



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

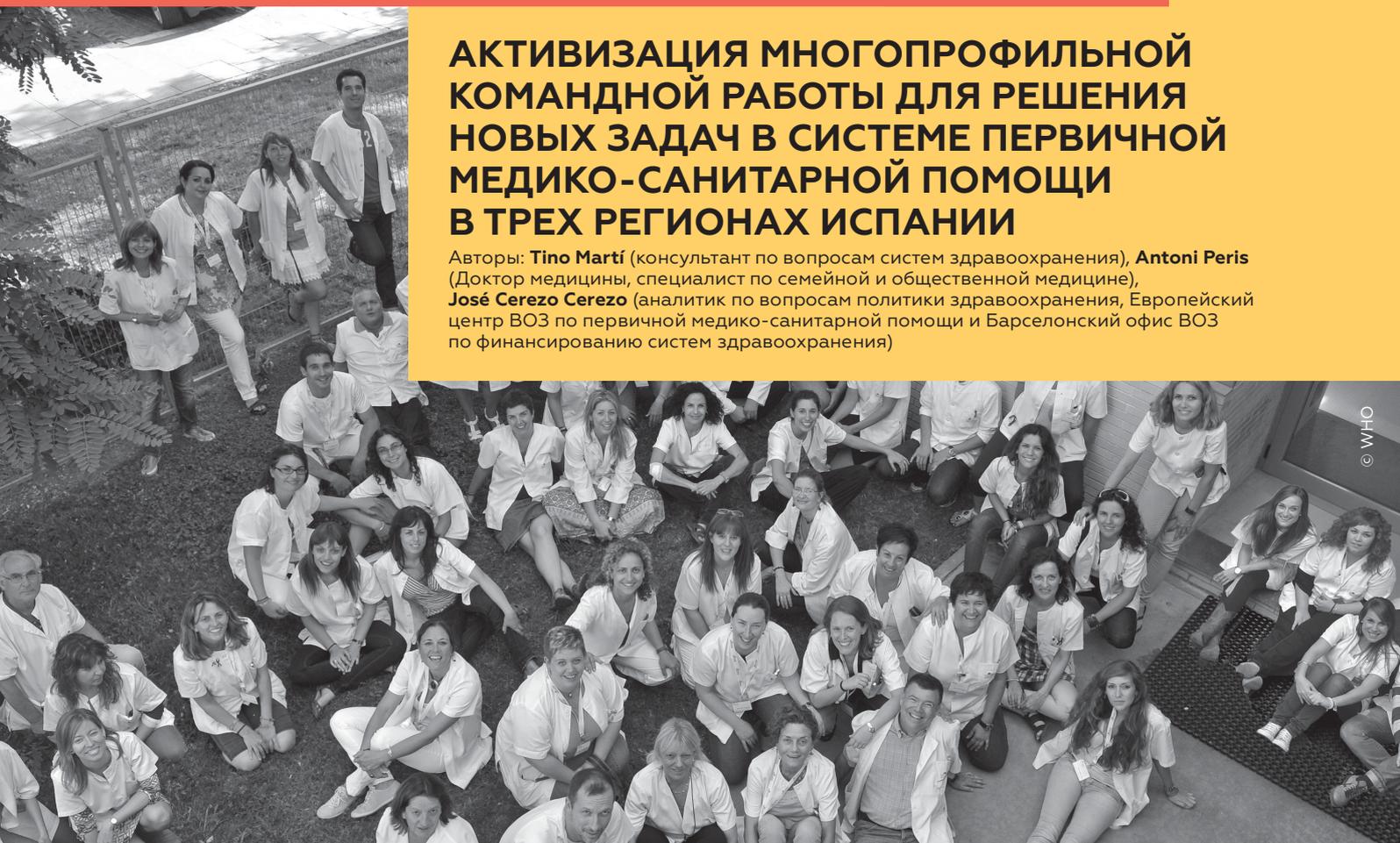
ОБЗОР
СТРАНОВОЙ

ИСПАНИЯ

Преобразование системы
первичной медико-
санитарной помощи во время
пандемии

АКТИВИЗАЦИЯ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КОМАНДНОЙ РАБОТЫ ДЛЯ РЕШЕНИЯ НОВЫХ ЗАДАЧ В СИСТЕМЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В ТРЕХ РЕГИОНАХ ИСПАНИИ

Авторы: **Tino Martí** (консультант по вопросам систем здравоохранения), **Antoni Peris** (Доктор медицины, специалист по семейной и общественной медицине), **José Cerezo Cerezo** (аналитик по вопросам политики здравоохранения, Европейский центр ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи и Барселонский офис ВОЗ по финансированию систем здравоохранения)



© WHO

ОБОСНОВАНИЕ

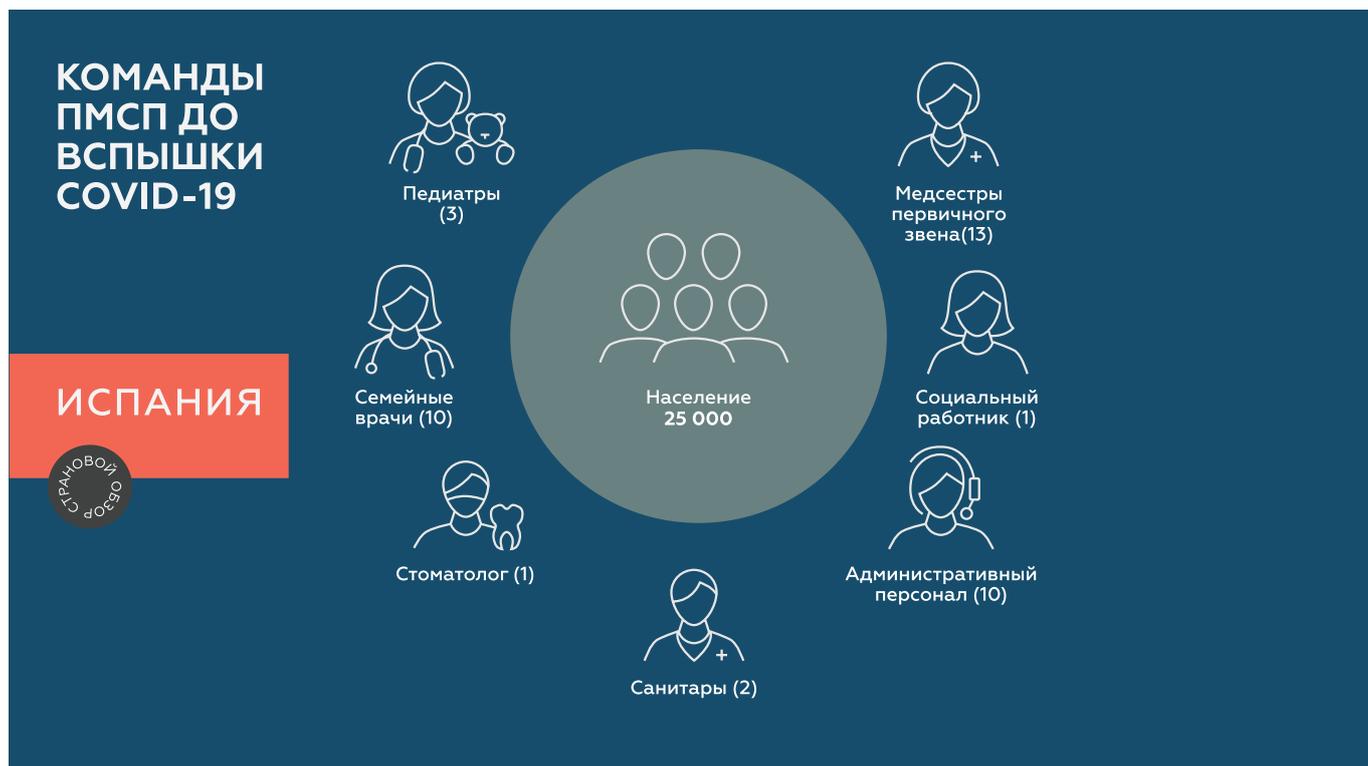
Системы здравоохранения стран Европейского региона ВОЗ вынуждены преодолевать проблему беспрецедентного роста потребности в медико-санитарной помощи в связи с пандемией COVID-19. Система первичной медико-санитарной помощи является ведущим звеном реагирования на COVID-19 и обеспечивает непрерывность оказания основных услуг здравоохранения. Сложившаяся ситуация, наряду с финансовыми и кадровыми ограничениями, обременительна для системы первичной медико-санитарной помощи Испании и вынуждает команды менять режим работы в связи с возросшей нагрузкой. Расширение функций, изменение и распределение задач конкретных медицинских работников первичного звена, а также набор специалистов дополнительных профилей позволили повысить эффективность командной работы в чрезвычайно сложных условиях.

Пандемия COVID-19 выявила структурные изъяны в системе здравоохранения Испании. Введение в действие новых инструментов политики позволило системе реагирования первичного звена — первой точке контакта для более 80% пациентов с COVID-19 — перейти от мер реагирования на неотложные состояния во время первой волны пандемии к более упреждающему подходу во время следующих волн. Команды первичной медико-санитарной помощи стали предоставлять очные консультации только при необходимости оказания неотложной помощи, принимая пациентов с другими заболеваниями в онлайн-формате. Позднее с развитием пандемии ответственность за предоставление врачебной помощи в домах престарелых и проведение массового тестирования, отслеживание контактов и осуществление программ вакцинации была возложена на систему первичной медико-санитарной помощи.

КОМАНДЫ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ДО ВСПЫШКИ COVID-19

Система первичной медико-санитарной помощи Испании считается одной из лучших в Европе (1). Многопрофильные команды при поддержке развитых направлений семейной медицины и сестринского дела обеспечивают укрепление здоровья населения, оказание профилактических и лечебных услуг. Размер команды зависит от численности обслуживаемого населения; ее руководителем является врач или медсестра из состава команды. Как правило, такие коллективы состоят из медицинских работников, перечисленных на рис. 1; работе в команде они уделяют один час в день.

Рис. 1. Состав команды первичной медико-санитарной помощи для среднего медицинского участка



Команда получает поддержку от сети первичной медико-санитарной помощи, в которую входят акушерки и гинекологи, физиотерапевты и специалисты по реабилитации, клинические психологи и психиатры, а также провизоры или фармакологи (2).

В 2019 г. Министерство здравоохранения Испании опубликовало стратегическую рамочную программу для системы первичной медико-санитарной помощи (3). В программе отмечена важная роль медсестер при оказании помощи хроническим больным и помощи на дому, в общинном здравоохранении и укреплении здоровья населения, а также обозначена необходимость повышения роли административного персонала в регулировании спроса на медико-санитарную помощь. Кроме того, подчеркивается рост поддержки при оказании профилактических и лечебных услуг, которая может быть предоставлена клиническими психологами, физиотерапевтами, социальными работниками и фармацевтами. Следовательно, некоторые преобразования, оперативно проведенные во время пандемии, отражают положения утвержденных ранее национальных и региональных стратегических документов и получили дополнительный импульс благодаря высокому уровню развития системы первичной медико-санитарной помощи.

АДАПТАЦИЯ МНОГОПРОФИЛЬНЫХ КОМАНД ДЛЯ РЕШЕНИЯ НОВЫХ ЗАДАЧ В ТРЕХ РЕГИОНАХ ИСПАНИИ

В Испании региональные министерства здравоохранения отвечают за стратегическое и оперативное планирование, распределение ресурсов, а также закупку и предоставление услуг. В настоящем обзоре описаны преобразования, проведенные в трех регионах, и подчеркивается значение контекстуальных факторов, определяющих политику преобразований и выбор инструментов для их внедрения. Параметры внедрения различаются в зависимости от региона, поэтому настоящий обзор может не отражать перемены, происходящие на всей территории страны.

Каталония: усиление команд первичной медико-санитарной помощи и планирование преобразования модели здравоохранения

Для усиления системы первичной медико-санитарной помощи помимо борьбы с COVID-19 в сентябре 2020 г. правительство Каталонии опубликовало план укрепления и преобразования системы первичной медико-санитарной помощи (4), предусматривающий выделение дополнительного финансирования на период до 2022 г. План нацелен на повышение доступности, оперативности реагирования и улучшение качества обслуживания пациентов с хроническими заболеваниями в три этапа — укрепление, преобразование и консолидация. Первый этап завершится в середине 2021 г.: в его рамках планируется увеличить численность персонала первичного звена на 17% за счет найма медсестер, ассистентов врачей, социальных работников, административного персонала и специалистов по реагированию на COVID-19. Реорганизация служб будет проведена на втором этапе, в ходе которого приоритетными мерами будут являться обеспечение ухода на дому за пациентами с хроническими заболеваниями, развитие обучения сестринскому делу, оказание психологической помощи, а также расширение систем «умных» оповещений и онлайн-консультаций. Второй этап приведет к созданию новой модели здравоохранения, основанной на реорганизации функций и процессов для сокращения бюрократических процедур и профессионального выгорания, а также улучшения доступа к медико-санитарной помощи. В 2022 г. третий этап закрепит эти изменения.

В условиях пандемии команды были вынуждены оперативно изменить конфигурацию путем перераспределения задач, расширения функций персонала и привлечения дополнительных специалистов (см. рис. 2).

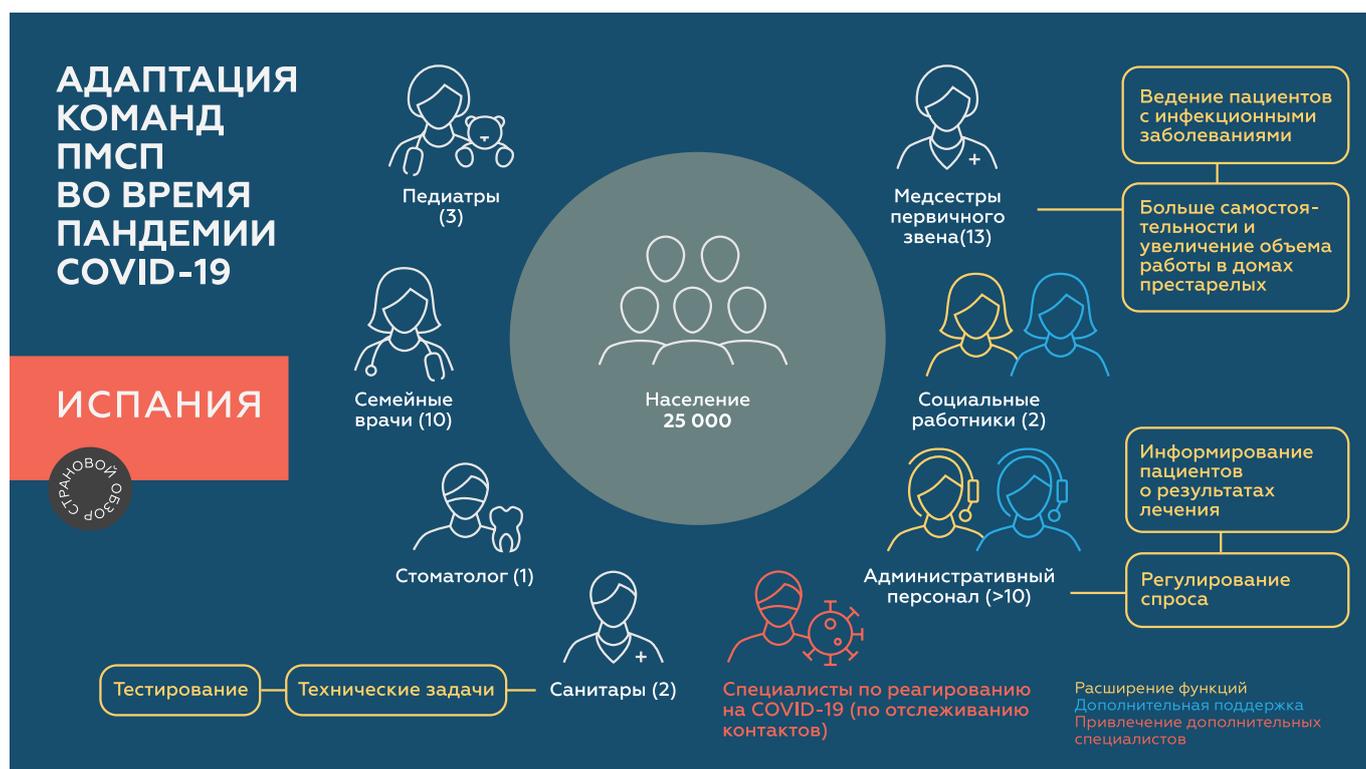
Перераспределение задач: врачи передали ведение пациентов с инфекционными заболеваниями медсестрам, помощь которым оказывают обученные решению технических задач санитары. Общение с пациентами, ранее осуществляемое специалистами системы здравоохранения, теперь возложено на административный персонал, который пользуется реорганизованными каналами доступа для пациентов, согласованными с членами команды.

Расширение функций: медсестры получили больше самостоятельности в ведении пациентов с COVID-19 и другими заболеваниями, увеличив объем работы в домах престарелых и объединив усилия с социальными работниками. Санитары взяли на себя технические задачи по проведению тестирования в медицинских центрах и среди населения, при этом административный персонал расширил свой функционал в области направления пациентов к нужным специалистам.

Привлечение дополнительных специалистов: команды наняли специалистов по реагированию на COVID-19 без медицинского образования, которые после прохождения инструктажа от медсестер и административного персонала занимаются отслеживанием контактов в образовательных учреждениях и среди населения. Привлечение дополнительных социальных работников позволило усилить меры реагирования на новые социальные потребности, вызванные экономическими трудностями.

Доступность и объем услуг первичной медико-санитарной помощи изменились в очень короткие сроки. Система первичной медико-санитарной помощи взяла на себя ответственность за раннюю диагностику и ведение пациентов с легкой формой COVID-19, посещение пациентов на дому, отслеживание контактов и вакцинацию. В период первой волны пандемии был создан двойной канал помощи пациентам, не больным COVID-19, для обеспечения им доступа к медицинскому уходу и охраны их здоровья. Врачи сосредоточили усилия на оказании неотложной помощи. В условиях самоизоляции резко возросло число посещений на дому пациентов с комплексными хроническими заболеваниями, а также онлайн-консультаций с медсестрами. Во время последующих волн пандемии посещения на дому были распространены на пациентов со всеми хроническими заболеваниями; очные посещения возобновились отчасти благодаря притоку новых специалистов.

Рис. 2. Адаптация команд первичной медико-санитарной помощи во время пандемии COVID-19



Кастилия и Леон: адаптация команд для обслуживания удаленных районов

Преобладание сельской местности — ключевой фактор при организации первичной медико-санитарной помощи в Кастилии и Леоне, крупнейшем регионе Испании с наиболее рассредоточенным населением. В регионе насчитывается 247 центров первичной медико-санитарной помощи и 3665 медицинских пунктов, обслуживающих 2 394 918 жителей, распределенных по 2248 муниципалитетам (5, 6). Стремительная реорганизация системы первичной медико-санитарной помощи с особым вниманием к здравоохранению в сельских районах началась осенью 2020 г. Реформы проводились на основе принципов новой модели здравоохранения в сельской местности, утвержденной в 2019 г. (7). Осуществление проходило в основном за счет перераспределения ресурсов системы первичной медико-санитарной помощи на территории региона, а также стимулирования коллективной работы и повышения квалификации специалистов первичного звена, прежде всего медсестер и медицинского административного персонала. Стремление к удовлетворению потребностей пациентов с COVID-19 и пациентов с другими заболеваниями создало мощный импульс для выработки решений обеих задач.

Административные подразделения были усилены для сокращения документооборота медицинских работников посредством передачи новых функций административному персоналу, получившему поддержку благодаря специальному модулю для сбора запросов на административные процедуры и мобильному медицинскому приложению (8) для выдачи больничных листов, обработки медицинских назначений, лабораторных отчетов и отчетов о вакцинации, результатов тестов на COVID-19. Таким образом была сохранена доступность медицинского обслуживания. Был проведен существенный пересмотр графика семейных врачей и медсестер, посещения стали возможны только по предварительной записи. Эти меры привели к значительным изменениям, особенно в сельских районах, где ранее у населения был прямой доступ к специалистам системы здравоохранения, и позволили перенаправить пациентов к медсестрам.

«В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ КОМАНДЫ БЫЛИ ВЫНУЖДЕНЫ ОПЕРАТИВНО ИЗМЕНИТЬ КОНФИГУРАЦИЮ ПУТЕМ ПЕРЕРАСПРЕДЕЛЕНИЯ ЗАДАЧ, РАСШИРЕНИЯ ФУНКЦИЙ ПЕРСОНАЛА И ПРИВЛЕЧЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ».

Значительная роль медсестер в упреждающем ведении пациентов со сложными хроническими заболеваниями и мультиморбидностью уже являлась стандартной практикой в городских и сельских районах Кастилии и Леона. Такая практика стала применяться еще более широко в сельской местности в условиях пандемии: медсестры стали ключевыми специалистами, обеспечивающими очные визиты и посещения на дому пациентов, требующих первоочередного внимания. Региональное правительство утвердило новую процедуру, в соответствии с которой медсестры получили право назначения лекарственных препаратов. Две дополнительные инициативы способствуют повышению авторитета медсестер в командах первичной медико-санитарной помощи и их профессиональной удовлетворенности: во-первых, на медсестер были возложены новые функции в системе первичного звена для осуществления санитарно-эпидемиологического контроля и отслеживания контактов при тесном сотрудничестве со службами общественного здравоохранения и использовании имеющихся компетенций в этой сфере, а во-вторых, медсестры стали отвечать за координацию служб иммунизации против COVID-19 (9).

Пандемия усилила **чувство принадлежности к команде**. Трудности, связанные с обслуживанием малонаселенных сельских районов, затрудняли коллективную работу и вызывали у некоторых специалистов ощущение изолированности даже на тех участках, где команды первичной медико-санитарной помощи работали с 1985 г. Переход к онлайн-консультациям и сосредоточение деятельности в более крупных центрах первичной помощи позволили специалистам оптимизировать затраты времени на дорогу и оказали положительный эффект в виде сплочения коллективов. При этом в целом создание команд первичной медико-санитарной помощи для реагирования на COVID-19 полностью изменило ситуацию. Эти команды состояли из акушерок, физиотерапевтов, стоматологов и других специалистов первичного звена, чья привычная деятельность была нарушена кризисом, и они объединили усилия для решения проблем, связанных с COVID-19.

Астурия: интеграция первичной медико- санитарной помощи в систему охраны психического здоровья и длительного ухода

В начале кризиса в Астурии были приняты срочные меры по повышению эффективности коллективной работы и регулирования спроса на медико-санитарную помощь на основе стратегической концепции первичной медико-санитарной помощи на 2018–2021 гг. (10). Была преодолена проблема с обособленностью специалистов, активизировалось командное сотрудничество между врачами и медсестрами, что позволило им работать эффективнее и удовлетворять существенно возросшие потребности в услугах здравоохранения. Медицинский административный персонал расширил свою роль, и вместо подчиненной функции диспетчеров, ведущих запись на прием, он стал выполнять более ответственную задачу регулирования потока пациентов и их направления к наиболее подходящим членам команды, таким образом освободив медицинских работников от административной нагрузки.

Команды медико-санитарной и социальной помощи обеспечивали **упреждающий уход в домах престарелых**. Постоянная рабочая группа, в которую вошли специалисты здравоохранения и социального сектора, обеспечивала сотрудничество между комплексными командами по уходу. Координируемые медсестрами первичного звена – специалистами по ведению пациентов – команды включали врачей-гериатров, медсестер первичной медико-санитарной помощи и медсестру стационара на дому, обеспечивавших непрерывный уход за подверженными высоким рискам пациентами с хроническими заболеваниями. На основе полученного опыта разрабатывается рамочный документ по обеспечению непрерывности медико-санитарной помощи на первичном этапе и при переходе от первичного к длительному уходу. В документе будет установлено максимальное число центров сестринского ухода, за которые может отвечать команда первичной медико-санитарной помощи, с целью сокращения различий в уровне доступности и качества оказываемой помощи. Рамочный документ будет включать в себя план предоставления центрам сестринского ухода доступа к электронным медицинским картам системы первичной медико-санитарной помощи.

Развитая общинная сеть охраны психического здоровья, объединяющая психологов из команд первичной медико-санитарной помощи, а также специалистов периферийных центров охраны психического здоровья и социальной защиты, играет важнейшую роль в решении проблемы резкого роста психических нарушений в условиях пандемии. Региональная программа психологической помощи позволила создать специализированный канал для направления пациентов от врачей первичного звена на лечение методами клинической психологии в установленном режиме. Программой предусмотрено включение дополнительного числа клинических психологов в команды первичной медико-санитарной помощи в соответствии с изменением потребностей населения в области охраны психического здоровья (11).

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Региональные службы здравоохранения проявили твердую приверженность укреплению и преобразованию системы первичной медико-санитарной помощи. При этом в рамках выполнения специальных либо существующих стратегических планов были выделены дополнительные кадровые и экономические ресурсы.

Скоординированные меры первичной медико-санитарной помощи существенно способствовали снижению числа обращений пациентов в стационарные отделения неотложной помощи, уменьшив нагрузку на них. В то же время система первичной медико-санитарной помощи проявила способность к оперативной перестройке для обслуживания пациентов с COVID-19 и с другими заболеваниями.

Опыт борьбы с пандемией укрепил командную работу, что стало фактором повышения профессиональной удовлетворенности в чрезвычайно сложной обстановке. Функции медсестер и в некоторых случаях санитаров были расширены, что позволило обеспечить двойной канал помощи пациентам. Административный персонал был переведен на более высокий уровень (до медицинского административного персонала) и обеспечивал работу телефонных и онлайн-приемных с помощью местных колл-центров с функцией автоматического профилирования входящих звонков.

Цифровые решения стали альтернативой очным посещениям, используя существующие и оперативно оптимизированные наработки в области электронного здравоохранения. Наряду с расширением функционала специалистов это позволило повысить эффективность регулирования спроса на основе индивидуальных потребностей.

В рамках политической повестки дня сейчас уделяется больше внимания таким давним проблемам, как необходимость улучшения координации работы с социальными службами и центрами сестринского ухода, избыточная административная нагрузка и обязательство увеличения самостоятельности поставщиков услуг.

ПЕРСПЕКТИВЫ УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ И ДАЛЬНЕЙШИЕ ШАГИ

Комплексные меры по укреплению системы первичной медико-санитарной помощи планируется дополнить структурными инвестициями. В ближайшие годы будет необходимо увеличение финансовых и кадровых ресурсов для наращивания потенциала сетей первичной медико-санитарной помощи, особенно в области охраны психического здоровья и социальной защиты.

Меры адаптации, принятые во время пандемии, дали возможность опробовать ряд инноваций, сочетающих распределение ролей специалистов и цифровые медицинские решения, а также обеспечивающих более эффективные административные процессы. Необходимы дальнейшие меры для максимизации компетенций специалистов и полноценного использования цифровых решений.

Изменение ожиданий общества от служб здравоохранения будет содействовать выработке нового подхода к регулированию спроса на основе потребностей, усиливая широкий спектр сестринских служб и роль медицинского административного персонала как работников первой линии и способствуя надлежащему использованию цифрового доступа.

Для противодействия новым социально-экономическим вызовам после пандемии требуется дальнейшее развитие координации действий различных команд первичной медико-санитарной помощи, служб общественного здравоохранения, охраны психического здоровья и социальной защиты; при этом следует акцентировать внимание на потенциале системы первичного звена для преодоления неравенств в отношении здоровья и воздействия на социальные детерминанты здоровья.

**«ЦИФРОВЫЕ РЕШЕНИЯ СТАЛИ АЛЬТЕРНАТИВОЙ
ОЧНЫМ ПОСЕЩЕНИЯМ, ИСПОЛЬЗУЯ СУЩЕСТВУЮЩИЕ
И ОПЕРАТИВНО ОПТИМИЗИРОВАННЫЕ НАРАБОТКИ
В ОБЛАСТИ ЭЛЕКТРОННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ».**

ИЗВЛЕЧЕННЫЕ УРОКИ

- 1. Кризисы являются катализатором проведения давно назревших реформ и испытаний новых моделей здравоохранения.** Многие описанные преобразования уже были включены в национальные и региональные стратегические планы и стали возможными благодаря готовности и высокому уровню развития системы первичной медико-санитарной помощи.
- 2. Децентрализованная система принятия решений сыграла ключевую роль в быстрой адаптации к потребностям в медицинском и социальном обслуживании на местном уровне.** Регионы взяли на вооружение разные стратегии в зависимости от местных условий, а состав команд первичной медико-санитарной помощи был скорректирован для более эффективного реагирования на потребности местного населения.
- 3. Расширение функций и перераспределение задач между членами команды способствуют быстрой адаптации.** Медсестры первичного звена и медицинский административный персонал проявили гибкость при выполнении своих обязанностей и обеспечили действенное коллективное реагирование на внеплановые задачи, а также повысили эффективность регулирования спроса.
- 4. Работа многопрофильных команд первичной медико-санитарной помощи способствует улучшению координации и интеграции с другими уровнями здравоохранения и секторами и повышает профессиональную удовлетворенность.** Команды первичной медико-санитарной помощи получили преимущество благодаря укреплению связей со службами социальной защиты и охраны психического здоровья. При условии надлежащего подбора персонала они служат основой для дальнейшей интеграции систем медицинской и социальной помощи, в том числе в центрах сестринского ухода и домах престарелых.
- 5. Странам необходимо учитывать препятствия, возникающие при внедрении коллективной работы, эффективного перераспределения задач и многопрофильного обслуживания.** К ним относятся административные и законодательные барьеры, излишняя бюрократизация, снижение самостоятельности, нестабильные условия работы и отсутствие навыков управления. Правила, позволяющие специалистам работать на высшем уровне своих компетенций (например, назначение лекарственных препаратов медсестрами), представляют собой ключевые инструменты политики для обеспечения результативной многопрофильной деятельности.
- 6. Сочетание кадровых, организационных и технических факторов способствует коллективной работе.** Команды используют превентивные меры для сохранения межличностных отношений, поддержания эмоциональной стабильности и снижения уровня тревожности.
- 7. Быстрый переход к онлайн-консультациям подчеркивает приоритет доступности первичной помощи над срочностью.** Однако при несоблюдении ключевых принципов доступности цифровое неравенство может дать преимущество менее нуждающимся в помощи, но при этом обладающим более высоким уровнем цифровой грамотности пациентам. Мониторинг надлежащего предоставления онлайн-консультаций — одна из основных задач для оценки качества медицинской помощи.
- 8. Специализированное и непрерывное обучение повышает престиж и привлекательность системы первичной медико-санитарной помощи.** Развитие специализации семейной и участковой медсестры, а также роль научных сообществ в предоставлении новых клинических данных и вспомогательных документов для содействия принятию разумных этических и врачебных решений крайне важны для укрепления потенциала и повышения престижа первичного звена.
- 9. Устойчивые преобразования требуют системного подхода для закрепления временных изменений, связанных с адаптацией.** Для содействия масштабным и долгосрочным изменениям необходим анализ успешных инноваций на уровне учреждения и оценка их воздействия на качество помощи (если таковая присутствует), а также на удовлетворенность специалистов и пациентов.
- 10. Четкое политическое обязательство по укреплению системы первичной медико-санитарной помощи должно иметь финансовое выражение.** Благодаря выделению дополнительных кадровых и экономических ресурсов планы были выполнены; в настоящее время вновь обсуждается проблема постоянного недофинансирования служб первичной медико-санитарной помощи. Их доказанная эффективность не должна стать сдерживающим фактором для дальнейших инвестиций при преодолении растущих проблем, вызванных кризисом здравоохранения и социально-экономической сферы.

ИСПАНИЯ

Преобразование системы первичной медико- санитарной помощи во время пандемии

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Авторы выражают признательность за предоставленные сведения и ресурсы для составления настоящего доклада, а также за редактирование документа следующим лицам.

Elvira Callejo, директор по планированию, первичной медико-санитарной помощи и правам пользователей, SACYL (Региональная служба здравоохранения в Кастилии и Леоне, Испания).

Tania Cedeño Benavides, руководитель медицинского участка первичной медико-санитарной помощи и общественного здравоохранения, SESPA (Региональная служба здравоохранения в Астурии, Испания).

Alejandra Fueyo Gutiérrez, руководитель департамента здравоохранения и оценки, SESPA (Региональная служба здравоохранения в Астурии, Испания).

María Ángeles Guzmán, руководитель сестринской службы первичной медико-санитарной помощи, SACYL (Региональная служба здравоохранения в Кастилии и Леоне, Испания).

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, Cartier T, Dedeu T, Hasvold T et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *Br J Gen Pract.* 2013;63(616):e742–50.
2. Dedeu T, Martí T. Многопрофильные команды первичной медико-санитарной помощи в Каталонии, Испания. Информационный обзор по передовому опыту. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 (https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/366501/HSS-NCDs-Policy-brief-Cat-Rus.pdf).
3. Marco estratégico para la atención primaria y comunitaria [Стратегическая рамочная программа первичной и общинной медико-санитарной помощи]. Мадрид: Министерство здравоохранения, защиты прав потребителей и социального обеспечения; 2019 (https://www.mscbs.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/Marco_Estrategico_APS_25Abril_2019.pdf) (на испанском языке).
4. Pla d'enfortiment i transformació de l'atenció primària [План укрепления и преобразования системы первичной медико-санитарной помощи]. Барселона: Министерство здравоохранения Каталонии; 2020 (<https://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/projectes-estrategics/pla-enfortiment-transformacio-atencio-primaria/>) (на каталанском языке).
5. Número de centros de salud y consultorios de atención primaria del Sistema Nacional de Salud (SNS), tasa por 100 000 habitantes según comunidad autónoma [Число медицинских центров и пунктов первичной медико-санитарной помощи Национальной системы здравоохранения (НСЗ), в пересчете на 100 000 жителей в разбивке по автономным сообществам]. На сайте: Министерство здравоохранения Испании [веб-сайт]. Мадрид: Министерство здравоохранения Испании; 2019 (<https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla16.htm>) (на испанском языке).
6. Mapa de centros [Карта расположения центров]. На сайте: Совет министерства здравоохранения Кастилии и Леона [веб-сайт]. Вальядолид: Совет министерства здравоохранения Кастилии и Леона; 2021 (<https://www.saludcastillayleon.es/es/mapa-centros>) (на испанском языке).
7. Nuevo modelo de asistencia sanitaria en el medio rural: documento marco [Новая модель здравоохранения в сельских районах: рамочный документ]. Вальядолид: Совет министерства здравоохранения Кастилии и Леона; 2019 (<https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/sanidad-rural.ficheros/1473616-Nuevo%20modelo%20de%20Asistencia%20Sanitaria%20en%20el%20Medio%20Rural%20-Documento%20Marco.pdf>) (на испанском языке).
8. SACYL Conecta. На сайте: Совет министерства здравоохранения Кастилии и Леона [веб-сайт]. Вальядолид: Совет министерства здравоохранения Кастилии и Леона; 2021 (<https://www.saludcastillayleon.es/en/serviciosonline/sacyl-conecta>) (на испанском языке).
9. Procedimiento de diagnóstico, vigilancia y control de casos y contactos COVID-19. Implementación en atención primaria [Процедура диагностики, надзора и контроля случаев и контактов COVID-19. Применение в системе первичной медико-санитарной помощи]. Вальядолид: Совет министерства здравоохранения Кастилии и Леона; 2020 (<https://www.saludcastillayleon.es/es/covid-19/informacion-profesionales/atencion-primaria/actuacion-atencion-primaria.ficheros/1749745-25112020ProcedimientodiagnosticovigilanciacasoscontactosAP.pdf>) (на испанском языке).
10. Estrategia para un nuevo enfoque de la atención primaria 2018–2021 [Стратегическая концепция первичной медико-санитарной помощи на 2018–2021 гг.]. Овьедо: Правительство княжества Астурия; 2018 (<https://www.astursalud.es/web/astursalud/noticias/-/noticias/estrategia-para-un-nuevo-enfoque-en-la-atencion-primaria?refererPlid=31857>) (на испанском языке).
11. Programa de atención psicológica en pandemia de COVID-19 [Программа психологической помощи в условиях пандемии COVID-19]. Овьедо: Правительство княжества Астурия; 2020 (<https://www.astursalud.es/documents/31867/973133/Programa+de+Atención+Psicológica+en+pandemia+de+COVID+19.pdf/>) (на испанском языке).