

La Atención Primaria ante el cambio climático de los sistemas sanitarios.

Sergio Minué Lorenzo

RESUMEN

Este artículo analiza el papel y las adaptaciones de la Atención Primaria de Salud comparando la situación de la Atención Primaria de Salud antes de la pandemia, la respuesta de la Atención Primaria de Salud a Covid-19 y el posible escenario post-pandémico. Se observa que el futuro próximo tendrá incidencias ocasionales de brotes y epidemias que requerirán una actualización permanente de la vigilancia epidemiológica y de las necesidades de salud pública. Además, la evaluación de los cambios que la pandemia de Covid-19 ha introducido en la prestación de servicios, especialmente en lo que se refiere al uso de nuevas tecnologías y al rediseño de los servicios, afecta a la atención primaria, que es un elemento estructural de cualquier servicio sanitario.

Palabras clave: Atención Pirmária de Salud; Pandemia.

ABSTRACT

This article analyses the role and adaptations of Primary Health Care by comparing the situation of Primary Health Care before the pandemic, the Primary Health Care response to Covid-19 and the possible post-pandemic scenario. It is noted that the near future will have occasional incidences of outbreaks and epidemics that will require a permanent update of epidemiological surveillance and public health needs. In addition, the assessment of the changes that the Covid-19 pandemic has introduced in service delivery, especially in terms of the use of new technologies and the redesign of services, affects primary health care, which is a structural element of any health service.

Keywords: Primary Health Care; Pandemic.

Revista da Rede APS 2022

Publicada em: 23/09/2022

DOI:10.14295/aps.v4i2.249

Sergio Minué Lorenzo
(Escuela Andaluza de Salud
Pública, Granada, Espanha)

Correspondência para:

Sergio Minué Lorenzo
sergiominue21@gmail.com

INTRODUÇÃO

La pandemia Covid-19 ha supuesto un fuerte impacto en los sistemas sanitarios de todo el mundo, no solamente por la sobrecarga que experimentó en sus servicios, sino por las modificaciones en su organización y funcionamiento que inevitablemente hubo de acometer.

En foros de análisis muy diferentes, se plantea la necesidad de reflexionar sobre cómo deberían ser los sistemas sanitarios en un escenario post-pandémico, suponiendo que la pandemia Covid-19 finalizaría en algún momento. Sin embargo, los hechos cuestionan esa suposición: por un lado, tras casi dos años y medio de pandemia, la información sobre casos, incidencias, ingresos y muertes, siguen salpicando los titulares de los medios de comunicación de casi todos los países, ciertos países siguen manteniendo normas restrictivas, e incluso en algunos de ellos (China) siguen implantándose medidas férreas de limitación de derechos de la población persiguiendo la estrategia tan utópica como poco efectiva del llamado Covid-cero.

Además, el cambio climático está generando una situación global de alta inestabilidad, donde es muy probable que pandemias como la Covid-19 no sea la última, y que puedan aparecer ocasionalmente brotes o pandemias zoonóticas en diversos lugares del mundoⁱ.

Por ello, más que analizar un escenario *post-pandémico* sería aconsejable reconocer que el futuro próximo será un futuro *pandémico* o, en el mejor de los casos, con incidencias ocasionales de brotes y epidemias.

Dos consecuencias principales, implica este panorama:

1. por un lado, la necesidad de contemplar la actualización permanente de los requerimientos en materia de vigilancia epidemiológica y salud pública que genera la aparición de brotes epidémicos.
2. Por otra parte, la valoración de los cambios que ha introducido de manera

casi irreversible la pandemia Covid-19 en la prestación de servicios, en especial en materia de uso de nuevas tecnología y rediseño de los servicios.

Ambos aspectos afectan de lleno a la Atención Primaria, al ser ésta un elemento estructural de cualquier servicio de salud. Se analiza a continuación el rol y las adecuaciones de la Atención Primaria (AP) comparando tres etapas sucesivas: la situación de la AP pre-pandemia, la respuesta desde la AP a la Covid-19, y el posible escenario post-pandémico.

ANTECEDENTES: LA AP ANTES DE LA PANDEMIA.

Atención Primaria (AP) es un término polisémico: significa diferentes ideas en distintos países pero, sin embargo damos por bueno que todos estamos refiriéndonos a un mismo modelo: descartando por claramente inequitativo el modelo de Atención Primaria selectiva para países “pobres” impulsado por el Banco Mundial y la Bill & Melinda Gates Foundation en los años 80 y 90 del siglo pasado, Europa concibe la AP como exclusivamente un nivel de atención, el que supone habitualmente el primer punto de contacto con los servicios sanitarios. En Latinoamérica, sin embargo, prevalece la concepción de la AP en el paradigma establecido en la Conferencia de Ama Ata de 1978ⁱⁱ, donde la Atención Primaria (de salud) es una estrategia en sí mismo que trasciende niveles asistenciales, y donde el foco se establece en la intervención sobre determinantes de la salud con un papel importante de la promoción y prevención de la salud; mientras en muchos países del continente americano se prioriza en el primer nivel de atención la realización de actividades comunitarias destinadas a promover hábitos saludables y educar a la población en materia de salud (mientras las urgencias hospitalarias se colapsan ante la falta de respuesta del primer nivel a sus motivos de consulta clínicos), los países europeos en buena medida centraron sus objetivos en alcanzar una efectiva función de filtro en el primer nivel, altamente resolutiva,

que evita la sobrecarga general del sistema sanitario, pero ignorando una intervención clara sobre los determinantes de la salud. Las dos visiones son tan divergentes que la propia Organización Panamericana de la Salud (OPS) fomentó la sustitución de Atención primaria por Primer Nivel de Atención (PNA) para diferenciar claramente los dos enfoques.

Desde el trabajo de Barbara Starfield en Lancet en 1994, son reiteradas las demostraciones científicas de que los sistemas sanitarios con una AP fuerte obtienen mejores resultados en salud^{iii, iv, v, vi, vii, viii}, con una reducción añadida de las inequidades, a un menor coste, como lo es también que una inversión preferente en hospitales frente a la AP supone mayor mortalidad^{ix}. En muy pocas intervenciones sanitarias se encuentra tanta evidencia sobre su efectividad y eficiencia de una medida, a la vez que se incrementan las pruebas de que priorizar la inversión hospitalaria sobre la destinada al primer nivel no sólo no supone beneficio alguno desde el punto de vista de la salud de una población, sino que inevitablemente genera más coste.

Ahora bien, el efecto beneficioso de la AP para un sistema no va ligado a la concepción teórica de la AP, ni tampoco al propio nombre: a diferencia de la escasa evidencia existente sobre que intervenciones de promoción o de prevención mejoren realmente la salud de las poblaciones, los efectos beneficiosos sobre un sistema sanitario en términos de menor mortalidad, menor inequidad, menor uso de servicios hospitalarios y menor coste (aunque este último es más controvertido^x) que supone una AP más fuerte y desarrollada va directamente vinculada a un adecuado desempeño de sus atributos fundamentales: accesibilidad, longitudinalidad (*atención de la cuna a la tumba^{xi}*), integralidad de servicios y coordinación de los mismos, desde un enfoque familiar, comunitario y de adaptación cultural.

La demostración de los efectos beneficiosos de dichos atributos es sencilla:

- la relevancia del papel de puerta de entrada (gatekeeper), fue demostrado por Knottnerus^{xii} al analizar el papel

de la AP como si de una prueba diagnóstica se tratara: un generalista con un adecuado conocimiento de su población (lo que aporta una sensibilidad y especificidad del 90%), puede aumentar el valor preprueba de una enfermedad de un 10% a un 50%; es decir, cuando decide derivar al paciente al especialista del segundo nivel, éste en una de cada dos ocasiones se enfrentará a un problema que realmente precisa de su atención. El coste que se paga por ello no es alto: solamente 10 de 100 pacientes (un 10%) no serán enviados al especialista de referencia habiéndolo necesitado. Si se hace un esfuerzo para reducir este número al mínimo, cuyo extremo sería el acceso directo al especialista por parte del paciente como ocurre en algunos países (Estados Unidos en algunas ocasiones, Alemania, Bélgica, Francia) ningún paciente que precise atención por el especialista dejará de ser atendido por éste, pero al coste de que casi la mitad de lo que atenderá no debería ser atendido por él, al no tener ningún problema de su ámbito de competencia; en otras palabras, el valor predictivo positivo solo se habrá aumentado del 10 al 16% si queremos reducir de 10 a 5 , los que no fueron atendidos por el especialista cuando debería haberlo sido.

- El término “longitudinalidad” se construye en dos dimensiones: *Longitudinalidad temporal (Continuidad longitudinal)*, es decir la atención a lo largo del tiempo por parte de una fuente habitual de salud para la mayoría de los problemas de las personas, y *Longitudinalidad personal*, es decir la atención centrada en la persona y no en la enfermedad, construida sobre el conocimiento mutuo y la mutua confianza. Más tarde Starfield^{xiii} lo integró en el concepto de “asistencia centrada en la persona a lo largo del tiempo”.

- Los efectos de la continuidad en esta doble dimensión (por la misma persona, a lo largo del tiempo) son extraordinarios: la revisión sistemática y metaanálisis de Kelley en PLoS en 2014^{xiv}, el trabajo de Eleanor White sobre 50 años de longitudinalidad en 2016^{xv}, o la nueva revisión sistemática de Baker en 2020^{xvi} demostraban sin género de duda la relación entre continuidad y reducción de la mortalidad. A principios de 2022, el equipo de Hogne Sandvik publicó en el BJGP^{xvii} el que probablemente sea el artículo más relevante de los últimos años en el ámbito de la Atención Primaria: el estudio se realizó con la práctica totalidad de la población de un país, Noruega, demostrando una fuerte asociación entre los años de relación con un médico general y una menor mortalidad, además del menor uso de atención fuera del horario habitual o de ingresos hospitalarios. Ese efecto es dosis dependiente (cuantos más años de relación más reducción de mortalidad se produce), de forma que con más de 15 años de relación la probabilidad de muerte se reduce hasta un 30%. Una reducción de un 30% en mortalidad hubiera sido noticia preferente en los medios de comunicación de todo el mundo si en lugar de la relación estable y cotidiana entre un médico y un paciente lo investigado fuera un fármaco.
- La integralidad implica ser capaz desde la AP de dar cumplida “respuesta” a todas las necesidades de salud de una población, “resolviendo” la mayor parte de ellas, pero derivando a niveles más especializados aquellas sobre las que no se disponen destrezas (una pequeña parte del volumen total): nadie entendería que en el primer nivel se trataran tumores cerebrales, pero sí deberían ser diagnosticados y derivados lo más precozmente posible. Pero por esa precisa razón las

propuestas para zonas remotas o países de bajos ingresos de una AP sin médicos es solo una demostración más de supremacía y menosprecio de los países ricos (que no contemplan servicios de calidad sin este tipo de profesionales) hacia los países en peores condiciones socioeconómicas, además de un grave ataque a la equidad.

- Por último, y a pesar de la tendencia de los sistemas basados en el mercado de responder a las expectativas de los clientes como un mercado de ofertas, donde se atiende cada problema de salud en un especialista diferente, la coordinación de todas las intervenciones sanitarias desde un mismo punto (la AP) resulta cada día más necesaria.

La situación de la AP a nivel mundial previa a la pandemia distaba mucho de ser la deseable: no solo no recibía la inversión necesaria a pesar de la demostración de su utilidad, sino que en buena parte de los países del mundo, desde los de bajo ingreso a los más ricos, existía una falta evidente de capacidad de atracción de la AP, manifestado en las dificultades para que los estudiantes de medicina elijan la especialidad de medicina familiar o de que puedan disponerse de profesionales de AP en muchas zonas del mundo.

La Declaración de Astana^{xviii} y sus documentos técnicos, la Conferencia Internacional en dicha ciudad y el posterior informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la Asamblea Mundial de Naciones Unidas viene a representar una fuerte señal de alarma ante el fracaso de los intentos de colocar realmente en la agenda a la AP: mensajes sobre que todos los países independientemente de sus ingresos deben dedicar al menos un 1% adicional de su Producto Interior Bruto a AP^{xix} demuestra la urgencia de la situación que, por desgracia, parece ser escasamente escuchada.

EL ROL DE LA AP DURANTE LA PANDEMIA COVID-19.

Los sistemas de sanitario respondieron a la pandemia desde un enfoque fundamentalmente hospitalario: el objetivo era reforzar las urgencias y las unidades de cuidados intensivos hasta niveles nunca conocidos, priorizando la compra de ventiladores mecánicos e incluso la construcción de nuevos hospitales por encima de cualquier otra necesidad. De hecho, en algunos lugares (España como ejemplo) se llegaron a cerrar los propios centros de Atención Primaria, para permitir la utilización de sus profesionales (esencialmente médicos de familia y personal de enfermería) en dichos hospitales de emergencia. Ni tan siquiera en países reconocidos por un elevado de fortaleza de la AP se alteró esa tendencia al enfoque hospitalocéntrico: las diferencias en mortalidad por Covid-19 no parece venir determinada por la supuesta fortaleza de la AP o la existencia de un plan de implementación, sino por la ejecución real de éstos y la forma en que la AP es movilizada^{xx}.

El modelo de respuesta en este contexto puede diferenciarse *en dos fases diferentes*:

- Durante las olas de pandemia, se establecieron de forma bastante generalizada dos estrategias: reducir los contactos presenciales a la mínima expresión, y separar las consultas por sospecha de posible infección COVID 19 del resto de motivos de consulta. Ambas medidas fueron implantadas al menos en la mayor parte de los países europeos^{xxi xxii xxiii}.
- Durante los periodos entre olas, la Atención Primaria evolucionó hasta modelos híbridos, pero con un peso importante de la atención a distancia, al que se añadía habitualmente una alta carga y funciones de vigilancia epidemiológica, al tener que identificar casos y contactos (Test, Trace, Isolate, Support).

En un artículo previo^{xxiv} planteábamos cinco importantes consecuencias derivadas de la pandemia que incidirían sobre la Atención Primaria a medio y largo plazo:

- la atención a las secuelas de la infección (especialmente en los casos que precisaron atención hospitalaria).
- la atención a los problemas de salud “no COVID-19”, desatendidos durante el pico inicial, y que dos años después parecen estar entre las razones del exceso de mortalidad no ligados a Covid-19 en los países europeos con medidas de confinamiento más estrictas.
- la necesidad de reordenar la atención en residencias de mayores, principal foco de mortalidad en la primera ola, en algunos países 8 en España, más del 60% en la primera ola).
- la atención a las consecuencias en la salud de la crisis económica y social derivada de la misma.
- La posible “pandemia” en materia de salud mental. La importancia de ésta no sólo estriba en la necesidad de mantener la atención adecuada a pacientes con este tipo de problemas, sino sobre todo la necesidad de realizar un buen trabajo de cribado diferenciándolos de los problemas naturales de adaptación a un estresante de esta magnitud.

A pesar de los desafíos planteados no ha sido una prioridad en casi ningún país el fortalecimiento de la AP.

EL ESCENARIO POST-PANDÉMICO PARA LA AP: UN AMENAZANTE CAMBIO CLIMÁTICO

Es difícilmente discutible la existencia de un cambio climático a nivel global con importantes

consecuencias para la vida de las personas, no sólo a medio y largo plazo (incluida la propia sostenibilidad del planeta), sino incluso a corto plazo, del cual las temperaturas y fenómenos atmosféricos extremos no es más que una de sus manifestaciones. Que dicho cambio tenga consecuencia en la salud de las personas y, por ende, en la organización de los servicios sanitarios es inevitable. Muchas especies vivas están desapareciendo como consecuencia de este proceso, y otras muchas están claramente amenazadas, por muy valiosas y admiradas que sean: el oso polar es una hermosa prueba de ello.

La Atención Primaria puede considerarse *una especie amenazada* en el ecosistema de los sistemas sanitarios, puesto que buena parte de sus características parecen escasamente compatibles con condiciones ambientales claramente adversas.

El cambio climático sanitario comparte las características del cambio climático general al que añaden características específicas en el entorno de la salud. Tres de ellas afectan de manera especial a la Atención Primaria:

- 1) La incesante e inclemente presión del sector industrial de la tecnología sanitaria (farmacéutica, diagnóstica, genómica o robótica) por intervenir de forma más invasiva en la vida cotidiana de las personas.
- El dilema sobre si la salud es un derecho o una mercancía sujeta a las leyes de mercado (de plena actualidad en el National Health Service británico) se inclina de forma lenta pero inexorable hacia este último extremo. La gran rentabilidad de las empresas tecnológicas de la salud (cada vez con menas restricciones en materia de demostración de beneficios para la salud, costo-efectividad de las mismas y salvaguarda de la seguridad de los pacientes) impulsa a un consumo indiscriminado de bienes de consumo sanitario, ampliamente publicitados en medios de comunicación y redes sociales, ya sean con intención de una

supuesta promoción de la salud, de falsa prevención de enfermedades o de tratamiento de factores potenciales de riesgo en lugar de enfermedades propiamente dichas. Los riesgos del sobrediagnóstico y sobretreatmento, reiteradamente señalados desde organismos e instituciones sin contaminación industrial^{xxv} son habitualmente ignorados o minusvalorados. La llamada *medicina personalizada* no hace referencia a la atención del carácter único y precioso de una persona determinada, sino al empleo de tecnología de vanguardia para la intervención en niveles genómicos que hipotéticamente mejorarán la eficacia de los fármacos e intervenciones que pudieran realizarse. En un escenario de estas características es entendible que una AP que busca ser el “Guardián” (frente a la intervención innecesaria del sistema sanitario) y el “Testigo” del proceso de enfermar, agonizar y morir (que con tanta brillantez expresó Iona Heath^{xxvi}, antigua presidenta del Royal College of General Practitioners británico) no deja de ser un obstáculo.

- 2) La penetración de la tecnología de la comunicación en el ejercicio diario de la atención sanitaria. Si las tecnologías digitales han alterado gravemente la forma de relación entre clientes y empresas (ya sean los servicios bancarios, alimentarios, de ocio o de administración), el sector salud no iba a quedar al margen de la depredación.

La sustitución de lo presencial por lo remoto en las fases más intensas de la pandemia fue valorada favorablemente por muchos profesionales de AP, muchos de los cuales mantenían una sobrecarga de trabajo presencial insostenible, al reducir la presión asistencial personal. Pero a la vez fue también aprovechada por los servicios de salud para incrementar aún más la actividad, con la excusa de que la

ausencia de actividad presencial liberaba tiempo para la atención telefónica, sin considerar que la consulta telefónica es a menudo más larga y compleja.

Apenas parece tenerse en consideración las experiencias del uso masivo de tecnologías digitales en lugar de la atención persona a persona en otros sectores como la administración o la banca. El empleo de la tele salud o telemedicina tiene un riesgo evidente de aumentar las inequidades al ampliar la brecha digital entre ricos y jóvenes frente a pobres y viejos, no sólo porque el acceso a banda ancha tiene un evidente gradiente social, sino porque no todas las personas tienen el mismo grado de alfabetización digital. Además de ello, apenas se toma en consideración los requerimientos en materia de privacidad, confidencialidad y consideraciones éticas^{xxvii}.

Sin embargo, hasta el momento ninguna tecnología digital ha conseguido reemplazar al contacto presencial entre dos personas, en el que múltiples aspectos intangibles son inaprehensibles: la importancia del conocimiento del entorno, de la forma de moverse y comportarse, de tocar y ser tocado^{xxviii}, no son sustituibles hoy en el día por los detectores de parámetros incorporados en el reloj de pulsera.

- 3) El predominio de un nuevo paradigma social caracterizado por la “liquidez” en sentido de Bauman^{xxix} (la fragilidad y caducidad de las relaciones humanas), la inmediatez, y la impaciencia: se quiere todo, nuevo e inmediatamente.

La rapidez con que hoy es posible acceder a cualquier información, junto a la presión por encontrar respuestas inmediatas es escasamente compatible con una forma de trabajo basada en la lentitud, en la paciente adquisición de conocimiento sobre una persona y

confianza de la misma, lo que produce relaciones mantenidas a largo plazo bajo el nombre de longitudinalidad.

Un informe de Kings Fund^{xxx} señala que la existencia de un proveedor regular de atención es mucho menos valorada en Reino Unido en población joven y en profesionales con estudios universitarios, que, en población de mayor edad, con varias condiciones crónicas y de bajo nivel educativo. Por otra parte, mantener la fidelidad a un cupo de pacientes durante toda tu vida profesional como Julian Tudor Hart no se corresponde con los tiempos líquidos de Zygmunt Bauman, en el que es difícil comprometerse a ser el profesional de referencia de un cupo de pacientes o una población durante el resto de la vida.

Historiadores de éxito se atreven a señalar que en el casi inmediato futuro no serán necesarios médicos generales o de familia sustituidos progresivamente por chatbots, inteligencia artificial o robots. Tampoco parece que un ejercicio tan “pasado de moda” atraiga demasiado a jóvenes estudiantes de medicina fascinados por el manejo de los pacientes a través de sofisticada tecnología.

La supervivencia de una de las experiencias organizativas más exitosas en la historia de la humanidad dependerá de que sus valores sigan siendo apreciados por la sociedad, y que los cambios que inevitablemente debe acometer no le hagan perder su esencia.

REFERÊNCIAS

- ⁱ Salas RN, Shultz JM, Solomon CG. The Climate Crisis and Covid-19 — A Major Threat to the Pandemic Response-. *N Engl J Med* 2020;383;11: e70.
- ⁱⁱ WHO. Alma Ata Declaration. Geneva.1978.
- ⁱⁱⁱ Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994;344;1129-1133.
- ^{iv} Macinko, J., Starfield, B. y Shi, L. (2003). The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *HSR* 38:831-865
- ^v Starfield, B., Shi, L. y Macinko, J. (2005). "Contribution of Primary Care to Health Systems and Health." *The Milbank Quarterly* 83 (3): 457–502.
- ^{vi} Schoen, C., Osborn, R., Squires, D., Doty, M.M., Pierson, R. y Applebaum, S. (2010). "How Health Insurance Design Affects Access to Care and Costs, by Income, in Eleven Countries." *Health Affairs* 29 (12): 2334–2323.
- ^{vii} Macinko J, Starfield B, Shi L (2003). The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *HSR* 38:831-865
- ^{viii} Kringos DS, Boerma W, Hutchinson A, Saltman R. Building primary care in a changing Europe. European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2015
- ^{ix} Basu S, Berkowitz SA, Phillips RL, Bitton A, Landon BE, Phillips RS. Association of Primary Care Physician Supply with Population Mortality in the United States, 2005-2015. *JAMA Intern Med.* 2019;179(4):506-514. doi:10.1001/jamainternmed.2018.7624
- ^x Kringos, D.S., Boerma, W.G. Hutchinson, A. y Saltman, R. (2015) Building primary care in a changing Europe. European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen
- ^{xi} Minué S. ¿Están los atributos esenciales de la Atención Primaria en entredicho? *Gestión Clínica y Sanitaria* 2016; 18:78-80.
- ^{xii} Knottnerus J. medical decision making by General Practitioners and Specialists. *Fam Pract* 1991;8:305-7
- ^{xiii} Starfield B. El Cupo y la Longitudinalidad En: Starfield B. Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona; Masson.1ª ed.; 2001. p153-81.
- ^{xiv} Kelley JM, Kraft-Todd G, Schapira L, Kossowsky J, Riess H. The Influence of the Patient-Clinician Relationship on Healthcare Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *PLoS ONE* 9(4): e94207. doi: 10.1371/journal.pone.0094207.
- ^{xv} White ES, Pereira Gray D, Langley P, Evans PH. Fifty years of longitudinal continuity in general practice: a retrospective observational study. *Family Practice*, 2016, Vol. 33, No. 2, 148–153.doi:10.1093/fampra/cmw001.
- ^{xvi} Baker R, Freeman GK, Haggerty JL, Bankart MJ, Nockels KH. Primary medical care continuity and patient mortality: a systematic review. *Br J Gen Pract.*2020 Aug 27;70(698): e600-e611. doi: 10.3399/bjgp20X712289.
- ^{xvii} Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as a predictor of mortality, acute hospitalization, and use of out-of-hours services: registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract* 2022;72(715): e84-e90.doi: 10.3399/BJGP.2021.0340.
- ^{xviii} OMS/UNICEF. Declaración de Astaná. Global Conference on Primary Health Care.2018

- ^{xix} WHO. Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage .2019. Monitoring Report. New York.2019.
- ^{xx} Goodyear-Smith F, Kinder K, Mannie C, Strydom S, Bazemore SA, Phillips RL Jr. Relationship between the perceived strength of countries' primary care system and COVID-19 mortality: an international survey study. *BJGP Open* 2020; DOI: 10.3399/bjgpopen20X101129.
- ^{xxi} Razai MS, Doerholt K, Ladhani S, Oakeshott P. Coronavirus disease 2019 (covid-19): a guide for UK GPs. *BMJ* 2020;368:m800 doi: 10.1136/bmj.m800
- ^{xxii} Pereira Gray D, Sidaway-Lee K, Harding A, Evans P. Reduction in face-to-face GP consultation. *Br J Gen Pract* 2020. Doi: <https://doi.org/10.3399/bjgp20X710849>
- ^{xxiii} Majeed A, Maile EJ, Bindman AB. The primary care response to COVID-19 in England's National Health Service. *Journal of the Royal Society of Medicine*; 2020, Vol. 113(6) 208–210 DOI: 10.1177/0141076820931452
- ^{xxiv} Minué S, Jaramillo F, Oyarzo A. Evidencias y reflexiones sobre la COVID-19. *AMF* 2020;16(6):335-348
- ^{xxv} Moynihan R, Brodersen J, Heath I, Johannson M, Kuehle T, Minué-Lorenzo S, et al. Reforming disease definitions: a new primary care led, people-centred approach. *BMJ Evid Based Med*. 2019; 24:170---3, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjebm-2018-111148>.
- ^{xxvi} Heath I. The mystery of general practice. John Fry Trust Fellowship. The Nuffield Provincial Hospitals Trust.1995.
- ^{xxvii} López-Santín JM, Álvaro P. (2018). La salud mental digital. Una aproximación crítica desde la ética. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 38(134): 359-379 doi: 10.4321/S0211-57352018000200002
- ^{xxviii} De Zuloeta P. Touch matters: COVID-19, physical examination, and 21st century general practice. *British Journal of General Practice*, December 2020:594-5. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp20X713705>
- ^{xxix} Bauman Z. *Tiempos líquidos*. Tusquets editores, 2007. Barcelona.
- ^{xxx} Baird B, Reeve H, Ross S, Honeyman M, Nosa-Ehima M, Sahib B. *Innovative models of general practice*. Kings Fund. London.2018.