

MODELOS DE GESTIÓN SEGÚN EL PROVEEDOR Y SUS EFECTOS EN LA DINÁMICA DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN CATALUÑA

Xavier Bayona Huguet (1,4), José Romano Sánchez (2,4) y Antoni Peris Grao (3,4)

- (1) Equipo de Atención Primaria Chafarinas. Institut Català de la Salut. Barcelona. España.
(2) Equipo de Atención Primaria Sant Josep, Institut Català de la Salut, L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España.
(3) Consorci Castelldelfels Agents de Salut d'Atenció Primària Castelldelfels. Barcelona. España.
(4) Grupo de trabajo de gestión, Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Barcelona. España.

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

RESUMEN

Fundamentos: El modelo catalán de gestión de atención primaria (AP), se diferencia del resto de autonomías por tener una mayor diversidad de proveedores. El objetivo fue explorar y comparar modelos de gestión según el proveedor de AP en Cataluña a partir de la visión de los profesionales.

Métodos: Encuesta online realizada del 1 febrero al 17 marzo de 2017 estructurada en 6 secciones que exploraban filiación, organización, accesibilidad, resolución, liderazgo y compromiso. El análisis compara respuestas agrupadas por entidad proveedora de servicios de AP en Cataluña: Institut Català de la Salut (ICS), Consorcio Público (CP), Consorcio Público que gestiona también Hospital (CPH), Entidades de Base Asociativa (EBA) y Privado. Las variables continuas fueron analizadas con el test ANOVA, y las categóricas con ji al cuadrado o test exacto de Fisher.

Resultados: Se obtuvieron 1474 respuestas, del género femenino 78,1%, con 48 años de edad media. El 90% eran sanitarios, 87% en entornos no rurales y 71% ICS. Los profesionales de EBA declararon mayor facilidad (79,1%) y reconocimiento (76,1%) para el desarrollo de habilidades profesionales, menor demora en visita 72h (83,9%) y mayor posibilidad en autonomía de gestión de la agenda (87,5%). El 54,2% de profesionales de CP y el 55,4% de EBA presentaron alto acceso a pruebas diagnósticas y una avanzada gestión enfermera de la demanda, 54,2% y 51,8%, respectivamente. Destacó un mayor compromiso en entidades con mayor posibilidad de autonomía de gestión de la agenda, plan de formación de actividades de profesionales, reconocimiento de objetivos, feedback sobre resultados de actividades y en entidades EBA.

Conclusiones: Los modelos de gestión de los proveedores determinan características diferentes. Destacan respuestas más favorables en autonomía de gestión, resolución, accesibilidad y compromiso, de los profesionales de EBA y CP que respondieron el cuestionario

Palabras clave: Gestión sanitaria, Atención primaria, Modelos de gestión.

ABSTRACT

Primary health care teams management models according to the supplier and the effects on its dynamics in Catalonia

Background: The catalan primary care (PC) management model is differentiated from the rest of regional autonomies because it has a greater diversity of providers. The objective was to explore and compare management models according to the primary care provider in Catalonia based on the professionals' vision.

Methods: An online survey was carried out on February 1st 2017 to March 17th 2017 and structured in 6 sections that explored filiation, organization, accessibility, resolution, leadership and commitment. The analysis compares the answers grouped by entity providing Primary Health Care (PHC) services in Catalonia: Institut Català de la Salut (ICS), Public Consortium (CP), Public Consortium that also manages Hospital (CPH), Associative Base Entities (EBA) and Private Entities. The continuous variables were analyzed with the ANOVA test, and the categorical ones with chi-square or Fisher's exact test.

Results: 1474 responses were obtained, female gender was 78,1%, mean age was 48 years. 90% were doctors or nurses, 87% working in non-rural environments and 71% in ICS. The professionals of EBA declared greater ease (79.1%) and recognition (76.1%) for the development of professional skills, delay under 72h in scheduled appointments (83.9%) and increased self-management of agenda (87.5%). 54.2% of Public Consortium professionals (CP) and 55.4% of EBA presented high access to diagnostic tests and advanced nurse management of demand, 54.2% and 51.8%, respectively. It was highlighted a greater commitment, in entities with greater possibility of agenda self-management, a plan for training professional activities, objectives recognition, feedback on the activity results and EBA.

Conclusions: The management models of PHC providers determine different characteristics. The most favourable answers to autonomous management, resolution, accessibility and commitment stand out in the EBA and CP professionals group who answered the survey.

Key words: Clinical governance, Primary health care, Organization and Administration.

INTRODUCCIÓN

La gestión de la Atención Primaria (AP) en España y Cataluña ha tenido en las últimas décadas algunas experiencias “piloto”, dando lugar a nuevos modelos de gestión que han provocado la aparición de otros proveedores de salud diferentes al tradicional, el ICS. Algunas líneas de pensamiento apuntan que sería necesario incrementar la capacidad de decisión del profesional dentro de la organización de su actividad, incrementando su participación en todo el proceso, planificación y desarrollo de las actividades⁽¹⁾. En la actualidad, existen argumentos sobre cuál es la verdadera capacidad de gestión e implicación de los profesionales en el desarrollo de su actividad diaria^(2,3). Podemos encontrar publicaciones que analizan la accesibilidad⁽⁴⁾, el desencanto⁽⁴⁾, la gestión del tiempo en la consulta⁽³⁾ o las motivaciones intrínsecas⁽⁵⁾ de los profesionales. Sin embargo, estos análisis no se vinculan al tipo de entidad en la que los profesionales desarrollan su actividad.

El modelo catalán, de gestión de AP, se diferencia del resto del Estado por la existencia de una mayor diversidad de proveedores. Conocer la naturaleza del modelo de provisión del que depende cada Equipo de Atención Primaria (EAP) es esencial para llegar a entender el funcionamiento, la organización y la dinámica que se establece en los equipos. Sería lógico pensar que diferentes modelos de provisión terminan marcando características diferenciales entre los distintos EAP.

La AP ha cambiado en Cataluña y España en lo referente a eficiencia⁽⁶⁾ y capacidad resolutoria, pero poco en organización y fórmulas de gestión de los equipos que han de proveer servicios de calidad. Desde la aprobación de la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña^(7,8) (LOSC) otras entidades proveedoras han asumido la gestión de algunos EAP. La LOSC articula la separación de las funciones de

planificación, de compra mediante el Servei Català de la Salut (CatSalut) y de provisión de los servicios sanitarios. A su vez permite la diversificación de proveedores, el mercado mixto de competencia planificada y regulada y la diversidad de fórmulas de gestión⁽⁹⁾. La LOSC permite que participen en la provisión entidades con diversas bases jurídicas y distinta manera de organizar los servicios de salud: el Institut Català de la Salut (ICS) empresa pública integrada a la administración; Entidades de Base Asociativa (EBA) con base jurídica privada y completamente autónomas; Entidades Privadas (Privado) y Consorcios Públicos de diversas formas jurídicas con EAP vinculados a hospital (CPH) o no vinculados (CP). Comparados con el ICS, los otros modelos de gestión de AP sólo representan un 20% en Cataluña⁽¹⁰⁾. Además, debido a su base jurídica, pueden desarrollar fórmulas organizativas con mayor flexibilidad para llevar a cabo sus actividades⁽⁸⁾. Tanto por sus bases jurídicas como por posible dependencia de los EAP de los hospitales de referencia, modelos como EBA y CP no tienen vinculación con hospitales en tanto que los otros modelos tienen una fórmula organizativa sanitaria integral o comparten presupuesto y circuitos a nivel territorial (como en el caso del ICS). Tras más de dos décadas con dichos modelos de gestión⁽¹¹⁾ no existen evaluaciones independientes de las mismas⁽¹²⁾.

El objetivo del presente estudio fue analizar las características de las entidades proveedoras de servicios de atención primaria en Cataluña a partir de las respuestas de profesionales a un cuestionario y describir los posibles efectos en variables como accesibilidad, resolución o compromiso.

SUJETOS Y MÉTODOS

Para la investigación realizamos un estudio descriptivo transversal basado en la aplicación de un cuestionario ad hoc, anónimo,

voluntario, autocumplimentable, que se diseñó teniendo en cuenta la revisión de la literatura^(8,11,13,14,15) y el conocimiento previo. Para aumentar la eficiencia de la misma se llevó a cabo una prueba piloto que permitió hacer algunas modificaciones antes de realizar el muestreo completo. Los sujetos de estudio fueron los socios y participantes en actividades de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària y de la Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya (médicos de familia, enfermeras, trabajadores sociales, administrativos y personas relacionadas con la atención primaria en Cataluña). El cuestionario se distribuyó por correo electrónico, a través de las dos sociedades de forma online por sus ventajas de rapidez y bajo coste. Estuvo activo entre el 1 de febrero y el 17 de marzo de 2017. Con la finalidad de aumentar la tasa de respuesta se realizaron dos recordatorios por los mismos canales de difusión, el 15 de febrero y el 1 de marzo. Las respuestas obtenidas se guardaron automáticamente en una hoja de cálculo de Google Drive que se utilizó para su análisis estadístico.

El cuestionario constó de 44 ítems (tabla 1), los cuales exploraron 6 dimensiones diferentes: (I) filiación (9 ítems); (II) organización de los EAP (6 ítems); (III) accesibilidad de los pacientes (4 ítems); (IV) resolución (8 ítems); (V) liderazgo y construcción del equipo (12 ítems) y (VI) compromiso (5 ítems). En el apartado de filiación se incluyeron variables sociodemográficas (edad, género), variables relativas al centro de trabajo (estructura del equipo, docencia postgrado, tipo de entidad que gestiona el centro, ámbito territorial) y a los profesionales (título académico, años de profesión y tipo de contrato). En el apartado organización se analizaron aspectos como el reparto de responsabilidades, el reconocimiento a los profesionales o el trabajo en equipo utilizando preguntas con una escala likert y dos preguntas dicotómicas. La accesibilidad

analizó con tres preguntas dicotómicas y una nominal aquellos factores que pueden influir en la demora, como la autonomía de gestión de la agenda (capacidad de decisión en la distribución, tiempo y tipo de visitas), la realización de visitas virtuales (consultorías con el segundo nivel sin la presencia del paciente) o telefónicas (resolución de consultas/resultados vía contacto telefónico con el paciente). La resolución exploró la relación entre el primer y el segundo nivel asistencial a través de 4 ítems (3 con respuesta dicotómica y uno con escala likert). Los restantes 4 ítems analizaron a través de una escala likert, o con varias opciones nominales el acceso a pruebas complementarias (capacidad de solicitar pruebas diagnósticas por parte de los profesionales), la gestión enfermera de la demanda⁽¹⁶⁾ (respuesta que da enfermería desde su ámbito competencial a un paciente que presenta un problema de salud que requiere una resolución inmediata y preferente; básica: toma de constantes y anamnesis; avanzada: se soluciona el motivo de consulta), la prevención de la salud en pediatría (revisiones establecidas por protocolo para el niño sano) o la participación asistencial desarrollada por el administrativo (básica: solo funciones administrativas; avanzada: participación en grupos de trabajo y funciones de triaje en las visitas urgentes). El apartado liderazgo y construcción de equipo analizó a través de 12 ítems (8 con respuestas dicotómica y 4 con respuesta nominal) aspectos como la participación de los profesionales en la selección de directivos de los EAP o la verdadera capacidad de autonomía de gestión⁽¹⁷⁾ (relación entre el EAP y la entidad a la que pertenece, formalizada a través de un acuerdo de gestión, que dota a los profesionales del EAP de mayor capacidad de decisión sobre la gestión de la actividad y los recursos económicos, junto con mayor corresponsabilidad sobre los resultados del equipo). El cuestionario finalizó con la valoración del compromiso hacia la organización y el equipo (4 ítems con respuesta dicotómica), que tradujeron el

Tabla 1
Análisis univariado: variables del estudio y descriptivos en las diferentes secciones de la encuesta.

I. Filiación ^(tt)		II. Organización de los equipos de atención primaria ^(tt)		III. Accesibilidad de los pacientes ^(ttt)	
Edad	Años (47,7 ± 8,9) ^(*)	Reparto de responsabilidades acordado	En la mayoría de ocasiones 1.144 (77,6%) En algún caso 279 (18,9%) Casi nunca 51 (3,5%)	Se realizan visitas no presenciales (virtuales, teléfono)	Si 1.263 (95,2%)
Género	Femenino 1.151 (78,1%)	Se facilita el desarrollo de habilidades	En la mayoría de ocasiones 787 (53,4%) En algún caso 510 (34,6%) Casi nunca 51 (12%)	Existe feedback de lista de espera	Si 656 (49,5%)
Años de profesión	Años (19,2 ± 9,2) ^(tt)	Se reconoce el desarrollo de habilidades profesionales	En la mayoría de ocasiones 676 (45,9%) En algún caso 587 (39,8%) Casi nunca 211 (14,3%)	Existe autonomía de gestión de la agenda	Si 853 (64,3%)
Título académico	Medicina 709 (48,1%) Enfermería 617 (41,9%) Rural 192 (13%)	Se realizan sesiones de trabajo al mediodía	En la mayoría de ocasiones 1154 (78,3%) En algún caso 255 (17,3%) Casi nunca 65 (4,4%)	Demora media de agenda para visita	<4 días 750 (56,6%) <4 días 750 (56,6%) >1 semana 230 (17,3%)
Ámbito territorial	Más de un CAP 870 (59%) Un único CAP 604 (41%) Menor de 10.000 habitante 203 (13,8%)	Se recibe a representantes de la industria farmacéutica	Si 1.237 (83,9%)		
Estructura del equipo	10.001-20.000 habitantes 399 (27,1%) 20.001-30.000 habitantes 444 (30,1%) Fijo 1.053 (71,4%)	Se realizan reuniones planificadas con el gobierno local	Si 825 (56%)		
Población de referencia	Interino 370 (25,1%) Eventual 51 (3,5%) ICS 1.042 (70,7%) CHP 188 (12,8%) Privada 79 (5,4%) CP 67 (4,5%) EBA 67 (4,5%)				
Tipo contrato		V. Liderazgo y construcción de equipo^(tt)		VI. Compromiso^(ttt)	
Entidad gestora		El director dirige a más de un equipo de AP	Si 575 (39%)	Estás comprometido con el equipo	Si 1.362 (92,4%)
		Existe feedback sobre resultados asistenciales^(ttt)	Si 1.196 (90,2%)	Estás comprometido con la organización	Si 1.156 (78,4%)
		Existe feedback sobre resultados de actividades^(ttt)	Si 1.144 (86,3%)		
Se realizan interconsultas presenciales con el 2º nivel	IV. Resolución^(ttt) Si 962 (72,5%)				
Se realizan sesiones conjuntas con el 2º nivel	Si 940 (70,9%)				

ICS: Institut Català de la Salut; CPH: consorcio público que gestiona también hospital; CP: consorcio público que no gestiona hospital; EBA: entidad de base asociativa; Privado: organización de titularidad privada con gestión de AP y hospital. DPO: Dirección Por Objetivos; (†) Media ± Desviación estándar; (††) N = 1.443; (†††) Sólo sanitarios N = 1.300.

Tabla 1 (continuación)
Análisis univariado: variables del estudio y descriptivos en las diferentes secciones de la encuesta.

IV. Resolución ^(4th)		V. Liderazgo y construcción de equipo ^(5th)			VI. Compromiso ^(6th)	
Se elaboran circuitos conjuntamente con el 2º nivel	Sí 1.062 (80,1%)	Se da información sobre el contrato CatSalut	Sí 1.233 (83,6%)	Totalmente 139 (9,4%)		
	Muchas 206 (15,5%)	Se da información sobre resultados económicos	Sí 1.008 (68,4%)			
Se realizan consultas virtuales con el 2º nivel	Algunas 879 (66,3%)	Existe capacidad real de contratar personal	Sí 895 (60,7%)	DPO reconocen tu valor añadido		En parte 947 (57,5%)
	Ninguna 241 (18,2%)	Existe capacidad real de gestionar presupuesto	Sí 498 (33,8%)			
	Alto 351 (26,5%)	Existe plan de formación de actividades profesionales	Casi nunca 51 (12%)			
Acceso a pruebas complementarias	Medio 739 (55,7%)	Elección del director por parte de	Sí 1.040 (70,6%)			No 382 (25,9%)
	Bajo 236 (17,8%)		Casi nunca 211 (14,3%)			
	Avanzada 569 (42,9%)		Organización 1.063 (72,1%)			
Se realiza gestión enfermera de la demanda	Básica 631 (47,6%)	Elección del adjunto a dirección por parte de	Concurso 321 (21,8%)	Cambiarías de equipo u organización		Sí 432 (29,3%)
	No se realiza 126 (9,5%)		Equipo 90 (6,1%)			
	Avanzada 66 (5%)		Organización 941 (73,8%)			
Que profesional que realiza la prevención de la salud en pediatría	Pediatra 154 (11,6%)	Titulación del director	Concurso 302 (20,5%)			
	Pediatra y enfermera 1.106 (83,4%)		Equipo 89 (5,7%)			
	Básica 608 (41,2%)		Médico 1.209 (82%)			
Tipo de participación asistencial desarrollada por los administrativos ^(6th)	Avanzada 966 (58,8%)	Titulación del adjunto	Enfermera 202 (13,7%)	Buscas activamente otra actividad profesional		Sí 180 (12,2%)
			Otros 63 (4,3%)			
			Médico 293 (19,9%)			
	Enfermera 1.039 (70,5%)		Otros 142 (9,6%)			

ICS: Institut Català de la Salut; CPH: consorcio público que gestiona también hospital; CP: consorcio público que no gestiona hospital; EBA: entidad de base asociativa; Privado: organización de titularidad privada con gestión de AP y hospital; DPO: Dirección Por Objetivos; (†) Media ± Desviación estándar. (††) N = 1.443; (†††) Sólo sanitarios N = 1.300.

clima emocional⁽¹⁸⁾ y la satisfacción laboral⁽¹⁹⁾. También se analizó a través de una escala tipo likert la relación entre la dirección por objetivos (DPO) (complemento económico anual ligado a la consecución de unos objetivos) y el reconocimiento de los profesionales.

El análisis estadístico se realizó mediante el programa estadístico R versión 3.3.2 para Windows. Las variables categóricas se representaron mediante la frecuencia absoluta (%). Se proporcionó la media con la desviación estándar (DE) para las variables continuas. Se realizó un análisis bivalente para estudiar la relación entre tipo de entidad gestora con filiación, organización, accesibilidad, resolución, liderazgo y compromiso. Las variables continuas fueron analizadas con ANOVA, y las variables categóricas con la ji al cuadrado o test exacto de Fisher. La *odds ratio* (OR) fue calculada para determinar los factores independientes asociados con demora, gestión de la demanda, capacidad de resolución y compromiso. Para la selección de los modelos con mejor ajuste se utilizó el criterio de información de Akaike usando el método stepwise. Se consideraron estadísticamente significativos los p-valores inferiores a 0,05. Se calcularon los intervalos de confianza (IC) del 95%.

RESULTADOS

El número de respuestas obtenidas fue de 1.474. En el presente trabajo la tasa de participación era difícilmente calculable, ya que no fue posible conocer el total de profesionales que fueron invitados a participar, aunque estimamos que la invitación a participar llegó a unos 6.000 destinatarios de email, lo cual podría representar una tasa de participación que rondaría el 25%. En la **figura 1** se desglosan las diferentes tasas de participación.

Se excluyeron 31 de los encuestados que no especificaban la entidad a la que pertenecían y

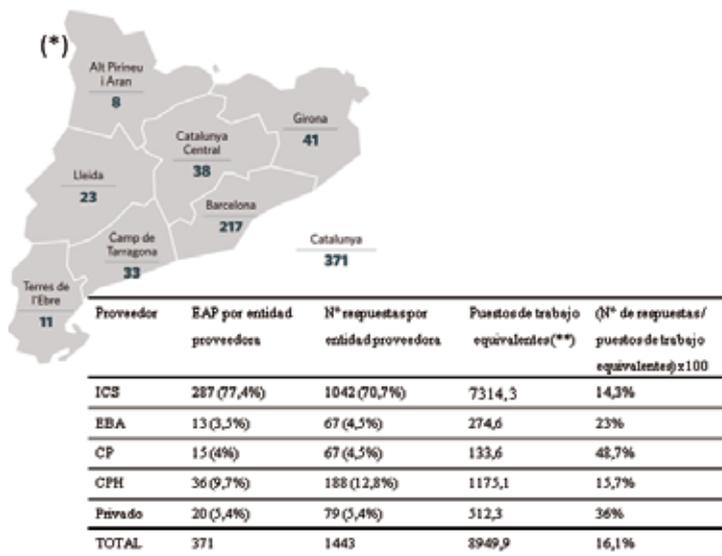
también se excluyeron los encuestados no sanitarios en aquellas variables relacionadas con la actividad asistencial. El perfil de las personas encuestadas (**tabla 1**) fue el siguiente: género femenino (78,1%) y edad media de 48 años. El porcentaje de respuestas fue superior en el personal sanitario (48,1 % médicos y 41,9 % enfermeras). El 71 % tenía contrato fijo, con una media de 19 años de experiencia laboral, que mayoritariamente trabajaban en entorno no rural y el 70,7 % en el ICS.

Todas las variables de filiación (**tabla 2**), excepto título académico del participante, mostraron diferencias entre los distintos tipos de entidades. Destacó un mayor porcentaje de mujeres en las entidades privadas (84,8%), y mayor experiencia profesional en los trabajadores del ICS (media de 20 años). Las EBA fueron las que tenían mayor docencia postgrado (67,2%) y los CP habitualmente estaban estructurados como un único centro (65,7%). El ICS con un 65,2% y los CP con un 70,1% fueron las entidades con un menor porcentaje de contratos fijos.

Respecto a la organización de los equipos (**tabla 3**), se observó que los profesionales que respondían de las EBA declaraban tener mayores facilidades (79,1%) y reconocimiento en el desarrollo de las habilidades profesionales (76,1%) comparado con el resto de profesionales de las otras entidades gestoras. De la misma manera, declaraban un mayor feedback de la lista de espera (71,4%), menor demora para visita en menos de 72 h (83,9%) (**figura 2a**) y mayor posibilidad de autonomía de gestión de la agenda (87,5%) los profesionales vinculados a las EBA, lo que indicó una mayor accesibilidad de los pacientes, con diferencias estadísticamente significativas.

Respecto a las variables relacionadas con la resolución de los procesos por parte de los equipos, el 54,2% de los profesionales de los CP y el 55,4% de las EBA tenían un alto grado de libre acceso a pruebas diagnósticas y una avanzada realización

Figura 1
Distribución de entidades proveedoras de servicios de atención primaria en Cataluña y tasas de respuesta.



ICS: Institut Català de la Salut; CPH: consorcio público que gestiona también hospital; CP: consorcio público que no gestiona hospital; EBA: entidad de base asociativa; Privado: organización de titularidad privada con gestión de AP y hospital; EAP: Equipo de Atención Primaria; Puestos de trabajo equivalentes: número de profesionales equivalentes (PPE) a las 36 horas de jornada completa adscritos al EAP.

Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos del Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña 2015^(*) y de la Memoria CatSalut 2016^(*).

en la gestión enfermera de la demanda, 54,2% y 51,8%, respectivamente (figura 2b y 2c). Los encuestados respondieron que los administrativos de estas entidades destacaban por desarrollar actividades avanzadas, un 79,1% en CP y un 88,1% en las EBA. Es importante resaltar que fue en los CP en donde las enfermeras realizaban mayor prevención y promoción de la salud en pediatría y el pediatra actuaba como mero consultor (25,4%).

En el apartado de liderazgo (tabla 4), cabe resaltar que el 28,8% de las respuestas de los profesionales del ICS declararon que la elección del director, y el 26,9% del adjunto, se realizó por concurso, a diferencia de otras entidades donde mayoritariamente se hizo a criterio de la organización. Se declaró en todas las entidades,

excepto en las EBA, que los adjuntos eran habitualmente enfermeros (>60%) y era en el ICS donde el director dirigía a más de un EAP (45,9%). Las respuestas de profesionales de las EBA expusieron una capacidad real de gestionar el presupuesto (95,6%) y para contratar personal (98,5%) respecto a otras entidades (menos de 40% de capacidad de gestionar y menos de 70% de capacidad de seleccionar el personal). Finalmente, en referencia al compromiso (tabla 4), el 25,7% de los profesionales de entidades privadas declararon no tener DPO y, excepto los trabajadores de las EBA, el resto de profesionales (variación entre 24,3% y 32,2%) valoraron la posibilidad de cambiar de equipo y organización, independientemente del tipo de entidad (figura 2d).

Tabla 2
Tipo de entidad gestora y variables de filiación.

Variables		ICS (n=1042)	CPH (n=188)	CP (n=67)	EBA (n=67)	Privado (n=79)	P-value
Género	Mujer	811 (77,8)	154 (81,9)	47 (70,1)	46 (68,7)	67 (84,8)	0,047
	Hombre	231 (22,2)	34 (18,1)	20 (29,9)	21 (31,3)	12 (15,2)	
Edad		48,5 ± 8,9	45,8 ± 8,3	44,4 ± 10,1	45,2 ± 8,6	45,9 ± 7,8	<0,001
Título académico	Enfermería	425 (40,8)	92 (48,9)	23 (34,3)	28 (41,8)	36 (45,6)	0,189
	Medicina	520 (49,9)	78 (41,5)	36 (53,7)	28 (41,8)	34 (43)	
	Otros	97 (9,3)	18 (9,6)	8 (11,9)	11 (16,4)	9 (11,4)	
Años de profesión		20,1 ± 9,3	16,9 ± 8,1	16,4 ± 9	17,6 ± 9,2	17,5 ± 7,5	<0,001
Ámbito territorial	Urbano/semiurbano	884 (84,8)	179 (95,2)	62 (92,5)	57 (85,1)	71 (89,9)	0,001
	Rural	158 (15,2)	9 (4,8)	5 (7,5)	10 (14,9)	8 (10,1)	
Estructura del centro	Solo 1 CAP	426 (40,9)	81 (43,1)	44 (65,7)	24 (35,8)	19 (24,1)	<0,001
	Más de un CAP	616 (59,1)	107 (56,9)	23 (34,3)	43 (64,2)	60 (75,9)	
Población	Menos de 10.000 habitantes	150 (14,4)	21 (11,2)	5 (7,5)	11 (16,4)	14 (17,7)	0,007
	10.001-20.000 habitantes	303 (29,1)	53 (28,2)	17 (25,4)	7 (10,4)	13 (16,5)	
	20.001-30.000 habitantes	317 (30,4)	50 (26,6)	20 (29,9)	22 (32,8)	24 (30,4)	
	Más de 30.000 habitantes	272 (26,1)	64 (34)	25 (37,3)	27 (40,3)	28 (35,4)	
Docencia Postgrado		420 (40,3)	109 (58)	34 (50,7)	45 (67,2)	46 (58,2)	<0,001
Tipo contrato	Eventuales	35 (3,4)	7 (3,7)	4 (6)	0 (0)	2 (2,5)	<0,001
	Interinos	328 (31,5)	16 (8,5)	16 (23,9)	3 (4,5)	4 (5,1)	
	Fijo	679 (65,2)	165 (87,8)	47 (70,1)	64 (95,5)	73 (92,4)	

ICS: Institut Català de la Salut; CPH: consorcio público que gestiona también hospital; CP: consorcio público que no gestiona hospital; EBA: entidad de base asociativa; Privado: organización de titularidad privada con gestión de AP y hospital; § Excluyendo entidad no especificada (n=31).

Tabla 3
Tipo de entidad gestora, variables de organización de los equipos
y accesibilidad de los pacientes.

Variables		ICS (n=1042)	CPH (n=188)	CP (n=67)	EBA (n=67)	Privado (n=79)	P-valor	
ORGANIZACIÓN	Reparto de responsabilidades acordado	Está acordado para la mayoría de procesos de atención	794 (76,2)	144 (76,6)	55 (82,1)	61 (91)	65 (82,3)	0,144
		Está acordado en algún caso	207 (19,9)	40 (21,3)	10 (14,9)	6 (9)	12 (15,2)	
		No está acordado	41 (3,9)	4 (2,1)	2 (3)	0 (0)	2 (2,5)	
	Se facilita el desarrollo de habilidades	A menudo	542 (52)	96 (51,1)	45 (67,2)	53 (79,1)	35 (44,3)	<0,001
		A veces	368 (35,3)	73 (38,8)	14 (20,9)	12 (17,9)	32 (40,5)	
		Casi nunca	132 (12,7)	19 (10,1)	8 (11,9)	2 (3)	12 (15,2)	
	Se reconoce el desarrollo de habilidades profesionales	A menudo	468 (44,9)	80 (42,6)	37 (55,2)	51 (76,1)	29 (36,7)	<0,001
		A veces	428 (41,1)	70 (37,2)	22 (32,8)	13 (19,4)	37 (46,8)	
		Casi nunca	146 (14)	38 (20,2)	8 (11,9)	3 (4,5)	13 (16,5)	
	Se realizan sesiones de trabajo al mediodía^(†)	A menudo	725 (76,7)	141 (82,9)	47 (79,7)	52 (92,9)	55 (78,6)	0,131
		A veces	176 (18,6)	24 (14,1)	11 (18,6)	4 (7,1)	11 (15,7)	
		Casi nunca	44 (4,7)	5 (2,9)	1 (1,7)	0 (0)	4 (5,7)	
Se recibe a la industria farmacéutica^(‡)		458 (88,1)	67 (85,9)	16 (44,4)	14 (50)	33 (97,1)	<0,001	
Se realizan reuniones planificadas con el gobierno local		568 (54,5)	99 (52,7)	49 (73,1)	57 (85,1)	32 (40,5)	<0,001	
ACCESIBILIDAD	Uso de visitas no presenciales (virtuales, telefónicas...)^(†)		896 (94,8)	165 (97,1)	57 (96,6)	56 (100)	67 (95,7)	0,312
	Existe feedback de lista de espera^(†)		448 (47,4)	76 (44,7)	41 (69,5)	40 (71,4)	40 (57,1)	<0,001
	Demora media de agenda para visita^(†)	Menos de 72 horas	544 (57,6)	83 (48,8)	34 (57,6)	47 (83,9)	30 (42,9)	<0,001
		Entre 4 y 7 días	211 (22,3)	43 (25,3)	17 (28,8)	7 (12,5)	16 (22,9)	
		Más de una semana	160 (16,9)	36 (21,2)	8 (13,6)	0 (0)	20 (28,6)	
		No tengo esta información	30 (3,2)	8 (4,7)	0 (0)	2 (3,6)	4 (5,7)	
Existe autogestión de la agenda^(†)		589 (62,3)	112 (65,9)	43 (72,9)	49 (87,5)	43 (61,4)	0,002	

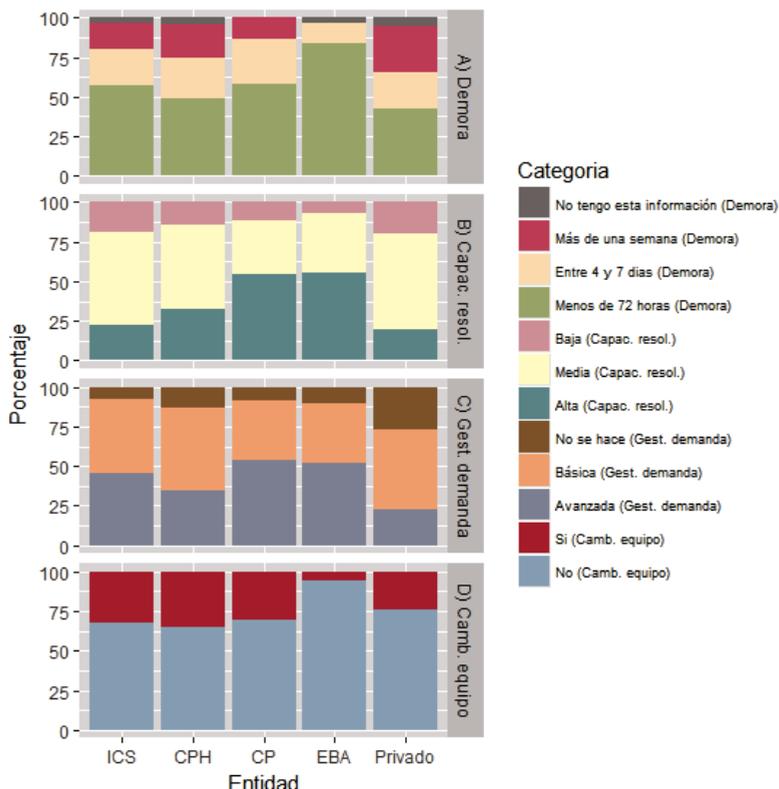
ICS: Institut Català de la Salut; CPH: consorcio público que gestiona también hospital; CP: consorcio público que no gestiona hospital; EBA: entidad de base asociativa; Privado: organización de titularidad privada con gestión de AP y hospital; § Excluyendo entidad no especificada (n=31); (†) Excluyendo otros (n=1.300); (‡) Solo médicos (n=696).

Tabla 4
Tipo de entidad gestora, variables de liderazgo y compromiso.

Variables		ICS (n=1042)	CPH (n=188)	CP (n=67)	EBA (n=67)	Privado (n=79)	P-valor	
LIDERAZGO	Elección del director por parte de	Por concurso	300 (28,8)	12 (6,4)	8 (11,9)	0 (0)	0 (0)	<0,001
		Por organización	672 (64,5)	174 (92,6)	54 (80,6)	56 (83,6)	79 (100)	
		Por equipo	70 (6,7)	2 (1,1)	5 (7,5)	11 (16,4)	0 (0)	
	El director dirige a más de un equipo de AP		478 (45,9)	43 (22,9)	13 (19,4)	9 (13,4)	22 (27,8)	<0,001
	Elección del adjunto a dirección por parte de	Por concurso	280 (26,9)	10 (5,3)	7 (10,4)	0 (0)	3 (3,8)	<0,001
		Por organización	607 (58,3)	160 (85,1)	44 (65,7)	42 (62,7)	66 (83,5)	
		Por equipo	65 (6,2)	4 (2,1)	3 (4,5)	11 (16,4)	0 (0)	
		Por director	90 (8,6)	14 (7,4)	13 (19,4)	14 (20,9)	10 (12,7)	
	Titulación del director	Enfermera	154 (14,8)	26 (13,8)	1 (1,5)	10 (14,9)	7 (8,9)	<0,001
		Medico	842 (80,8)	156 (83)	62 (92,5)	56 (83,6)	66 (83,5)	
		Otros	46 (4,4)	6 (3,2)	4 (6,0)	1 (1,5)	6 (7,6)	
	Titulación del adjunto	Enfermera	758 (72,7)	135 (71,8)	57 (85,1)	27 (40,3)	48 (60,8)	<0,001
		Medico	211 (20,2)	31 (16,5)	3 (4,5)	26 (38,8)	14 (17,7)	
		Otros	73 (7,1)	22 (11,7)	7 (10,4)	14 (20,9)	17 (21,5)	
	Hay plan de formación de actividades profesionales		720 (69,1)	133 (70,7)	56 (83,6)	55 (82,1)	58 (73,4)	0,004
	Existe feedback sobre resultados asistenciales^(†)		854 (90,4)	148 (87,1)	54 (91,5)	54 (96,4)	61 (87,1)	0,271
	Existe feedback sobre resultados de actividades^(†)		812 (85,9)	139 (81,8)	53 (89,8)	56 (100)	62 (88,6)	0,012
Se da información sobre el contrato CatSalut		882 (84,6)	151 (80,3)	59 (88,1)	61 (91)	54 (68,4)	0,001	
Se da información sobre resultados económicos		742 (71,2)	111 (59)	43 (64,2)	51 (76,1)	41 (51,9)	<0,001	
Existe capacidad real de gestionar presupuesto		318 (30,5)	45 (23,9)	41 (61,2)	64 (95,5)	21 (26,6)	<0,001	
Existe capacidad real de contratar personal		578 (55,5)	120 (63,8)	58 (86,6)	66 (98,5)	54 (68,4)	<0,001	
COMPROMISO	DPO reconocen tu valor añadido^(†)	Si, totalmente	72 (7,6)	11 (6,5)	11 (18,6)	22 (39,3)	4 (5,7)	<0,001
		Si, en parte	602 (63,7)	63 (37,1)	32 (54,2)	20 (35,7)	30 (42,9)	
		No, son idénticos para todos los profesionales	246 (26)	66 (38,8)	11 (18,6)	11 (19,6)	18 (25,7)	
		No tengo DPO	25 (2,6)	30 (17,6)	5 (8,5)	3 (5,4)	18 (25,7)	
	Estás comprometido con el equipo		960 (92,1)	171 (91)	63 (94)	63 (94)	77 (97,5)	0,395
	Estás comprometido con la organización		800 (76,8)	152 (80,9)	53 (79,1)	60 (89,6)	65 (82,3)	0,095
	Cambiarías de equipo u organización^(†)		304 (32,2)	60 (35,3)	18 (30,5)	3 (5,4)	17 (24,3)	<0,001
	Buscas activamente otra actividad profesional		137 (13,1)	23 (12,2)	7 (10,4)	2 (3)	9 (11,4)	0,175

ICS: Institut Català de la Salut; CPH: consorcio público que gestiona también hospital; CP: consorcio público que no gestiona hospital; EBA: entidad de base asociativa; Privado: organización de titularidad privada con gestión de AP y hospital; § Excluyendo entidad no especificada (n=31); (†) Excluyendo otros (n=1.300).

Figura 2
Distribución de las variables de demora (A), capacidad de resolución (B), gestión enfermera de la demanda (C) y cambio de equipo según el tipo de entidad (D).



ICS: Institut Català de la Salut; CPH: consorcio público que gestiona también hospital; CP: consorcio público que no gestiona hospital; EBA: entidad de base asociativa; Privado: organización de titularidad privada con gestión de AP y hospital; Demora: tiempo en acceder a una cita previa con el profesional de referencia; Capac. Resol.: capacidad para solicitar exploraciones complementarias (alta: sin restricciones; media: si sólo se pueden solicitar algunas; baja: cuando la solicitud de exploraciones se encuentra muy limitada); Gest. demanda: respuesta que da enfermería desde su ámbito competencial a un paciente que presenta un problema de salud que requiere una resolución inmediata; Camb. equipo: intención de los profesionales de cambiar de equipo de trabajo. Fuente: elaboración propia.

Hubo una menor demora para la visita con el profesional de referencia (tabla 5), cuando el profesional que respondía la encuesta era más joven, de profesión enfermera, su ámbito de trabajo era rural o tenía una población de referencia menor a 10.000 habitantes. También en las respuestas, la menor demora se relacionaba con entidad de tipo EBA, realizar gestión enfermera de la demanda avanzada y tener capacidad alta de resolución. Por otro lado, una mayor capacidad

de resolución se asoció con el género masculino, ser médico, una estructura física de un solo centro, tipo de entidad gestora CP o EBA y aquellos EAP donde se facilitaba el desarrollo de habilidades y existía un plan de formación de actividades profesionales (tabla 5).

Una gestión enfermera de la demanda avanzada se relaciona con no trabajar en un centro urbano (OR 0,62, IC95% 0,48 a 0,79), con

Tabla 5
VARIABLES INDEPENDIENTES ASOCIADAS CON DEMORA Y CAPACIDAD DE RESOLUCIÓN.

Variables		Coefficiente β	Error est.	OR [IC95%]	P-valor	
DEMORA (ref:<72 horas)	Intercept	-1,79	0,47	0,17 [0,07-0,41]	<0,001	
	Edad	-0,02	0,01	0,98 [0,96-0,99]	0,003	
	Título académico, medicina (ref: enfermería)	1,20	0,13	3,33 [2,57-4,35]	<0,001	
	Ámbito territorial, urbano/semiurbano (ref: rural)	1,14	0,27	3,12 [1,86-5,43]	<0,001	
	Población (ref: menos de 10.000 habitantes)	De 10.001 a 20.000 habitantes	1,06	0,28	2,89 [1,70-5,04]	<0,001
		De 20.001 a 30.000 habitantes	1,16	0,28	3,20 [1,88-5,61]	<0,001
		30.001 o más habitantes	1,29	0,28	3,65 [2,12-6,43]	<0,001
	Entidad gestora (ref: Institut Català de la Salut)	Consorcio público que gestiona también hospital	0,33	0,19	1,39 [0,96-2,01]	0,083
		Consorcio público que no gestiona hospital	0,07	0,30	1,07 [0,60-1,92]	0,812
		Entidad de base asociativa	-1,57	0,43	0,21 [0,08-0,46]	<0,001
		Organización de titularidad privada	0,52	0,29	1,69 [0,96-2,98]	0,068
Gestión de la demanda, avanzada (ref: no se hace/básica)	-0,41	0,13	0,66 [0,51-0,86]	0,002		
Capacidad de resolución, alta (ref: baja/media)	-0,58	0,15	0,56 [0,41-0,75]	<0,001		
CAPACIDAD DE RESOLUCIÓN (ref: baja/media)	Intercept	-2,40	0,50	0,09 [0,03-0,23]	<0,001	
	Género, hombre (ref:mujer)	0,41	0,16	1,51 [1,10-2,06]	0,010	
	Título académico, medicina (ref: enfermería)	0,83	0,15	2,29 [1,71-3,07]	<0,001	
	Estructura del centro, más de un CAP (ref: solo 1 CAP)	-0,69	0,14	0,50 [0,38-0,66]	<0,001	
	Tipo contrato (ref: eventuales)	Interinos	-0,18	0,46	0,84 [0,36-2,21]	0,698
		Fijo	0,38	0,44	1,47 [0,65-3,77]	0,385
	Entidad gestora (ref: Institut Català de la Salut)	Consorcio público que gestiona también hospital	0,52	0,20	1,68 [1,14-2,46]	0,008
		Consorcio público que no gestiona hospital	1,11	0,30	3,04 [1,70-5,45]	<0,001
		Entidad de base asociativa	1,23	0,30	3,42 [1,89-6,25]	<0,001
		Organización de titularidad privada	-0,09	0,32	0,91 [0,47-1,67]	0,775
	Facilita el desarrollo de habilidades (ref: casi nunca)	En algún caso	0,001	0,25	1,00 [0,62-1,63]	0,998
En la mayoría		0,60	0,24	1,82 [1,16-2,93]	0,011	
Hay plan de formación de actividades profesionales (ref: no)	0,54	0,17	1,71 [1,24-2,37]	0,001		

IC95%: intervalo de confianza del 95%; OR: *odds ratio*; est: estándar; ref: categoría de referencia; análisis de regresión logística

facilidad en el desarrollo de las habilidades (OR 2,65, IC95% 1,72 a 4,18) y un plan de formación de actividades profesionales (OR 1,36, IC95% 1,03 a 1,80). Cuando analizamos las entidades, la gestión enfermera de la demanda avanzada de los CPH (OR 0,57, IC95% 0,39 a 0,81) y entidades privadas (OR 0,31, IC95% 0,17 a 0,56) es inferior comparado con los centros de ICS.

Por último, respecto al compromiso, los trabajadores de las EBA (OR 4,52, IC95% 1,59 a 19,03), que tenían la posibilidad de autonomía de gestión de la agenda (OR 2,22, IC95% 1,69 a 2,90), con plan de formación de actividades profesionales (OR 1,54, IC95% 1,16 a 2,04), con reconocimiento de DPO (OR 1,59, IC95% 1,20 a 2,10) y feedback sobre resultados de actividades (OR 2,16, IC95% 1,36 a 3,43) y centros donde la prevención y promoción de la salud en pediatría se lideraba desde pediatría (OR 1,53, IC95% 1,03 a 2,25) tuvieron mayor compromiso que queda reflejado en no plantearse cambiar de equipo. El compromiso fue menor en los centros donde el director dirigía a más de un equipo (OR 0,68, IC95% 0,52 a 0,89).

DISCUSIÓN

Hasta ahora, los estudios sobre modelos de gestión en EAP se han centrado en la evaluación de la reforma de la AP⁽⁸⁾. La diversidad de proveedores hace plantearse si los diferentes modelos de gestión en Cataluña determinan diferentes características en los correspondientes EAP. Este trabajo analiza las características de las entidades proveedoras de servicios de AP desde la perspectiva del profesional y explora áreas de influencia como la accesibilidad, la resolución o el compromiso.

El porcentaje de respuestas de los profesionales, según las entidades definidas para el estudio, son semejantes a la provisión real de los servicios de AP en Cataluña (figura 1)^(8,11,20,21). La feminización

de la profesión sanitaria es un hecho ampliamente documentado⁽²²⁾ que se confirma en los resultados de la encuesta.

Declaran trabajar en entorno rural una mayor proporción de profesionales del ICS y EBA, congruente con la resolución de concursos por parte del CatSalut para la provisión de servicios en Cataluña⁽²⁰⁾. Probablemente ello esté relacionado con el desarrollo histórico de las organizaciones sanitarias proveedoras de AP. Esto explicaría que en el ICS se encuentren los profesionales de mayor edad media, con más años de carrera profesional y menor proporción de equipos docentes. La contratación fija predomina en las EBA y privados, debido probablemente a las diferencias en bases jurídicas de las entidades que permiten una mayor autonomía en la gestión de recursos humanos.

Sería necesario reflexionar si determinados aspectos de la organización de los EAP tienen su traducción en los resultados y el funcionamiento de los mismos. Algunas cualidades presentes en empresas privadas de diferentes ámbitos destacan prioritariamente en las entidades analizadas. Así por ejemplo, el consenso en las decisiones, la flexibilidad en la organización o el reconocimiento del valor añadido del profesional son cualidades que lideran las EBA y los CP. Aunque no podemos establecer una causalidad, sí que es cierto que estas entidades apuestan por un modelo de organización más participativo en la toma de decisiones que afectan de manera directa al profesional. La cultura organizativa es un factor básico como elemento de cohesión para perseguir unos mismos objetivos, mejorar la coordinación asistencial y la identificación entre los miembros de una misma organización⁽²³⁾.

Los resultados globales muestran una accesibilidad declarada inferior a 72 horas

discretamente superior al 55%, similar a los descritos por el CatSalut⁽²⁰⁾, a pesar de la utilización de visitas no presenciales para mejorarla. Una de las grandes preocupaciones del ciudadano, y de los sanitarios, es la accesibilidad a los profesionales de referencia⁽²⁴⁾. Llama la atención el alto uso de visitas no presenciales en todas las entidades, lo que refleja un cambio en el modelo asistencial adaptado a la pirámide poblacional y al aumento de la cronicidad. Y, aunque la autonomía de gestión responsable de las agendas es clave para resolver la demanda^(25,26), sólo dos tercios de los encuestados manifestaban tener capacidad de autonomía de gestión de su agenda de trabajo, y la mitad declaraban tener información sobre listas de espera.

Una buena coordinación con el segundo nivel asistencial reduce la inequidad en cuestiones de salud, reduce la iatrogenia y mejora la eficiencia del sistema, debido a la mejor resolución de problemas en el primer nivel, a la menor derivación a otros niveles y a la reducción de las listas de espera⁽¹³⁾. A pesar de ello se puso de relieve que una cuarta parte declaraban no realizar interconsultas presenciales, un tercio no realizaban sesiones conjuntas y en una de cada cinco respuestas los circuitos con el segundo nivel no habían sido consensuados. Estos aspectos deberían potenciarse para lograr una atención primaria fuerte y de calidad.

Los equipos directivos en AP son liderados mayoritariamente por médicos en función de director del equipo y enfermeras como adjuntas a dirección que son elegidos por sus organizaciones probablemente por ser cargos de confianza, aunque también existe diversidad de perfiles profesionales que se corresponden con la realidad actual. Así, por ejemplo en las EBA y algunas organizaciones privadas el perfil del adjunto está cubierto por médicos y

otros perfiles profesionales. Todo ello obedece a un nuevo camino orientado a profesionalizar la función del liderazgo⁽¹³⁾. La elección de la dirección del equipo se realiza mayoritariamente a criterio de la organización, aunque en el ICS una proporción de respuestas se concentran en la utilización de un concurso. También fue el ICS la organización que obtuvo más respuestas que declaraban que la dirección dirige o gestiona más de un EAP. Sin embargo, hay que destacar que la economía de escala (una dirección única para varios EAP) no parece mejorar la accesibilidad, la fidelidad o la satisfacción de los profesionales⁽²⁷⁾. Quizás la manera de elegir estos cargos directivos pueda influir en los futuros resultados de los equipos, si tenemos en cuenta que los líderes de las organizaciones desempeñan un papel clave en el cambio organizativo⁽²³⁾.

Debido a las bases jurídicas de las organizaciones es congruente que una minoría declare poder tener capacidad de gestión económica y de selección de personal, predominando estas características en las EBA y los CP. Debe ser valorado positivamente que una gran mayoría de los encuestados declare conocer la existencia de planes de formación de actividades profesionales⁽¹³⁾. El feedback de la información al equipo se basa fundamentalmente en datos asistenciales.

El compromiso de los profesionales contribuye a que éstos se identifiquen con sus roles y organizaciones, favoreciendo la motivación y por tanto su involucración, factor de vital importancia para innovar y mejorar los resultados en salud. Se espera que organizaciones de salud implementen estrategias y promuevan condiciones que favorezcan el compromiso afectivo entre sus empleados⁽¹⁵⁾. Así al explorar el compromiso, se detecta que los profesionales se sienten más comprometidos con la estructura más próxima (el equipo) que con la organización, algo ya descrito en la literatura^(15,28).

El burnout es otro aspecto ampliamente estudiado en el entorno sanitario, y a partir de las respuestas del cuestionario, sorprende que cerca de un tercio de los profesionales declararan que cambiarían de organización; pero es más sorprendente que uno de cada 10 profesionales declaró estar buscando una alternativa de forma activa. Se ha descrito que el trabajo en equipo y una buena valoración de las direcciones protegen a los trabajadores del burnout⁽¹⁶⁾. Probablemente estos aspectos deberían potenciarse en las organizaciones.

No se registró la zona geográfica de trabajo de los participantes ni se controló la respuesta única por priorizar el anonimato de los participantes, lo cual puede introducir algún sesgo. A pesar de las limitaciones mencionadas, el presente trabajo ofrece información sobre las diferencias que se intuyen respecto a las ventajas que podrían proporcionar ciertas entidades con fórmulas jurídicas que ofrecen mayor autonomía en la gestión.

Podemos concluir, a la vista de los resultados, que existen diferencias entre entidades proveedoras de atención primaria en Cataluña debido a las bases jurídicas que difieren entre ellas en la gestión de profesionales, servicios y selección de responsables que condicionan los resultados y el compromiso de sus miembros. Sin embargo cabe plantearse que los resultados no obedecen sólo a bases jurídicas. Tanto EBA como CP gestionan EAP plenamente independientes de hospitales. Aun sin dejar de relacionarse con los centros de referencia de segundo o tercer nivel, su capacidad resolutoria y de autogestión pueden deberse a la mayor autonomía de decisión del equipo y de los profesionales, estableciendo la selección de profesionales, la ampliación de la cartera de servicios y la formación necesarias acorde con una visión totalmente primarista. Y, a pesar que los datos favorecen la orientación hacia la autonomía de gestión para mejorar resultados

(entidades EBA y CP), se necesitan más estudios que permitan aprender de las diferencias, para así poder mejorar la resolución de la AP, el compromiso profesional y en última instancia mejorar la atención que recibe el ciudadano.

AGRADECIMIENTOS

A las presidencias y juntas directivas de CAMFiC y AIFiCC que facilitaron los canales de difusión de información de las sociedades para invitar a la participación de la encuesta. Y a todos los profesionales que contestaron el cuestionario y ayudaron en su difusión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chacón Fuertes J, Jurado Moreno J, Martín Carpena G et al. Autogestión en la atención primaria española. Grupo de trabajo sobre autogestión en atención primaria. SEMG. 2008.
2. García Prieto EE. Modalidades organizativas y de gestión en Atención Primaria. *Rev Adm Sanit.* 2005;3:67-72.
3. Sinsky MD, Colligan MD, Ling L, et al. Allocation of physician time in Ambulatory Practice: A time and motion study in 4 specialties. *Ann Intern Med.* 2016;165:753-60.
4. Hobbs R, Bankhead C, Mukhtar T, et al. Clinical workload in UK primary care: a retrospective analysis of 100 million consultations in England 2007-14. *The Lancet.* 2016; 387:2323-30.
5. Ryan AM, Krinsky S, Kontopantelis E, et al. Long-term for the effect of pay-for-performance in primary care on mortality in the UK: a population study. *The Lancet.* 2016;388:268-74.
6. Romano J, Choi A. Medida de la eficiencia de la atención primaria en Barcelona incorporando indicadores de calidad. *Gac Sanit.* 2016;30:359-365.
7. Boletín Oficial del Estado. Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria. BOE núm 197, 17 de agosto de 1990.

8. Guarga A, Gil M, Pasarín M, et al. Comparación de equipos de atención primaria de Barcelona según formulas de gestión. *Aten Primaria*. 2000;26: 600-6.
9. Instituto de Información Sanitaria. Organización general de la atención primaria en las comunidades autónomas 2010. Sistema de información de atención primaria (SIAP). Información y estadísticas sanitarias 2011. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. 81 p.
10. Ramos Díaz N. Posibilidades de gestión en Atención Primaria: ¿hemos llegado al final del camino? *Rev Adm Sanit*. 2009;7:65-74.
11. Segura A, Martí Zurro A, Corbella A et al. Evaluación de la diversificación de la provisión de servicios de atención primaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2007. AATRM 2006/09.
12. Sánchez FI, Abellan JM y Oliva J. Gestión pública y gestión privada de servicios sanitarios públicos: más allá del ruido y la furia, una comparación internacional. Documento de Trabajo Real Instituto Elcano. 2013: 2-14.
13. Arnal Selfa R, Blanco Tarrío E, Cañones Garzón P, et al. Los equipos de atención primaria: Propuestas de mejora. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto nacional de la salud. Subdirección general de coordinación administrativa. Madrid. 2001. INSALUD: 1.814.
14. Llapa-Rodríguez EO, Trevizan MA, Shinyashiki TG, et al. Comprometimiento organizacional e profissional da equipe de saúde. *Enfermeria Global*. 2009; 17:1-16.
15. Vilà Falgueras M, Cruzate Muños C, Orfila Pernas F, et al. Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2015;47:25-31.
16. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. Resolución por la que se da publicidad al Acuerdo del Consejo de Colegios de Enfermeras y Enfermeros de Cataluña por el que se establecen directrices para el ejercicio de las actuaciones enfermeras en la denominada gestión de la demanda. DOGC núm. 6412, 8 julio de 2013.
17. Camp L, Vilaseca J, Benavent J, Davins J. La autonomía de gestión de los equipos de Atención Primaria en Cataluña. *Rev Calid Asist*. 2011;26:325-327.
18. Arce Arnaez MA, Nartínez Aguayo C, Sánchez Ludeña ML. El clima laboral en los trabajadores de atención primaria. *Gac Sanit*. 1994;8:79-84.
19. Díaz Corte C, Suárez Álvarez O, Fueyo Gutiérrez A. et al. Calidad de vida de los profesionales en el modelo de gestión clínica de Asturias. *Gac sanit*.2013;27:502-7.
20. Servei Català de la Salut (CatSalut). Memòria 2016. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2017. [Consultado el 13 de diciembre de 2017] Disponible en: http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/coneix_catsalut/memories_activitat/memorie_catsalut/2016/memoria_catsalut_2016.pdf.
21. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Central de Resultats.Àmbit d'atenció primària. Dades 2015. [Internet]. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut.Generalitat de Catalunya; 2015. (Consultado el 25/9/2018.) Disponible en: http://observatorisalat.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalat/ossce_central_resultats/informes/fitxers_estatics/CdR_Atencio_primaria_dades_2015.pdf.
22. Albert López-Ibor R, Bosch JL, Cabrillo Rodríguez F et al. La feminización de las profesiones sanitarias. En: Vázquez Vega P, editor. Bilbao: Fundació BBVA; 2010. 289 p.
23. Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I, Farré Caple J, et al. Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. *Rev Esp Salud Pública*. 2005;79:633-643.
24. Ministerio de Sanidad y Consumo. Marco estratégico para la mejora de la atención primaria en España: 2007-2012. Proyecto AP-21. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. 320 p.

25. Sanz E, Ramírez D, Escortell E, et al. Aplicación de la agenda de calidad en una consulta de atención primaria. *Rev Calidad Asistencial*. 2005;20:363-9.
26. Manzanera López FX, Troyano Cusso MC, Gallego Zurdo A. Gestión de una agenda de médico de familia. *Semergen*. 2004;30(Supl. 1):17-24.
27. Ortún Rubio V. Gestión Sanitaria y Calidad. Conferencia inaugural del XVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Santander, España; 1998.
28. Tamborero G, Gómez Nadal A, Garcia Pineda A, et al. Autonomía clínica y de gestión: percepción de los coordinadores de los centros de salud de Mallorca. *Rev Esp Salud Pública*. 2011; 85: 569-581.