

## Dureza de una crisis sanitaria: La Pandemia desde Atención Primaria



**Isabel Buezo\*** y **Rosa Añel\*\***. Médicas de Familia. \* ?Médica de Barrio? en Bufalá y Canyet (Badalona). \*\* Editora del Blog ?Sano y Salvo?

**Resumen:** La gestión de la Pandemia no careció de errores y debilidades. El impacto sobre la atención primaria fue muy duro y provocó una crisis en el contacto entre profesionales y la población atendida poniendo de relieve los problemas estructurales y organizativos de la Atención Primaria, también afectó de lleno a los médicos de familia en formación de los centros. La respuesta que los centros de salud ofrecieron, aunque con diferencias entre ellos en cuanto a su implementación, fueron similares y derivadas de las instrucciones que las instancias de gestión les marcaron. En este texto sus autoras analizan el impacto que la Pandemia y su gestión tuvieron en los centros de salud así como la respuesta de estos y sus consecuencias.

**The Harshness of a Health Crisis: The Pandemic in Primary Care Summary:** The management of the pandemic was not without errors and weaknesses. The impact on primary care was severe and caused a crisis in contact between professionals and the population served, highlighting the structural and organizational problems of primary care. It also directly affected family physicians in training at the centers. The responses offered by health centers, although with differences in implementation, were similar and derived from the instructions issued by management bodies. In this article, the authors analyze the impact of the pandemic and its management on health centers, as well as their response and its consequences

### Introducción

La pandemia de Covid-19 sacudió todos los niveles del sistema sanitario. Especialmente puso a prueba la Atención Primaria (AP), donde se vieron y se sintieron tanto sus fortalezas como sus debilidades. A pesar de la enorme capacidad de adaptación y resiliencia de los profesionales, la respuesta a la pandemia estuvo marcada por decisiones reactivas, falta de planificación y desconexión con los principios éticos y científicos<sup>[1]</sup>.

Para afrontar nuevas pandemias o crisis sanitarias se requiere una evaluación crítica, independiente e imparcial de lo sucedido<sup>2</sup>. Hasta el momento, no se ha realizado esa evaluación rigurosa que permita tomar medidas para no repetir los mismos errores en el futuro<sup>3</sup>.

Desde la experiencia vivida en AP, señalamos los principales aciertos y errores en la respuesta a la pandemia, el impacto que ha tenido en los profesionales en periodo de formación (MIR/EIR) y la necesidad de reforzar las competencias profesionales que son clave para afrontar futuras crisis sanitarias. Aprender de lo sucedido no debería ser opcional, sino una exigencia ética para construir un sistema de salud más fuerte y mejor preparado para «resistir» nuevos embates<sup>4</sup>.

## **La pandemia vista desde AP**

La pandemia no hizo más que avivar los problemas estructurales y organizativos que el sistema sanitario venía sufriendo desde la crisis económica de 2009<sup>5</sup>. En España, el Covid-19 fue recibido por una AP lánguida tras más de una década de austeridad<sup>6</sup>. En este contexto de escasez de recursos y debilidad de la fuerza laboral; el desconocimiento, la incertidumbre, el miedo y la improvisación marcaron buena parte de las decisiones adoptadas en la gestión de la pandemia.

Aunque las medidas adoptadas inicialmente fueron similares, su implementación no se realizó de la misma manera en todas las comunidades autónomas, ni mucho menos en todos los centros de salud. Las diferencias estuvieron marcadas, por un lado, por las diversas iniciativas de los profesionales de AP para organizarse a nivel local lo mejor posible y, por otro lado, por los diferentes contextos determinados por la idiosincrasia de cada territorio y las características de la población.

Se produjeron cambios importantes en el modelo asistencial, que significaron una ruptura drástica de las cualidades o atributos de la AP y una mirada cíclope hospitalcentrista, con decisiones tan radicales como la sustitución de la presencialidad por la atención no presencial o telemática. La asistencia presencial, que previamente acaparaba el 90-95% de la actividad asistencial, cayó al 5-10% mientras que la actividad telefónica se disparó de forma inusitada<sup>7</sup>. El confinamiento obligatorio comprometió la accesibilidad, la población tuvo miedo a acudir a los centros sanitarios y en estos se priorizaron las diferentes modalidades de atención no presencial. Se adoptaron medidas inéditas como la renovación automática de las prescripciones electrónicas, cuyo impacto en la seguridad del paciente no ha sido evaluado ni antes ni después<sup>8</sup>. La crisis sanitaria fue una crisis de contacto, qué difuminó la relación médico-paciente, comprometió más si cabe la ya asediada continuidad de los cuidados y aumentó la brecha entre profesionales y pacientes.

A la preeminencia de la atención no presencial, se sumó el establecimiento de un doble circuito de atención diferenciada para patología Covid-19 y no Covid-19 que, aunque inicialmente pudo parecer lo más adecuado, al poco tiempo se demostró poco ventajoso o incluso maleficiente, ya que supuso el cierre de algunos consultorios con la consiguiente redistribución de pacientes y reubicación de profesionales.

Elisa llegó al centro de salud al inicio de la pandemia como administrativa. Era la primera vez que trabajaba en atención primaria y fue asignada al triaje de pacientes en la puerta de entrada, para dirigir el tráfico en un doble circuito: un primer circuito para atención a pacientes COVID y un segundo circuito de atención a «todo lo demás». El jefe de la Unidad de Atención Primaria (JUAP) no atendió las recomendaciones de la referente de seguridad del paciente (RSP) de poner en el triaje a una enfermera.

La rigidez de los protocolos basados en una estrategia biomédica, centrada en el control de la transmisión del virus, sin reconocer la dimensión social de la pandemia, supuso una óptica reduccionista en la que se reparó más bien tarde<sup>9</sup>. Además, la asignación de tareas no fue adecuada llegándose a asignar tareas de triaje a personal administrativo lo que derivó en incidentes dramáticos, como se ilustra bien en el siguiente caso real:

- «Es el recurso que nos han enviado desde la dirección?», explicó el JUAP.

-«Bien, pero nosotros podremos organizarnos de la mejor manera posible, y lo lógico es que el triaje lo realice una enfermera o, si no, una médica. A esta pobre muchacha sería mejor ponerla en el área administrativa con otras compañeras, para que se vaya

haciendo. Si la pones en la puerta, va a estar sola y va a tener que enfrentarse a un montón de problemas. Tendría que tomar decisiones complicadas, que requieren valoración clínica para lo que no está capacitada, ¿no sé, me parece descabellado, la verdad?, alegó la RSP.

- ¿Pues es el recurso que nos han dado, y nos lo han dado con esa condición. Yo obedezco órdenes?, respondió el JUAP.

A los pocos días llega un paciente, hombre, de unos 45 años, a la puerta del centro de salud, acompañado por un amigo, que refiere dolor en el hombro izquierdo. El paciente se agarra el brazo izquierdo y dice que tenía un dolor ¿muy fuerte?. Su centro de salud de referencia está en el pueblo colindante, pero acude a este por cercanía. El paciente no refiere sintomatología infecciosa y Elisa le indica que tiene que ir a su centro de referencia.

No habían pasado ni cinco minutos cuando el acompañante del paciente entra angustiado al centro de salud solicitando ayuda. Mientras se dirigían a coger el coche, su amigo se ha encontrado peor, ha perdido el conocimiento y está tendido en el suelo. El paciente había sufrido un infarto agudo de miocardio. Fue trasladado en una UVI móvil al hospital de referencia y precisó de un largo periodo de ingreso y de posterior recuperación. El paciente tuvo depresión, le quedaron secuelas (limitación de la función cardíaca) y nunca más volvió a trabajar

En las sucesivas olas pandémicas, aunque pudiera parecer que la capacidad resolutoria de la AP fue mayor (cada vez se realizaban más diagnósticos y seguimientos, pero sin un aumento de la gravedad clínica ni de los ingresos hospitalarios), Las paradas en seco de la actividad asistencial repetidos cíclicamente con cada ola sin que fuéramos capaces de discernir lo que realmente requiera nuestra atención acarreó retrasos diagnósticos, desatención y agravamiento de las enfermedades crónica y enfermedades emergentes<sup>10</sup>.

Analizando retrospectivamente lo ocurrido, ahora podemos decir que los profesionales de AP no supimos reivindicar a tiempo la vuelta a la presencialidad, no fuimos capaces de anteponer y recuperar lo que nos caracteriza y nos da mayor valor, la cercanía, la accesibilidad, la longitudinalidad: nuestra presencia, estar, mostrarnos, hacer saber que estamos. El no ir sopesando ni recalculando la estrategia de respuesta a la pandemia, a medida que ésta fue evolucionando, comportó finalmente la saturación de la AP y el desgaste de sus profesionales<sup>11</sup>.

La falta de una comunicación clara, las recomendaciones incoherentes, a veces incluso contradictorias, y las decisiones improvisadas terminaron deteriorando la confianza de la ciudadanía y de los profesionales ¿sobre todo de aquellos con mayor espíritu crítico? en los gestores y en las instituciones. No se tuvieron en cuenta las voces discrepantes, pero sensatas y razonables, que defendían otras formas de gestionar la pandemia. Aunque pudieron servir de estímulo para indagar nuevas oportunidades, la realidad es que durante la pandemia (e incluso después) las voces críticas de la AP fueron acalladas o, cuanto menos, invisibilizadas<sup>12</sup>. En otro artículo de este número se relata el caso de Roberto Colino médico de pueblo jubilado, vivió la pandemia en primera línea como profesional que asumió su tarea de abogado de sus pacientes enfrentándose al confinamiento prolongado durante meses de los ancianos en una residencia.

### **Fortalezas y debilidades mostradas por la AP durante la pandemia**

Durante la pandemia, las fortalezas de la AP se revelaron también como sus principales debilidades y puntos de vulnerabilidad (ver tabla 1)

**Tabla 1. Fortalezas y debilidades de la AP durante la pandemia**

Fortalezas	Debilidades	Capacidad de adaptación
Flexibilidad de la AP para reorganizarse: teleasistencia, doble circuito de atención, detección precoz, rastreo, seguimiento, etc.	<b>Sobrecarga y fragmentación</b>	Adaptabilidad sin planificación estratégica ni apoyo estructural: improvisación, fragmentación de servicios y sobrecarga de los profesionales
<b>Proximidad y accesibilidad</b> AP como base y columna vertebral del sistema sanitario, cercana a la comunidad y con una muy buena accesibilidad	<b>Saturación y riesgo de colapso</b>	El incremento desbordante de la demanda superó su capacidad, afectando a la calidad y a la continuidad de la atención
<b>Conocimiento del contexto y longitudinalidad</b>		El conocimiento de los pacientes, las familias y la comunidad permitieron a los equipos de atención primaria un abordaje integral y adecuado de

casos complejos **Invisibilidad institucional** El valor de la AP no está suficientemente reconocido por las autoridades, lo que contribuyó a su escasa participación en la toma de decisiones estratégicas y al escaso refuerzo de recursos (que se produjo solo de forma puntual y para satisfacer objetivos políticos más que sanitarios) **Trabajo en equipo y enfoque biopsicosocial** La colaboración interdisciplinar y el enfoque holístico han sido esenciales para atender las necesidades de los pacientes desde el punto de vista clínico y social **Desgaste profesional** La carga emocional y física sobre los profesionales, combinada con falta de reconocimiento, ha derivado en un alto nivel de agotamiento y estrés moral **Orientación comunitaria** El enfoque comunitario es distintivo de la AP y puede resultar vital en la gestión de pandemias u otro tipo de crisis sanitarias **Desactivación de lo comunitario** Paradójicamente, muchas actividades comunitarias fueron canceladas, perdiéndose un recurso clave para afrontar las amenazas y consecuencias de la pandemia, que afectaron más a los más desfavorecidos

A pesar de las dificultades, el primer nivel asistencial demostró capacidad de adaptación y trabajo en equipo, intentando sacar partido de sus cualidades y atributos al máximo. En las primeras fases de la pandemia, el conocimiento acumulado de los pacientes y comunidades, junto al criterio clínico sólido y la habilidad para gestionar incertidumbre, ayudaron a los profesionales a afrontar los nuevos retos asistenciales con los escasos recursos disponibles.

Pero a medida que la pandemia avanzaba, nuevas olas pandémicas, la sensación de abandono por parte de las gerencias con una gestión basada en las preferencias y no en las necesidades junto con la sensación de abandono a la población causó daños entre los profesionales. Algunos tuvieron que recurrir a servicios de soporte en salud mental o bien se plantearon hacerlo para hacer frente al malestar emocional y al agotamiento emocional derivado de la pandemia. Seis de cada diez profesionales presentaban algún indicador de fatiga, dolor o estrés, y la misma proporción padecía síndrome de desgaste profesional<sup>14</sup>.

En algunos casos los profesionales tomaron cartas en el asunto y adoptaron una postura de liderazgo informal este fue el caso del **Seminario de Innovación en Atención Primaria Covid-19**, cuyo lema era **¿del estado de alarma al estado de solidaridad?**. El #siapCovid19 fue una respuesta espontánea y autogestionada de más de 300 profesionales sanitarios y de otros ámbitos, convocada el 24 de marzo de 2020. Su objetivo era generar un espacio de debate crítico y colaborativo sobre la pandemia, abordando temas como clínica, efectividad, ética, equidad, organización y solidaridad. Este seminario se desarrolló de forma virtual y se estructuró como un espacio de aprendizaje colectivo basado en la pedagogía inversa, donde los participantes compartieron experiencias y conocimientos

A partir de las reflexiones colectivas surgidas en el marco del SIAP covid-19, podemos identificar las principales dificultades y errores en el desempeño de la AP durante la crisis sanitaria<sup>15</sup>.

En primer lugar, se observó una **desorganización inicial y una escasa planificación institucional**, que relegaron a la AP en la toma de decisiones estratégicas. Las directrices eran a menudo ambiguas o contradictorias, y la coordinación entre niveles asistenciales resultó deficiente, lo que generó incertidumbre y fragmentación en la respuesta.

A esto se sumó una **falta de reconocimiento institucional** hacia los equipos de AP. A pesar de haber asumido la primera línea de la respuesta ¿con el seguimiento de casos, la gestión de bajas laborales, la atención a domicilio y la contención emocional de la población?, su labor fue en gran medida invisibilizada frente al protagonismo mediático y político del ámbito hospitalario<sup>16</sup>.

La **sobrecarga asistencial y el agotamiento profesional** fueron una constante durante los meses más duros de la pandemia. La exigencia de sostener la atención ordinaria, asumir nuevas tareas y adaptarse a una atención mayoritariamente no presencial, supuso un esfuerzo sostenido sin precedentes, que no siempre fue acompañado de los apoyos necesarios en términos organizativos ni emocionales.

En este contexto, también se deterioró el **vínculo con la comunidad**, uno de los pilares fundamentales de la AP. Se produjo una **pérdida del enfoque comunitario**. El virus entendía de clases sociales por lo que las medidas para controlar la ¿sindemia? también debían ser desde la dimensión social<sup>17</sup>. La salud comunitaria fue más importante que nunca, pero no la impuesta desde el centro de salud, sino la que se entrelazó desde la horizontalidad en forma de redes de apoyo.

**Faltó justicia distributiva:** no todo lo que puede parecer proporcionado imponer para algunos es proporcionado para otros debido a sus particularidades<sup>18</sup> (no contagiarse podía ser de las últimas prioridades para las personas que han de salir de casa con la incertidumbre de si obtendrán sustento). El aislamiento de las personas con deterioro cognitivo u otros trastornos mentales fue nocivo, un daño cierto que se podía prever.

Por último, se identificó una **limitada capacidad para sistematizar el conocimiento generado** durante la emergencia. La sobreadundancia de información (infodemia) y la ausencia de espacios formales para el intercambio estructurado de experiencias dificultaron el aprendizaje colectivo desde la práctica. Se puso a prueba a la ciencia, y la ciencia fracasó al dar respuestas sin fundamento ni ética llegando a la hiperstición<sup>19</sup>.

En definitiva, ante una situación de crisis como la que vivimos, desde la AP nos faltó un cuidado más comunitario, ponderado, transparente, deliberativo y valiente, en realidad nos faltó un cuidado para abordar nuestras endemias cotidianas. Debería servir de inspiración y ejemplo para transformarnos y poder hacer las cosas mejor en un futuro.

### **Impacto de la pandemia en los profesionales en periodo de formación MIR/EIR**

La pandemia tuvo consecuencias para los residentes de Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria, que se vieron expuestos a un escenario de alta carga asistencial y emocional, y sufrieron la alteración cuantitativa y cualitativa de sus itinerarios formativos<sup>20,21</sup>.

Desde el punto de vista de la formación, los residentes percibieron un deterioro con la pandemia; se interrumpieron o redujeron las rotaciones, se suspendieron sesiones clínicas y actividades formativas presenciales y, en muchos casos, no se ofrecieron alternativas de calidad suficientes a través de medios virtuales<sup>22</sup>. Las unidades docentes se vieron desbordadas por la necesidad de reorganizar los programas, adaptándose a las restricciones impuestas, buscando el equilibrio entre lo formativo y lo asistencial. Es indudable que el papel de los residentes fue crucial para hacer frente a la crisis sanitaria, pero esto también conllevó retrasos en la adquisición de competencias y formación insuficiente para el nivel correspondiente al año de residencia

Al mismo tiempo, emergió una forma de aprendizaje no estructurado, cercana al "currículo oculto", caracterizada por la práctica clínica en situaciones de alta incertidumbre, la toma de decisiones en escenarios de escasa evidencia y la exposición a situaciones críticas sin el acompañamiento formativo habitual. Aunque esta experiencia aportó aprendizajes relevantes ¿como habilidades de adaptación, resiliencia o gestión del riesgo?, lo hizo en condiciones poco seguras desde el punto de vista pedagógico y emocional, y no fueron tutorizados adecuadamente bajo una práctica reflexiva para un aprendizaje efectivo. Los residentes manifestaron sentimientos de soledad y abandono<sup>23</sup>.

La difusa frontera entre "residente en formación" y "mano de obra cualificada en contexto de emergencia" se hizo más evidente, generando tensiones éticas y malestar en muchos casos. La falta de reconocimiento explícito de este esfuerzo, tanto económico como institucional, contribuyó al sentimiento de instrumentalización en una parte del colectivo<sup>24</sup>.

La exposición prolongada al sufrimiento, la incertidumbre clínica, el miedo al contagio propio y a la posibilidad de transmitir el virus a familiares, así como el aislamiento social prolongado, tuvieron un impacto significativo en la salud mental de los residentes. Diversos estudios han documentado síntomas de ansiedad, depresión, insomnio y agotamiento emocional en este colectivo, con consecuencias a medio plazo aún no del todo dimensionadas<sup>25</sup>.

Lo que la pandemia nos ha dejado claro es que las profesiones sanitarias necesitan un enfoque más humanista. La formación no debe limitarse a la adquisición de conocimientos y habilidades técnicas; también debemos transmitir a los residentes atributos holísticos no cognitivos, como el trabajo en equipo, la empatía, la iniciativa, la compasión y la ternura. Es fundamental hacerles conscientes del impacto que su presencia tiene en la vida de los pacientes, pues de ellos depende, en gran medida, la perseverancia del sistema de salud.

Entre las lecciones aprendidas y las propuestas de mejora en materia de formación de residentes, destacamos las siguientes:

- Proteger la formación incluso en tiempos de crisis. Establecer planes de contingencia y estructuras flexibles que permitan adaptaciones rápidas y eficaces en situaciones de emergencia. - Flexibilizar los programas de formación. Adaptar los itinerarios formativos para compensar los déficits ocasionados por las interrupciones durante la pandemia. - Reconocer la contribución de los MIR/EIR en situaciones de crisis sanitaria. Valorar y dar visibilidad a la importancia de su trabajo en el refuerzo del sistema sanitario durante emergencias sanitarias. - Brindar apoyo emocional estructurado. Implementar programas de apoyo psicológico específicamente orientados a los residentes. **Referencias**

<https://doi.org/10.14422/rib.i26.y2024.006> <https://revistas.comillas.edu/index.php/bioeticarevistaiberoamericana/article/view/21661>

García-Basteiro et al. La necesidad de una evaluación independiente de la respuesta a la COVID-19 en España. The Lancet, Volumen 396, Número 10250, 529-530.

Hervada Vidal, Xurxo, et al. "EVALUA-COVID-19. Evaluación del desempeño del Sistema Nacional de Salud español frente a la pandemia de COVID-19: Lecciones de y para una pandemia." 2024.

Segura A. Sugerencias para afrontar epidemias y pandemias. Fundació Víctor Grífols. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Septiembre 2024.

Lobato Rodríguez, A. ¿Por qué la austeridad mata: el coste humano de las políticas de recorte? de David Stuckler y Sanjay Basu. Encrucijadas. Revista Crítica De Ciencias Sociales, 2016; 10, c1005. <https://recyt.fecyt.es/index.php/encrucijadas/article/view/79056>  
<https://focap.wordpress.com/2020/11/21/>; <https://focap.wordpress.com/2016/04/12/12-dabril-dia-de-latencio-primaria/>

Párraga Martínez I, Tranche Iparraguirre S, Martín Álvarez R, colaborativo de la Junta Permanente G, de la semFYC D. El reto de la pandemia de la COVID-19 para la Atención Primaria. Rev Clín Med Fam. 2021;14(2):85-92. DOI: [10.55783/rcmf.140208](https://doi.org/10.55783/rcmf.140208).

Añel Rodríguez RM, Astier Peña P. Renovación automática de prescripciones electrónicas durante la pandemia: nuevos riesgos para la seguridad del paciente. AMF 2021;17(8):443-452.

<https://osalde.org/barcelona-propuestas-de-rebellion-atencion-primaria/>

¿Covid-19 y atención primaria: las oleadas que vienen. Altas hospitalarias, pacientes críticos sin tratamiento hospitalario y atención demorada que pasa a ser indemorable o urgente? <https://sano-y-salvo.blogspot.com/2020/03/covid-19-y-atencion-primaria-las.html>  
<https://focap.wordpress.com/2020/03/16/la-situacio-covid19/>  
<https://rebellionprimaria.wordpress.com/2020/03/22/latencio-primaria-treballa-per-aturar-la-pandemia-no-tanquem-els-caps/#more-1210> <https://encuentrosolidaridad.net/hasta-cuando-unas-residencias-como-carceles/>

Fundació Galatea. Impacto COVID-19 en los profesionales de la salud: resultados preliminares del estudio de la Fundación Galatea (I y II). Barcelona: COMB y Fundación Galatea. 2021. [consultado enero 2025] Disponible en:  
<https://www.clinica-galatea.com/es/bloc/estudio-impacto-covid19-profesionales/>

Fundació Galatea. Informe del estudio de impacto de la COVID en la salud, estilos de vida y condiciones de trabajo de los médicos en España (2ª Encuesta) Barcelona: COMB y Fundación Galatea. 2023. [consultado enero 2025] Disponible en:  
<https://www.fpsomc.es/publicaciones/estudio-sobre-el-impacto-de-la-covid-19>

<https://covid19siap.wordpress.com/>

Segura A. La COVID-19 y la atención primaria y comunitaria: algunas consideraciones deontológicas. FMC. 2020 Dec;27(10):505-507

<https://focap.wordpress.com/2020/11/14/per-una-resposta-comunitaria-i-social-a-la-covid19/>

Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols. Cuidarse en la sociedad entre pandemias. Número 60. Barcelona 2022

<https://seminariossiap.es/siapcovid2025/>

<https://www.doctutor.es/2021/09/05/septiembre-2021-que-ha-supuesto-la-covid-19-para-nuestros-residentes-y-estudiantes/>

Núñez Cortés, JM. COVID-19 por SARS-Cov2 también ha afectado a la Educación Médica. Educación Médica, 2020, vol. 21, no 4, p. 261-264

De Carlos Artajo, J., et al. Percepción de la pandemia COVID-19 y situación de la formación sanitaria especializada entre los MIR de Navarra. Revista Española de Educación Médica, 2022, vol. 3, no 1). <https://colegiodemedicos.es/encuesta-mir/>

Olmos-Gómez M del C, Sáez-López P, Gil-Fernández R. Impacto de la pandemia de COVID-19 en la formación sanitaria especializada. Educación Médica [Internet]. 2023 [citado 10 mayo 2025];24(1):41-48.

Martín A. Residentes de Medicina Familiar: ¿Somos el futuro de la Atención Primaria, pero si Madrid no nos quiere, tendremos que irnos?. El País [Internet]. 12 diciembre 2022 [citado 10 mayo 2025]. Disponible en:

<https://elpais.com/espana/madrid/2022-12-12/residentes-de-medicina-familiar-somos-el-futuro-de-la-atencion-primaria-pero-si-madrid-no-nos-quiere-tendremos-que-irnos.html>

González Anglada, ML et al. Impacto de la pandemia COVID-19 en la formación sanitaria especializada en un centro docente. Journal of Healthcare Quality Research, 2022, vol. 37, no 1, p. 12-19).