



Artículo especial

La atención primaria del futuro: ¿qué puede aprender la atención primaria europea de las innovaciones y retos de la pandemia de COVID-19?



Josep M. Vilaseca^{a,b,*} y Amanda Howe^c

^a Fundación Althaia, Red Universitaria y Asistencial de Manresa, Barcelona, España

^b Universidad de Vic - Universidad Central de Cataluña, Cataluña, España

^c Norwich Medical School, University of East Anglia, Norwich, Reino Unido

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 26 de octubre de 2022

Aceptado el 31 de octubre de 2022

Palabras clave:

Atención primaria de salud

Economía de la salud

COVID-19

Medicina familiar y comunitaria

Keywords:

Primary health care

Health economics

COVID-19

Family and community medicine

R E S U M E N

La diversidad organizativa y financiera que caracteriza la atención primaria europea ha permitido responder extraordinariamente a la pandemia de COVID-19 con soluciones innovadoras: reorganización de la oferta de servicios, digitalización, nuevos roles profesionales e inclusión de nuevas profesiones en atención primaria, y pagos añadidos por la realización de actividades. La telemedicina ha transformado la atención al paciente. Las crisis humanitarias (inmigración y refugiados) requieren todavía nuevas soluciones en Europa. Los cuidados paliativos en atención primaria se han transformado. La novedosa educación médica virtual debe ser evaluada. La disminución de la burocracia es una clara necesidad, al igual que la coordinación con los servicios de medicina preventiva y de salud pública. La práctica en solitario versus los equipos de atención primaria, el acceso a la prescripción de ciertos fármacos, la hiperprescripción, las actividades preventivas, y las migraciones de médicos constituyen los retos del futuro para la atención primaria europea.

© 2022 The Authors. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

The primary care of the future: What can primary care in Europe learn from the innovations and challenges of the COVID-19 pandemic?

S U M M A R Y

The organisational and financial diversity that characterizes European primary care has made it possible to respond extraordinarily to the COVID-19 pandemic with innovative solutions: reorganisation of the scope of services, digitization, new professional roles and inclusion of new professions in primary care, and the use of additional fees for service. Telemedicine has transformed patient care. Humanitarian crises (immigration and refugees) still require new solutions in Europe. Palliative care in primary care has been transformed. The new virtual medical education must be evaluated. The reduction of bureaucracy is a clear need, as is coordination with preventive medicine and public health services. Solo practice versus primary care teams, access to the prescription of certain drugs, over-prescription, preventive activities, and migration of physicians constitute future challenges for European primary care.

© 2022 The Authors. Published by Elsevier Ltd. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

La diversidad de la atención primaria europea es una muestra de su potencial, de sus logros y de sus fracasos. Cuando hablamos de Europa podemos restringir el concepto a la Europa geográfica (¿incluyendo una parte de Turquía?) o ampliarlo a las regiones europeas de la Organización Mundial de la Salud y de la Sociedad Internacional de

Médicos de Familia (WONCA). Aún en el sentido estricto, Europa presenta notables diferencias respecto a la financiación, la organización y las relaciones entre niveles asistenciales de la atención primaria.

En cuanto a la financiación, los modelos básicos Beveridge (paradigma: Gran Bretaña) o Bismarck (paradigma: Alemania) condicionan por tradición el tipo de organización del trabajo. Hasta la fecha, los grandes cambios en la atención primaria se vieron a partir de la caída del Pacto de Varsovia en la Europa del Este, pasando del modelo comunista a los

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: josepmaria.vilaseca@umedicina.cat (J. M. Vilaseca).

modelos inspirados en los sistemas sanitarios del Oeste. Pero desde entonces, una vez producidos los grandes cambios, los sistemas sanitarios se mantienen estables. Por ejemplo, en la República Checa se optó por una atención primaria con libre elección de médico de familia y libre acceso a la atención especializada¹, mientras que en Eslovenia los pacientes deben acudir al médico de familia en primera instancia («gatekeeping system»)². Parece que no existe un modelo «superior» al resto, sino formas distintas de abordar la atención primaria. El porcentaje del PIB destinado a la sanidad es también desigual.

Un reciente estudio³ muestra que la financiación de la atención primaria presenta importantes variaciones entre países: el gasto sanitario per cápita en los países de renta baja, varía desde \$8 a \$46 y en los países de renta media baja desde \$11 hasta \$120. Según la Organización y Cooperación de Desarrollo Económico⁴, el porcentaje del gasto total en salud destinado a la atención primaria varía entre el 18% en Polonia, el 17% en España y Estonia, y el 10% en Eslovaquia y Suiza. Un análisis del gasto sanitario en 6 países europeos (España, Portugal, Países Bajos, Alemania, Austria y Finlandia) indica que la convergencia está lejos de conseguirse actualmente⁵.

Una atención primaria fuerte es esencial para asegurar la resiliencia de los sistemas sanitarios a los impactos como los de la pandemia y las crisis medioambientales. Los servicios de atención primaria han jugado un papel fundamental en el mantenimiento de los cuidados esenciales a la vez que han luchado contra la pandemia de COVID-19⁶.

Los servicios de atención primaria han proporcionado atención aguda para los pacientes con síntomas moderados y severos de infección por coronavirus. Asimismo han estado en la primera línea de la atención preventiva realizando la detección de contactos, el seguimiento de los mismos y la vacunación de la población. Se ha desempeñado una labor esencial en el mantenimiento de la continuidad de la atención en los pacientes con enfermedades crónicas, a la vez dando soporte a la salud mental y el bienestar social de la población.

Pero esta encomiable labor ha tenido un coste muy elevado para los médicos de familia y el personal sanitario en general. En la página web de WONCA Europa se puede apreciar el obituario de los médicos de familia de sus países miembros fallecidos durante la pandemia de COVID-19.

Dicha pandemia ha producido un terrible efecto en la salud y el bienestar de los médicos de familia (léase profesionales sanitarios) en toda Europa.

Este desánimo que impide percibir las lecciones aprendidas y las innovaciones implementadas es un factor limitante. Percibimos que los médicos de familia europeos se sienten exhaustos después de luchar contra la pandemia de coronavirus. Más aún, otra epidemia muy grave, la epidemia de burnout en los profesionales sanitarios, es un reto de candente actualidad. Un estudio transversal⁷ realizado en 33 países europeos mostró que el 64,5% de los médicos de familia se consideraban en riesgo de malestar psicológico (distress) durante la pandemia de COVID-19. Los que trabajaban en centros de salud más pequeños y con poblaciones más vulnerables tenían mayor riesgo comparado con el resto. Los estudios que analizan el desgaste profesional en Europa indican que es necesario promover el bienestar de los médicos para mantener la seguridad del paciente y la atención sanitaria de alta calidad, y optimizar el rendimiento del sistema sanitario⁸.

En la primera ola de la pandemia, la suspensión de los servicios habituales y la limitación de los contactos interpersonales produjeron cambios en los sistemas sanitarios. El número de consultas en medicina de familia por mes disminuyó entre un 10–80% en 2020 comparado con el mismo mes en 2019⁹.

Al principio de la pandemia, varios países presentaron una caída en los nuevos diagnósticos o derivaciones por enfermedades crónicas como el cáncer¹⁰. Bélgica reportó un 14% menos de nuevos casos en 2020 comparado con el mismo período de 2019. El Reino Unido mostró un descenso en derivaciones por cáncer de hasta 350.000 casos entre marzo y agosto de 2020 comparado con el mismo período en 2019. Algunos países también reportaron unas tasas menores de ingreso

hospitalario por enfermedades crónicas como asma, EPOC e insuficiencia cardíaca en 2020¹¹. El impacto que ha tenido la afectación de las funciones de la atención primaria europea se verá con el tiempo, cuando podamos apreciar su impacto en indicadores epidemiológicos como las curvas de mortalidad y la esperanza de vida. Esta indeseada e indeseable alteración de la atención primaria puede poner en valor su importancia, mostrando lo que ocurre si prescindimos de ella.

¿Se han producido innovaciones casi sin ser conscientes de ello?

En la 27ª conferencia de WONCA Europa, donde estaban representados más de 20 países, los autores, al preparar el primer borrador de este artículo, realizamos una entrevista cualitativa informal con varios médicos de familia (líderes de opinión) de un grupo representativo de países europeos planteándoles una simple pregunta: ¿existe alguna innovación relevante en la atención primaria de tu país? A lo que los encuestados respondieron unánimemente: «ninguna».

La voluntad de innovar ha sido probablemente baja entre los médicos de familia europeos. Un estudio alemán muestra que, durante la pandemia, el conocimiento en atención primaria del Fondo de Innovación Alemán era bajo. Muchos médicos de familia estaban inseguros de hasta qué punto la atención primaria se puede beneficiar del Fondo de Innovación en el largo plazo. En cuanto a la voluntad de participar en los estudios del Fondo de Innovación, las respuestas estaban divididas: los que ya habían participado en dichos proyectos (24%) expresaban un balance positivo. Sin embargo, también reportaban obstáculos y factores de estrés, como los requerimientos de documentación e intervenciones en los procesos de las consultas¹².

Pero no todo ha sido negativo. Las innovaciones en los países europeos han aparecido a partir de la respuesta de la atención primaria europea a la pandemia de COVID-19¹³. Los desarrollos se pueden categorizar en 4 grupos principales:

- 1- La reorganización de la oferta de servicios (p.e. Francia, Islandia) cuando la atención primaria abrió consultorios móviles o realizó visitas domiciliarias para la vacunación.
- 2- La extensión del uso de la consulta remota a través de herramientas y sistemas digitales (p.e. Estonia, Grecia, Polonia, Turquía, Gran Bretaña), donde el uso potenciado de los servicios de telemedicina consiguió un contacto seguro con el paciente.
- 3- Una mayor extensión del uso de la mano de obra sanitaria en el sentido más amplio (p.e. Portugal, Irlanda, Francia) donde, además de los médicos de familia, las enfermeras, las matronas, los farmacéuticos, los técnicos de laboratorio han asumido otras tareas como la prescripción crónica de medicamentos o la vacunación de la población.
- 4- Pagos añadidos (p.e. Países Bajos, Alemania, Italia) para los servicios de telemedicina, los equipos médicos, y algunos servicios de los proveedores de atención primaria. Los sistemas de pago tradicionales, basados bien en el pago por servicio, bien en el pago capitativo, no eran adaptables a la pandemia. Los pagos añadidos pueden ser una buena compensación para optimizar el uso de la capacidad productiva de la atención primaria. Encontramos varios ejemplos, como la compensación financiera a los equipos de atención primaria por realizar consultas telefónicas, videoconsultas, o visitas domiciliarias, o compensaciones financieras por los costes adicionales incurridos debido a la pandemia de COVID-19 (recursos humanos, medidas de higiene o de seguridad).

La mayoría de los países de la Organización y Cooperación de Desarrollo Económico potenciaron su capacidad digital para la atención primaria durante la pandemia de coronavirus y la mantuvieron después del primer choque. La transformación digital de la atención primaria permitió a los países mantener su capacidad de respuesta a las necesidades cambiantes a través de las sucesivas olas de la pandemia de COVID-19. La proporción de la población que tuvo una consulta

remota con su médico de familia entre marzo y septiembre de 2020 estuvo en el rango entre casi el 80% en España, Polonia y Eslovenia hasta cerca del 20% en Francia, Bulgaria y Alemania¹⁴.

Con el fin de adaptarse a las circunstancias de la pandemia, mientras el modo de las consultas de atención primaria cambiaba, algunos países como Dinamarca mostraron una estabilidad en el número global de consultas entre 2010 y 2020; incluso se incrementaron, aunque a costa de una mayor proporción de personas que tuvieron una consulta remota¹⁵. Un estudio nacional entre los médicos de familia noruegos muestra una considerable relevancia de las teleconsultas para el futuro de la planificación de la atención primaria en tiempos de ausencia de pandemia¹⁶.

En el campo de los cuidados paliativos ofrecidos por la atención primaria, también se han producido nuevos desarrollos. Una encuesta realizada en el Reino Unido identifica 3 temas cualitativos para la innovación en la atención al final de la vida en la comunidad durante la pandemia de COVID-19: la pandemia de coronavirus como un catalizador del cambio en los cuidados paliativos de atención primaria; nuevas oportunidades para establecer maneras de trabajar más receptivas y tecnológicas; y factores de la pandemia que han mejorado y reforzado la colaboración interprofesional¹⁷.

Algunas de las más importantes revisiones de las investigaciones sobre los cambios en atención primaria han encontrado resultados como una capacidad rápidamente creciente para responder a las necesidades de los pacientes y de la pandemia con una reducción de la burocracia y la complejidad (proporcionando a los profesionales la autonomía necesaria para actuar de forma rápida y apropiada)¹⁸.

Se necesitan más esfuerzos para conseguir una atención primaria fuerte en Europa

En el mundo académico, la educación médica ha sido seriamente afectada por la pandemia, amenazando tanto la productividad como la calidad. La necesidad empujó a enseñar asignaturas enteras de forma exclusivamente virtual a través de plataformas en línea. Los nuevos métodos educativos pueden ser prometedores, pero el resultado de su rápida implementación sigue siendo incierto¹⁹.

Otra triste realidad ha estimulado y requiere todavía innovaciones en atención primaria. Antes, durante y después de la pandemia, han ocurrido en Europa varias crisis relacionadas con la salud de los inmigrantes y los refugiados. Los estudios sobre la respuesta de la atención primaria indican que se han producido innovaciones sobre todo centradas en el perfeccionamiento de los médicos, mientras que la implicación de otras profesiones sanitarias todavía no ha sido suficientemente estudiada²⁰.

Los aportes precoces y coordinados de los líderes profesionales de atención primaria en el Reino Unido fueron una característica de la pandemia, con asociaciones como el Royal College of General Practitioners ofreciendo recursos y boletines para médicos de familia y sus equipos en abierto y rápidamente actualizados²¹. Sin embargo, siguen existiendo algunas lagunas en las oportunidades para que los médicos de familia hagan aportaciones a las necesidades de salud pública y de atención social²², y debería haber más lecciones para el futuro para todos los países sobre cómo coordinar mejor estos sistemas entre múltiples proveedores para cualquier urgencia futura.

Se necesita la colaboración entre países: la atención primaria europea dista de ser uniforme

Cabe señalar que la Organización Mundial de la Salud ha solicitado un tratado internacional para pandemias globales para asegurar que el trabajo transfronterizo sea efectivo en cualquier pandemia futura²³, y también ha validado un compromiso global para el bienestar y la protección de los trabajadores sanitarios a la luz de los roles fundamentales y riesgos personales acaecidos durante y posteriormente a la pandemia²⁴. Esto indica que algunos de los retos afrontados en

Europa van más allá de nuestra propia región, y deben ser abordados a través de sectores y fronteras.

Pero el día a día en la Europa actual sigue siendo muy diferente dependiendo de las regiones que analicemos. La organización de la medicina de familia en equipos multidisciplinares, a pesar de que es una tendencia creciente, sigue lejos de ser homogénea en Europa. Grandes países como por ejemplo Alemania cuentan con un gran número de médicos de familia trabajando en solitario.

Mientras en algunos países del Este de Europa los médicos de familia siguen sin poder prescribir algunos medicamentos en uso cotidiano, como por ejemplo, fármacos antidiabéticos²⁵, en la Europa occidental la hiperprescripción sigue siendo un problema acuciante. La polimedicación asociada a la cronicidad hace que la prevención cuaternaria sea cada día más necesaria en el Occidente, mientras que el acceso a fármacos y pruebas complementarias es una de las grandes necesidades del Oriente Europeo (tabla 1).

La falta de médicos de familia es un problema en la mayoría de países europeos, especialmente en el Este. La especialidad de medicina de familia sigue teniendo un desarrollo desigual. Los intentos de unificar el currículum de los médicos de familia europeos, o al menos de exigir unos mínimos estándares de calidad, están todavía en proceso. El reconocimiento del título de especialista entre los diferentes países europeos sigue siendo un tema pendiente.

Las reformas de la atención primaria fueron dificultadas primero por la crisis económica del año 2009 y posteriormente por la epidemia de coronavirus del 2020. Así, países tan distantes como Portugal, Rumanía, Lituania, Hungría, consiguieron un grado variable de implantación de sus respectivas reformas. La integración de servicios y la relación con los hospitales es igualmente variable²⁶.

Las actividades preventivas en atención primaria no se realizan de forma rutinaria en todos los países europeos, por lo menos no de la forma estandarizada en que se realizan en España. La prevención y la promoción de la salud se realizan de forma desigual. Incluso las inmunizaciones financiadas por el sistema sanitario público y el calendario vacunal no se han unificado en Europa.

Un tema preocupante es la falta (¿o más bien fuga?) de médicos de familia. No parece existir en Europa un país que sea «receptor nato» de médicos. Más bien parece que existe un flujo de este a oeste, de sur a norte, y que a su vez los países del norte «importadores» de médicos de familia sufren también la emigración de sus propios médicos. Un ejemplo puede ser Irlanda, país que recibe (y recluta activamente) médicos españoles pero que considera perdida la batalla de la retención de sus propios médicos²⁷. Siendo este un país desarrollado, su falta de

Tabla 1
Características de la atención primaria europea

Características	Descripción
Financiación	Modelo Beveridge (Reino Unido, España) Modelo Bismarck (Alemania)
% del gasto sanitario en atención primaria	10% (Eslovaquia, Suiza) 17% (España, Estonia) 18% (Polonia) 64,5% de los médicos de familia europeos en riesgo
Burnout	Mayor riesgo en centros de salud pequeños Mayor riesgo en poblaciones deprimidas
Disminución de servicios por la COVID-19	Disminución de derivaciones (Bélgica, Reino Unido) Disminución de ingresos por enfermedades crónicas
Innovaciones principales	Reorganización de servicios Digitalización Nuevas profesiones o roles profesionales Pagos añadidos
Prescripción	Dificultades en prescribir fármacos (Europa Oriental) Hiperprescripción (Europa Occidental)

médicos es un foco de atracción para países con un nivel socioeconómico inferior. Los motivos por los que emigran los médicos de familia están relacionados tanto con satisfacción profesional como con retribución. Las desigualdades salariales, de tareas, tecnológicas, sociales, de los médicos de familia en Europa tienen un coste que no beneficia a ningún país.

Conclusión

La atención primaria tiene la capacidad de contribuir significativamente en la respuesta a las crisis sanitarias presentes y futuras. Sin embargo, la atención primaria europea necesita más recursos en términos de infraestructura, recursos financieros y humanos, a la par que cuida a sus profesionales sanitarios. Es fundamental unificar y estandarizar los aspectos básicos de la medicina de familia en Europa para conseguir una atención primaria más eficiente y homogéneamente distribuida, evitando el despoblamiento de médicos de familia de las zonas rurales y de los países más pobres. Para que cada médico europeo se sienta en casa en su propio país, sin necesidad de buscar prosperidad o reconocimiento en los países vecinos.

Esta atención primaria del futuro deberá contar con el apoyo de los gobernantes y de la sociedad, si realmente desean que la atención primaria sea el eje vertebrador del sistema sanitario.

Agradecimientos

A Candan Kendir.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Holcik J, Koupilova I. Primary health care in the Czech Republic: brief history and current issues. *Int J Integr Care*. 2000 Nov;1(1):e06. <https://doi.org/10.5334/ijic.8> PMID: 16902697; PMCID: PMC1534002.
- Rotar Pavlič D, Švab I, Brinovec Pribaković R. Slovenia. In: Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, et al, editors. *Building primary care in a changing Europe: Case studies* [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2015. *Observatory Studies Series*, No. 40 26. [Consultado 14 Sept 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459017/>.
- Hanson K, Briki N, Erlangga D, Alebachew A, De Allegri M, Balabanova D, et al. The Lancet Global Health Commission on financing primary health care: putting people at the centre. *Lancet Glob Health*. 2022 May;10(5):e715–72. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00005-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00005-5) Epub 2022 Apr 4. PMID: 35390342; PMCID: PMC9005653.
- OECD. *Spending on primary care: first estimates*. [consultado 30 Sep 2022]. Disponible en: <https://www.oecd.org/health/health-systems/Spending-on-Primary-Care-Policy-Brief-December-2018.pdf>.
- Albulescu CT. Health care expenditure in the European Union countries: new insights about the convergence process. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Feb 10;19(4):1991. <https://doi.org/10.3390/ijerph19041991> PMID: 35206178; PMCID: PMC8872178.
- OECD. *Strengthening the frontline: How primary health care helps health systems adapt during the COVID 19 pandemic*. [consultado 6 Abr 2022]. Disponible en: <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/strengthening-the-frontline-how-primary-health-care-helps-health-systems-adapt-during-the-covid-19-pandemic-9a5ae6da/>.
- Collins C, Clays E, Van Poel E, Cholewa J, Tripkovic K, Nessler K, et al. Distress and wellbeing among general practitioners in 33 Countries during COVID-19: results from the cross-sectional PRICOV-19 study to inform health system interventions. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 May 6;19(9):5675. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095675> PMID: 35565070; PMCID: PMC9101443.
- Rochfort A, Collins C, Burgers J. Emotional distress, occupational stress and burn-out among Family Doctors in Europe: Monitoring and testing of interventions is required. *Eur J Gen Pract*. 2021 Dec;27(1):271–3. <https://doi.org/10.1080/13814788.2021.1985998> PMID: 34633274; PMCID: PMC8510622.
- OECD. *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*; 2021 <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.
- Fujisawa R. *Impact of the COVID-19 pandemic on cancer care in OECD countries*. OECD Health Working Papers). Paris: OECD Publishing; 2022 <https://doi.org/10.1787/c74a5899-en>.
- OECD. *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*; 2021 <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.
- Wangler J, Jansky M. Innovationsfonds und Primärversorgung – Welche Erwartungen und Erfahrungen vertreten Hausärzt*innen in Bezug auf die Teilnahme an innovativen Versorgungsmodellen? [The German Innovation Fund and primary care-What expectations and experiences do general practitioners have with regard to participating in innovative care models?]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2022 Jun;65(6):697–705 German: <https://doi.org/10.1007/s00103-022-03533-y> Epub 2022 Apr 27. PMID: 35476151; PMCID: PMC9132806.
- OECD. *Strengthening the frontline: How primary health care helps health systems adapt during the COVID 19 pandemic*. [consultado 6 Abr 2022]. Disponible en: <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/strengthening-the-frontline-how-primary-health-care-helps-health-systems-adapt-during-the-covid-19-pandemic-9a5ae6da/>.
- Eurofound. *Living, working and COVID-19. Luxembourg: Publications Office of the European Union*; 2020.
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. *Denmark: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU*. Paris: OECD Publishing; 2021 <https://doi.org/10.1787/2dce8636-en>.
- Johnsen TM, N. B. Suitability of video consultations during the COVID-19 pandemic lockdown: cross-sectional survey among Norwegian general practitioners. *J Med Internet Res*. 2021;8(23):e26433. <https://doi.org/10.2196/26433> PMID: 33465037.
- Mitchell S, Harrison M, Oliver P, Gardiner C, Chapman H, Khan D, et al. Service change and innovation in community end-of-life care during the COVID-19 pandemic: Qualitative analysis of a nationwide primary care survey. *Palliat Med*. 2022 Jan;36(1):161–70. <https://doi.org/10.1177/02692163211049311> Epub 2021 Dec 17. PMID: 34915759; PMCID: PMC8796165.
- Baird B. *What enabled rapid digital change in primary care during the Covid-19 pandemic? The King's Fund*; Feb 2021 [consultado 7 sept 2022]. Disponible en: [kingsfund.org.uk](https://www.kingsfund.org.uk).
- Windak A, Frese T, Hummers E, Klemenc Ketis Z, Tsukagoshi S, Vilaseca J, et al. Academic general practice/family medicine in times of COVID-19 - Perspective of WONCA Europe. *Eur J Gen Pract*. 2020 Dec;26(1):182–8. <https://doi.org/10.1080/13814788.2020.1855136>. PMID: 33337939; PMCID: PMC7751383.
- Singer SJ, Glassman J, Glaseroff A, Joseph GA, Jauregui A, Mulaney B, et al. Impact of COVID-19 on primary care practice sites and their vulnerable patients. *Adv Health Care Manag*. 2021 Dec;6:20. <https://doi.org/10.1108/S1474-823120210000020009> PMID: 34779184.
- Course: COVID-19 Resource Hub. Disponible en: rcgp.org.uk
- Strengthening the UK primary care response to covid-19. *BMJ*. Sept 2020;370 <https://doi.org/10.1136/bmj.m3691>.
- Global leaders unite in urgent call for international pandemic treaty. Disponible en: [who.int](https://www.who.int)
- Global health and care worker compact. Disponible en: [who.int](https://www.who.int)
- Buca C, Farcas A, Iaru I, Mogosan C, Rusu A. Drug utilisation study of antidiabetic medication during 2012–2019 in Romania. *Int J Clin Pract*. 2021 Nov;75(11):e14770. <https://doi.org/10.1111/ijcp.14770> Epub 2021 Sep 8 PMID: 34473890.
- Kurpas D, Stefanicka-Wojtas D, Shpakou A, Halata D, Mohos A, Skarbaliene A, et al. The advantages and disadvantages of integrated care implementation in Central and Eastern Europe - perspective from 9 CEE countries. *Int J Integr Care*. 2021 Nov 8;21(4):14. <https://doi.org/10.5334/ijic.5632> PMID: 34824563; PMCID: PMC8588893.
- Taderera BH. Doctor retention in Ireland - what it may mean for the global health workforce reform agenda comment on “doctor retention: a cross-sectional study of how Ireland has been losing the battle”. *Int J Health Policy Manag*. 2021 Oct 1;10(10):647–9. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2020.126> PMID: 32668895; PMCID: PMC9278536.