: OMS, editor. *Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud. Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Astaná (Kazajstán); 2018.
- Fernández García MR, Polentinos Castro E. ¿Para cuándo la universalidad? What about university? *Atención Primaria*. Elsevier Doyma; 2018; doi:10.1016/j.aprim.2018.11.001 PubMed PMID: 30502889.
- Palomo L. Atención Primaria y Universalidad. *Acta Sanitaria [Internet]*. 2019; Disponible en: <https://www.actasanitaria.com/atencion-primaria-y-universalidad/>.
- Cruz O, Conselho Nacional de Saúde. Atención primaria y sistemas universales de salud: compromiso indisociable y derecho humano fundamental. *Saúde em Debate*. 2018;42(spe1):434-51. doi:10.1590/0103-11042018s130.
- Organización Mundial de la Salud 2020. Marco operacional para la atención primaria de salud. 2020. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/documents/operational-framework-for-primary-health-care-wha73-sp.pdf>.
- Añel Rodríguez RM, Rodríguez Bilbao E. Atención Primaria en crisis: entre los intereses económicos

- y la desafección ciudadana. *Revista Española de Comunicación en Salud*. 2025;40-53. doi:10.20318/recs.2025.9402.
18. Simó Miñana J. Salud, Mercado y Atención Primaria. *Revista Española de Comunicación en Salud*. 2025; 69-76. doi:10.20318/recs.2025.8702.
 19. Minué Lorenzo S. Una perspectiva internacional: Interpretación de las experiencias de evolución de la Atención Primaria en el mundo. *APS em Revista*. 2020;2(3). doi:10.14295/aps.v2i3.58.
 20. Minué Lorenzo S. La pandemia COVID-19: lo que hemos aprendido hasta ahora desde España. *APS EM REVISTA*. 2020;2(1):28-32. doi:10.14295/aps.v2i1.66.
 21. Minué Lorenzo S. La Atención Primaria ante el cambio climático de los sistemas sanitarios. *APS em Revista*. 2022;4(2):83-91. doi:10.14295/aps.v4i2.249.
 22. OMS. Una sola salud [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/one-health>.
 23. Peñafiel-Sai C, Ronco-López M. Challenges of Primary Healthare and stakes of health communication. *Revista Española de Comunicación en Salud*. 2025;18-28. doi:10.20318/recs.2025.8896.