



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

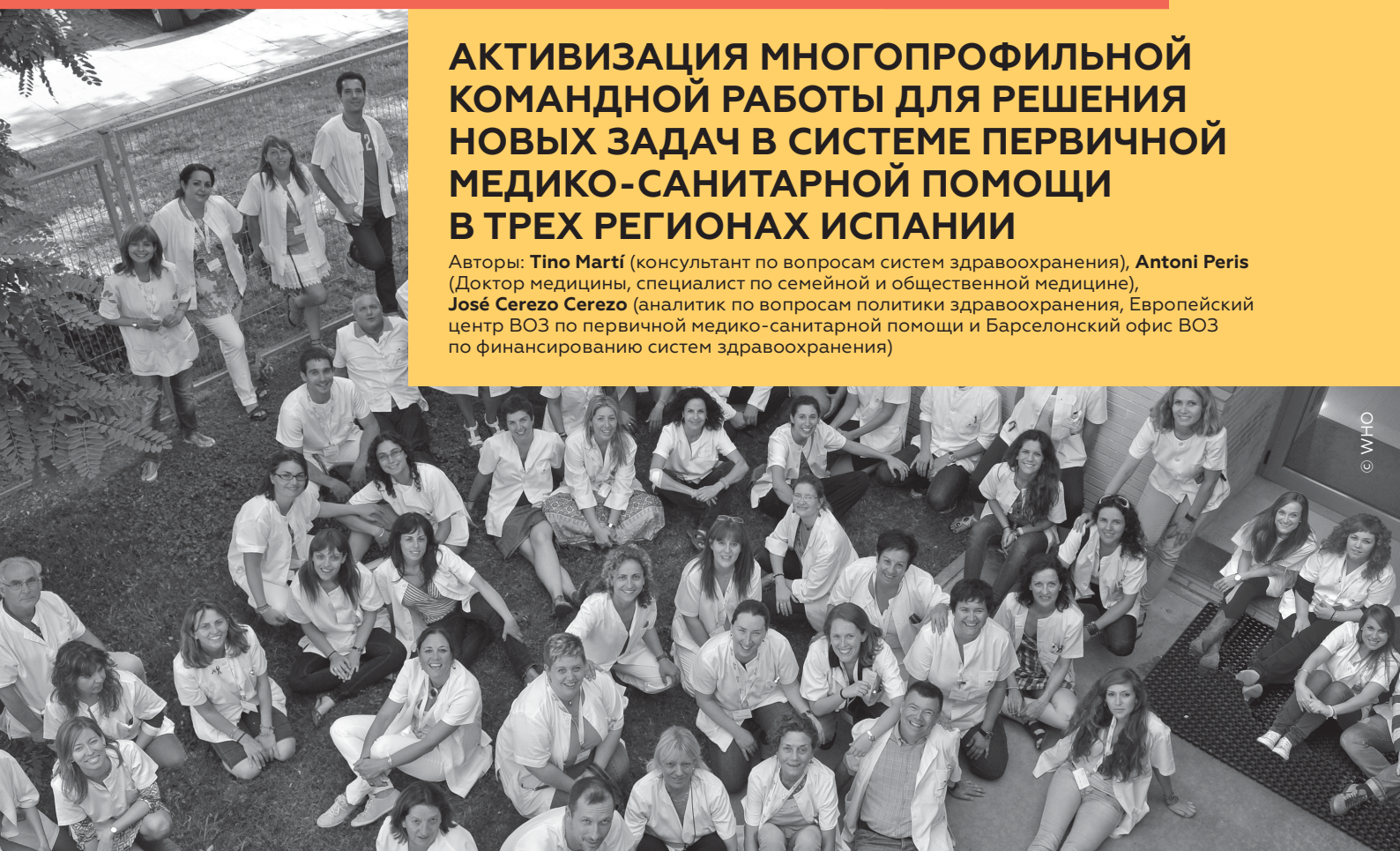


ИСПАНИЯ

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)



ОБОСНОВАНИЕ

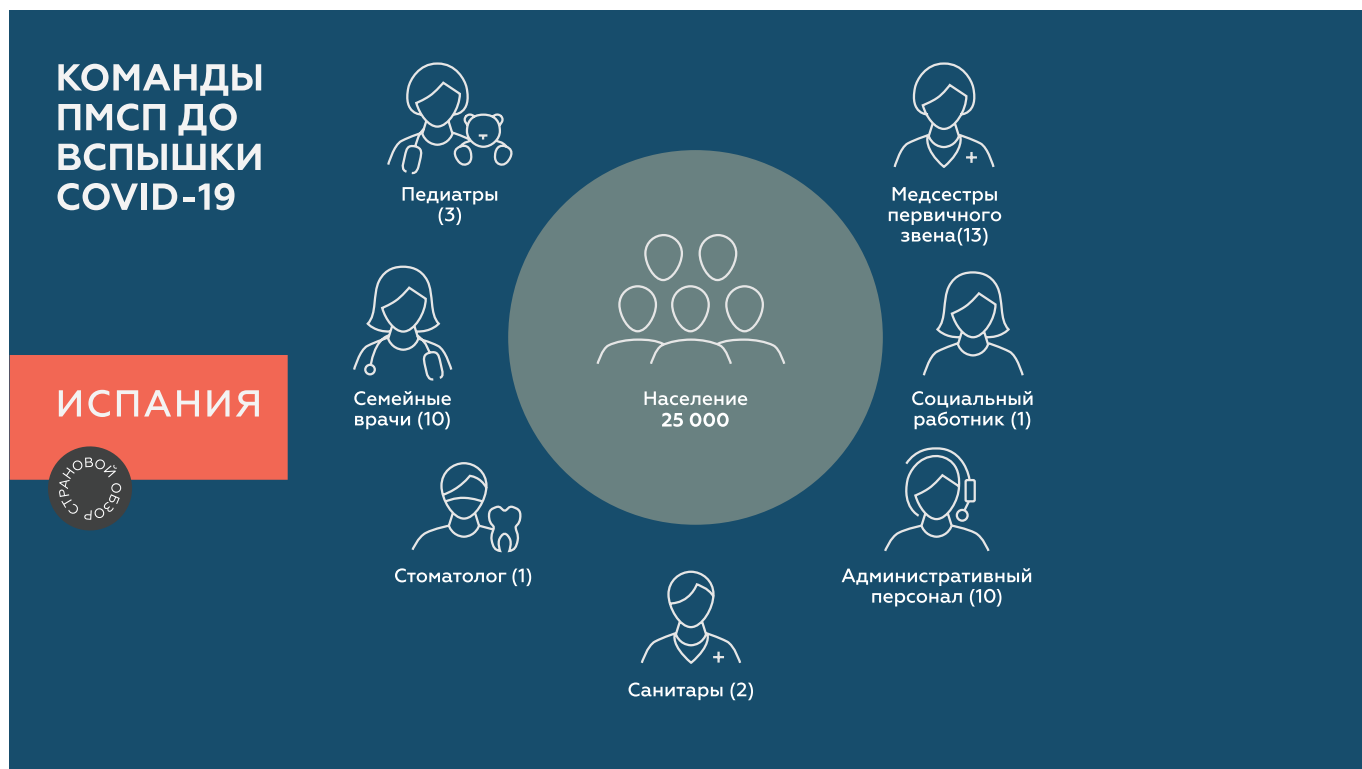
Системы здравоохранения стран Европейского региона ВОЗ вынуждены преодолевать проблему беспрецедентного роста потребности в медико-санитарной помощи в связи с пандемией COVID-19. Система первичной медико-санитарной помощи является ведущим звеном реагирования на COVID-19 и обеспечивает непрерывность оказания 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 общественном 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).

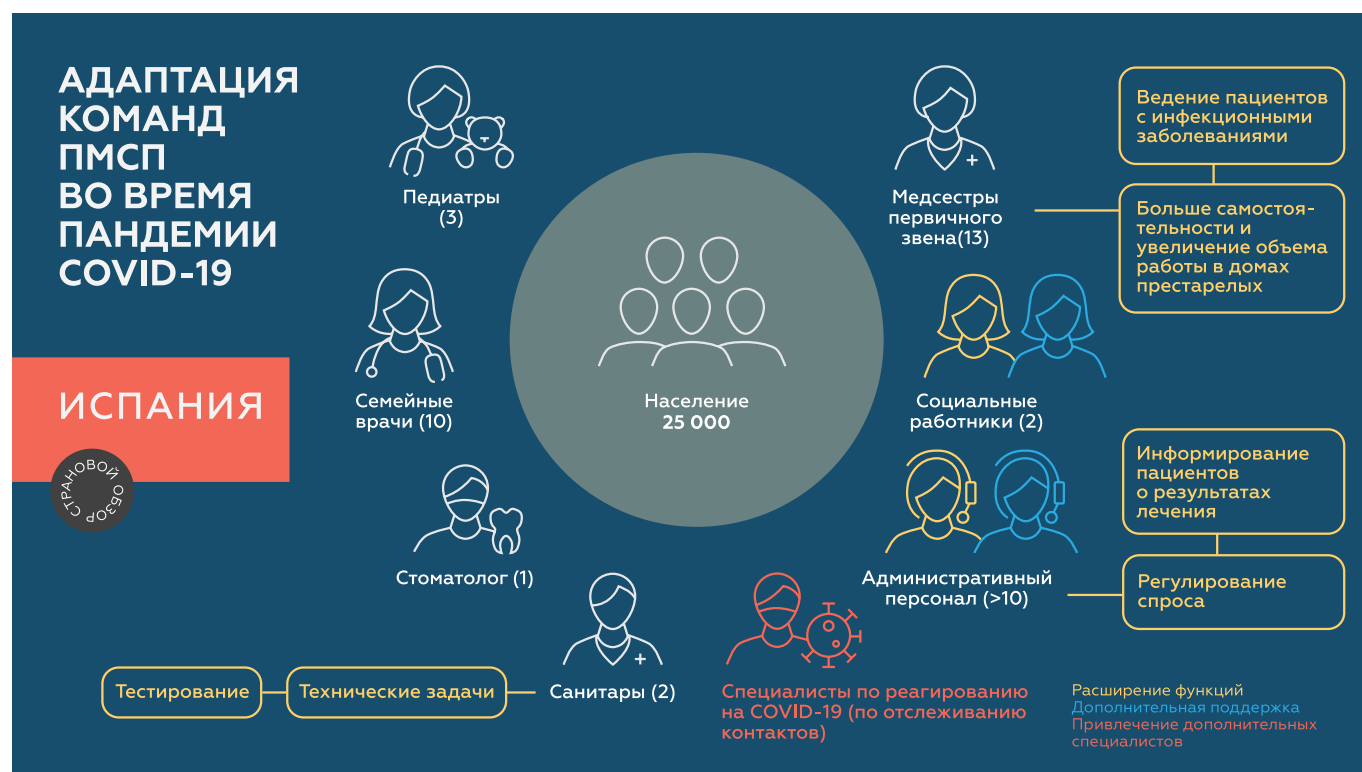
Перераспределение задач: врачи передали ведение пациентов с инфекционными заболеваниями медсестрам, помощь которым оказывают обученные решению технических задач санитары. Общение с пациентами, ранее осуществляемое специалистами системы здравоохранения, теперь возложено на административный персонал, который 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 документо-оборота 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 акушеров, 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).