

COLABORACIÓN ESPECIAL

Recibido: 19 de febrero de 2021

Aceptado: 11 de marzo de 2021

Publicado: 24 de mayo de 2021

MODELOS DE GESTIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN CATALUÑA:
¿QUE GANE EL MEJOR?

Josep Maria Vilaseca Llobet (1,2,3,4) [ORCID 0000-0002-1577-5728], Anna Saura Lázaro (5) [ORCID 0000-0001-9742-2725], Belchin Kostov (1,3) [ORCID 0000-0002-2126-3892] y Antoni Sisó-Almirall (1,2,3) [ORCID 0000-0001-9832-2689]

- (1) Consorci d'Atenció Primària Barcelona Esquerra. Barcelona. España.
- (2) Universitat de Barcelona. Barcelona. España.
- (3) Grup Transversal de Recerca en Atenció Primària-IDIBAPS. Barcelona. España.
- (4) Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya. Vic. España.
- (5) Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Clínic. Barcelona. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

RESUMEN

Fundamentos: En Cataluña, la diversificación de la provisión de la Atención Primaria ha suscitado en los últimos 20 años intensos debates en torno a la eficiencia de los diversos modelos de gestión. El objetivo de este trabajo fue analizar las diferencias existentes en resultados de salud entre los modelos clásicos de gestión de la Atención Primaria existentes en Cataluña (*Institut Català de la Salut*, consorcios públicos y entidades de base asociativa).

Métodos: Los datos primarios se obtuvieron de los informes de la Central de resultados del *Observatori del Sistema de Salut de Catalunya* de la Generalitat de Cataluña. Se seleccionaron indicadores representativos y se compararon con la prueba de Kruskal-Wallis. Posteriormente, se ajustaron por factores de confusión.

Resultados: Se observaron diferencias en los indicadores sobre la media de visitas por población atendida, el porcentaje de población asignada atendida en el subgrupo de mayores de 75 años, el porcentaje de pacientes mayores de 74 años con más de doce visitas, la tasa de hospitalizaciones potencialmente evitables, tanto total como en el subgrupo de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la polimedicación, el uso de hipolipemiantes y la detección del antígeno prostático específico (PSA). Al ajustar por variables confusoras, las diferencias desaparecieron en todos ellos excepto en el indicador sobre la detección del PSA.

Conclusiones: Las diferencias favorables a las entidades de base asociativas desaparecen cuando se corrigen por variables confusoras. La fórmula jurídica o de provisión de servicios no parece influir de forma significativa en los resultados de salud poblacionales.

Palabras clave: Economía de la Salud, Atención Primaria de Salud, Indicadores de servicios, Organizaciones No Gubernamentales, Evaluación de resultado en la atención de salud, Grupo de Atención al Paciente, Gastos en salud, Organizaciones de Gestión de Servicios.

ABSTRACT

Primary Healthcare management models
in Catalonia: May the best win?

Background: In Catalonia, the variety of the provision of Primary Healthcare has sparked intense debates over the last 20 years regarding the efficiency of the various management models. Our study analyzed the differences in the three existing management models of primary healthcare in Catalonia (the Catalan Health Institute, public consortiums and associative base entities).

Methods: The primary data were obtained from the reports of the Results Center of The Observatory of the Health System of Catalonia. Representative indicators were selected and compared with the Kruskal-Wallis test. They were later adjusted for confounding factors.

Results: There were differences in the average number of visits per population attended, the percentage of the population attended in the subgroup of population over 75 years of age, the percentage of patients over 74 years with more than twelve appointments, the rate of potentially avoidable hospitalizations (total and in the subgroup of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD)), polypharmacy, the use of lipid-lowering drugs and the detection of prostate-specific antigen (PSA). When adjusting for confounding variables, the differences disappeared in all of them except for the indicator on the detection of PSA.

Conclusions: The differences favoured mainly the associative base entities disappear when they are corrected for confounding variables. The legal status of each provider does not significantly influence the health outcomes.

Key words: Health care economics, Primary Health care, Indicators of Health Services, Non-Governmental Organizations, Outcome assessment (Health Care), Interdisciplinary Health Team, Health expenditure, Management Service Organizations.

Correspondencia:
Antoni Sisó-Almirall
CAP Les Corts
c/ Mejía Lequerica, 1
08028 Barcelona, España
asiso@clinic.cat

Cita sugerida: Vilaseca Llobet JM, Saura Lázaro A, Kostov B, Sisó-Almirall A. Modelos de gestión de la Atención Primaria en Cataluña: ¿Que gane el mejor? Rev Esp Salud Pública. 2021; 95: 24 de mayo e202105073.

INTRODUCCIÓN

En el siglo XX, la reforma de la Atención Primaria significó que las comunidades autónomas, que habían heredado el antiguo modelo sanitario del INSALUD, crearon sus servicios sanitarios con idiosincrasia propia⁽¹⁾.

La *Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña*⁽²⁾ de 1990 permitió la incorporación de proveedores de gestión privada al sistema público de salud. El proveedor público y mayoritario, el *Institut Català de la Salut* (ICS), continuó siendo a la vez de titularidad y gestión públicas, siendo su máximo órgano de decisión el Parlamento de Cataluña. Posteriormente aparecieron nuevas fórmulas de gestión, como son los consorcios públicos (CP) y las sociedades privadas de profesionales conocidas como entidades de base asociativa (EBA), la primera de las cuales inició su actividad en 1996⁽³⁾. En la última década, el ICS experimentó con la autonomía de gestión de sus centros de salud sin modificar la relación contractual de sus empleados⁽⁴⁾. En otras comunidades autónomas, los nuevos modelos de gestión no alcanzaron la diversidad existente en Cataluña⁽⁵⁾.

Este modelo plural ha generado controversia desde sus inicios bajo la hipótesis de cuál es el modelo de gestión más eficiente. Varios estudios han tratado de responder a esta pregunta, centrándose en determinados indicadores de estructura, proceso y resultado⁽⁶⁾. Una de las primeras evaluaciones realizadas comparando cincuenta equipos de Atención Primaria de diversos puntos del territorio catalán llegó a la conclusión de que los distintos grupos definidos presentaban mejoras en determinados ámbitos y déficits en otros⁽⁷⁾.

Nuestro estudio se basa en el análisis de la información publicada por la *Central de Resultats del Departament de Salut* de la Generalitat de

Cataluña. El objetivo fue detectar si existían diferencias en los resultados de varios indicadores de salud en función del tipo de proveedor, focalizándonos en los equipos de atención primaria (EAP) de Barcelona ciudad, como territorio que representaba mejor la diversidad de modelos existentes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Los datos primarios se obtuvieron de los informes de la Central de Resultados del *Observatori del Sistema de Salut de Catalunya* de la Generalitat de Cataluña⁽⁸⁾. La Central de Resultados tiene la misión de medir, evaluar y difundir los resultados alcanzados en el ámbito de la asistencia sanitaria por los diferentes agentes del sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña. Desde el año 2012 se publican, de manera nominal y abierta, informes con una amplia selección de indicadores relativos a la calidad de los centros de los diferentes ámbitos: hospitales, equipos de Atención Primaria, centros sociosanitarios, centros de salud mental y adicciones, territorial, Salud Pública, emergencias médicas, formación sanitaria especializada e investigación en ciencias de la salud. Estos informes generales se complementan con monográficos específicos sobre temas puntuales e infografías dirigidas a la ciudadanía. Todos los datos están siempre disponibles en formato de hoja de cálculo y datos abiertos, de forma transparente y anonimizada.

Se seleccionaron los resultados del ámbito de los Equipos de Atención Primaria de Cataluña, analizando la ciudad de Barcelona por tratarse de una unidad territorial diversa y controlable. Los grupos de indicadores seleccionados, conservando la nomenclatura original, fueron: datos generales, adecuación, efectividad, eficiencia y los relativos al proyecto “Esencial”. De estos grupos se seleccionaron algunos indicadores que los autores consideraron representativos.

Análisis estadístico. Las variables categóricas se representaron mediante la frecuencia absoluta (%). Se proporcionó la media con la desviación estándar (DE) para las variables continuas. Se utilizó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis para la comparación de los indicadores entre los tres tipos de proveedores.

Se estudió la relación entre los tipos de proveedores y los indicadores seleccionados utilizando el análisis de regresión múltiple. Los modelos se ajustaron por posibles variables confusoras como fueron el nivel socioeconómico, la doble cobertura sanitaria (pública y privada), la población mayor de 75 años y la esperanza de vida. Se consideraron estadísticamente significativos los valores de $p < 0,05$. Se calcularon los intervalos de confianza del 95% (IC95%). El análisis estadístico se realizó mediante el programa estadístico R versión 3.6.1 para Windows.

RESULTADOS

En el año 2016, existían en Barcelona 67 EAP, de los cuales 49 (73,1%) pertenecían al ICS, 10 (14,9%) a CP y 8 (12%) a EBA. En la **tabla 1** se muestran los resultados agregados obtenidos por cada uno de los tres tipos de proveedores (consorcios, EBA e ICS) en varios grupos de indicadores que figuran en el contrato programa entre los EAP y el *Catsalut*.

Existieron diferencias estadísticamente significativas entre los distintos proveedores en cada grupo de indicadores.

En los datos generales, la media de visitas por población atendida fue menor en las EBA (4,96) comparado con los consorcios (6,06) y, a su vez, en éstos menor que en el ICS (6,85). El porcentaje de población asignada atendida en el equipo de 75 años de edad o más siguió la misma

tendencia, al igual que la población asignada atendida en el equipo. En cambio, no existieron diferencias ni en el porcentaje de población asignada de 75 años o más ni en el porcentaje de visitas de los pacientes de 75 años o más.

En cuanto a la adecuación, hubo diferencias significativas en el porcentaje de pacientes mayores de 74 años con más de doce visitas, siendo las EBA las que ostentaron el menor porcentaje (32,4%), seguidos de los consorcios (33,75%) y el ICS (41,96%).

La tasa de hospitalizaciones potencialmente evitables fue también menor en las EBA (8,7%) comparada con los consorcios (9,8%), y en ambos comparado con el ICS (11,5%).

La tasa de hospitalizaciones por EPOC siguió el mismo patrón, siendo menor en las EBA (1,74 hospitalizaciones evitables por año) comparado con los consorcios (1,96 hospitalizaciones evitables por año) y con el ICS (2,69 hospitalizaciones evitables por año).

En cuanto a la polimedicación, el número de pacientes polimedicados con más de diez principios activos por cada 100.000 pacientes fue menor en las EBA (1.062,23) comparado con los consorcios (1.194,78) y con el ICS (1.442,33).

No existieron diferencias en otros indicadores: tasa de hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca e índice de calidad de prescripción farmacéutica.

Los indicadores de efectividad no presentaron diferencias, siendo éstos la tasa de hospitalización por complicaciones de la diabetes mellitus y la tasa de hospitalización por ictus. Tampoco el indicador de eficiencia (gasto farmacéutico bruto por usuario) las reflejó.

Tabla 1
Resultados obtenidos en cada indicador por cada uno de los tres tipos de proveedores.
Se indica la media (desviación estándar). P-valor para la prueba de Kruskal-Wallis. Año 2016.

Indicador		Consorcios (n=10)	EBA's (n=8)	ICS (n=49)	P-valor
		Media (desv.est.)	Media (desv.est.)	Media (d.e.)	
Datos Generales	Media de visitas por población atendida	6,06 (1)	4,96 (1,12)	6,85 (1,06)	0,001
	Porcentaje de población asignada atendida en el equipo de 75 años o más	99,64 (0,63)	97,81 (3,06)	99,75 (1,1)	0,014
	Porcentaje de población asignada de 75 años o más	12,07 (1,62)	11,48 (1,77)	11,31 (2,45)	0,580
	Porcentaje de población asignada y atendida por el equipo	68,76 (4,84)	63,65 (9,11)	73,94 (6,74)	0,001
	Porcentaje de visitas de los pacientes de 75 años o más	29,86 (3,47)	30,16 (4,28)	28,34 (4,97)	0,474
Adecuación	Pacientes >74 años con más de 12 visitas (%)	33,75 (4,65)	32,4 (7,48)	41,96 (8,5)	0,001
	Tasa de hospitalizaciones potencialmente evitables (por Área Básica de Salud -ABS-)	9,83 (2,33)	8,7 (2,96)	11,56 (3,07)	0,027
	Tasa de hospitalizaciones por enfermedad pulmonar obstructiva (por ABS)	1,91 (0,86)	1,74 (0,73)	2,69 (0,95)	0,006
	Tasa de hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca (por ABS)	3,25 (0,89)	2,75 (0,95)	3,79 (1,27)	0,050
	Pacientes polimedicados con más de 10 principios activos (por 100.000)	1.194,78 (326,86)	1.062,23 (270,05)	1.442,33 (444,88)	0,015
	Índice de calidad de la prescripción farmacéutica	78 (13,97)	73,38 (11,83)	65,92 (16,94)	0,104
Efectividad	Tasa de hospitalización por complicaciones de la diabetes mellitus	10,27 (7,94)	9,36 (5,74)	13,22 (14,9)	0,960
	Tasa de hospitalización por ictus	3,59 (0,88)	3,53 (0,69)	3,56 (0,85)	0,982
Eficiencia	Gasto farmacéutico público por usuario (bruto)	312,98 (16,42)	302,02 (44,81)	312,38 (33,95)	0,726
Esencial	Riesgo cardiovascular bajo con hipolipemiantes no indicados	10,17 (1,17)	9,34 (2,18)	8,28 (2,2)	0,013
	Uso inadecuado del PSA	7,94 (2,25)	7,69 (4,46)	11,37 (4,07)	0,018

Sí presentaron diferencias, en cambio, dos indicadores relacionados con el proyecto “Esencial”⁽⁹⁾ (liderado por la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitaria de Cataluña (AQuAS): la prescripción de hipolipemiantes no indicados en pacientes con riesgo cardiovascular bajo, que tuvo mejores resultados en el ICS, así como el uso inadecuado del antígeno prostático específico (PSA), que obtuvo mejores resultados en las EBA.

En cuanto a las variables correctoras (tabla 2): el nivel socioeconómico, la esperanza de vida y la población asignada mayor de 75 años fueron las variables que presentaron asociación estadísticamente significativa en el modelo, y las pudimos considerar factores de confusión. La doble cobertura público-privada no se asoció con ninguna variable, teniendo en cuenta las variables confusoras previamente mencionadas.

El nivel socioeconómico se asoció con las hospitalizaciones evitables, las hospitalizaciones por EPOC, las hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) y la polimedicación.

La población asignada mayor de 75 años se asoció con las hospitalizaciones evitables, las hospitalizaciones por EPOC y las hospitalizaciones por ICC.

La esperanza de vida se asoció con las hospitalizaciones evitables.

En cambio, en la variable sobre uso inadecuado del PSA no se halló factor de confusión alguno, y los consorcios y las EBA presentaron mejor puntuación en esta variable comparado con el ICS, a pesar de que el mejor resultado de las EBA no fue estadísticamente significativo debido al pequeño tamaño muestral.

Tabla 2
Ajustes por factores de confusión. Año 2016.

Factores	Hosp. Evit.	P	Hosp. EPOC	P	Hosp. ICC	P	Polimed.	P	Inadecuado PSA	P
Intercept	36,621	0,030	6,204	0,256	7,728	0,306	3.402,153	0,206	1,291	0,975
Entidad gestora (ref: Institut Català de la Salut)										
Consorcio público	-0,079	0,890	-0,139	0,456	0,059	0,819	51,940	0,571	-4,362	0,003
Entidad de base asociativa	0,172	0,799	0,054	0,806	0,105	0,734	22,186	0,839	-4,868	0,104
Nivel socioeconómico (0-100)	0,121	<0,001	0,043	<0,001	0,047	<0,001	17,663	<0,001	-0,047	0,244
Doble cobertura (%)	0,003	0,894	0,005	0,439	0,001	0,868	2,938	0,356	-0,007	0,883
Población asignada >75 años (%)	0,663	<0,001	0,094	0,002	0,285	<0,001	-25,183	0,087	0,223	0,328
Esperanza de vida	-0,449	0,024	-0,078	0,228	-0,109	0,222	-29,805	0,347	0,116	0,815
R cuadrado ajustado	0,754		0,736		0,676		0,673		0,105	

DISCUSIÓN

En el presente estudio, las diferencias en resultados de salud favorables mayoritariamente a las EBA desaparecen cuando se corrigen por variables sociodemográficas. Sin embargo, la fórmula jurídica o de provisión de servicios no parece influir de forma significativa en los resultados de salud poblacionales. El debate sobre cuál es el mejor modelo de gestión de la Atención Primaria sigue interpelando a investigadores y profesionales sanitarios.

En otros países europeos existen sistemas de indicadores de calidad asistencial similares al nuestro. En concreto, en Gran Bretaña se estableció el Programa Marco de Calidad y Resultados (QOF). Un estudio⁽¹⁰⁾ analizó la relación entre estos indicadores y la mortalidad, sin encontrar asociaciones significativas. Sin embargo, dichos indicadores son un potente instrumento que permite comparaciones entre médicos, entre centros y entre entidades gestoras.

Es cierto que, a pesar de que los indicadores se analizan de forma automática, se requiere un tiempo para rellenar las variables correctamente. Una limitación en los resultados podría ser la falta de tiempo de los médicos para rellenar adecuadamente los registros. Un estudio realizado en Estados Unidos demuestra que los médicos dedican más tiempo a tareas administrativas que a la asistencia directa al paciente⁽¹¹⁾. Si a pesar de esta ingente dedicación a tareas administrativas el registro no es adecuado, los resultados de los indicadores serán imprecisos.

Y es que, según un estudio británico, la carga laboral asistencial de los médicos de familia ha aumentado notablemente durante los últimos años, incrementándose el número de consultas presenciales, de consultas telefónicas y el tiempo medio por visita⁽¹²⁾. Dicho estudio no analiza el trabajo administrativo, aunque se supone también un incremento. A la vista de estos

datos, parece obvio que los médicos de familia priorizarán las tareas asistenciales frente a las tareas administrativas, incluyendo el correcto registro de los indicadores.

Aún así, pensamos que los indicadores asistenciales son la medida objetiva más fiable de que disponemos, y que las deficiencias en el registro, si las hay, se distribuirán homogéneamente entre todos los proveedores.

Nuestro estudio analiza a partir de un número limitado de variables cuantitativas si existen resultados distintos en función del tipo de proveedor. Después de ajustar los resultados por algunos factores de confusión, la única variable que continúa siendo estadísticamente significativa es “uso inadecuado del PSA”, que obtiene mejores resultados en los consorcios públicos y EBA.

Eso no significa que no existan diferencias entre proveedores. Un estudio que utiliza datos del año 2015⁽¹³⁾ concluye que las EBA obtienen mejores resultados en diez de los indicadores analizados y que el coste por usuario es menor en comparación con el ICS y los consorcios públicos. El modelo utilizado por estos investigadores difiere del nuestro, así como buena parte de las variables utilizadas y el año de análisis (un año anterior al nuestro). A pesar de ello, hay algunas coincidencias entre este estudio y el nuestro; por ejemplo, la diferencia en el indicador “tasa de hospitalizaciones evitables” es significativa y obtienen mejores resultados las EBA, mientras que en la “tasa de hospitalización por complicaciones de la diabetes mellitus” la diferencia no es significativa.

La principal diferencia con el mencionado estudio es la aplicación de un modelo de regresión lineal múltiple ajustada por factores de confusión, que demuestra que las diferencias aparecidas en nuestro primer análisis de las variables clínicas pueden ser explicadas por otras variables de confusión (nivel socioeconómico,

envejecimiento de la población y esperanza de vida de la población asignada). Por ello, recomendamos que dichos factores de confusión se tengan en cuenta en los análisis de datos poblacionales.

Nuestro estudio no pretende equiparar los tres modelos de gestión sino apuntar que las diferencias aparentes en un primer análisis pueden desvanecerse si se corrige por otras variables demográficas que influyen en los resultados de salud. Nuestro análisis es parcial, puesto que no analizamos variables que midan el coste por paciente, ni la satisfacción de los usuarios, ni la satisfacción de los empleados. El estudio más reciente se basa en una encuesta administrada a 1.474 médicos de distintos proveedores que analizó seis dimensiones: filiación, organización, accesibilidad, resolución, liderazgo y compromiso⁽¹⁴⁾. En dicho estudio los profesionales pertenecientes a EBA consiguen mejores puntuaciones en indicadores de clima laboral.

Otra limitación, producida por la estructura del propio sistema sanitario, es que el número de EBA y CP es muy inferior al número de centros del ICS. A pesar de que la muestra del número de pacientes analizados en cada indicador es suficientemente grande y válida desde el punto de vista estadístico, la fuente que origina estos datos es claramente desigual. Por ello, pensamos que los análisis de nuestro modelo sanitario catalán pueden estar sesgados por dicha desproporción y que nuestros resultados podrían ser diferentes si el número de centros de cada uno de los tres modelos descritos fuera similar. Es probable que, equilibrando el número de centros de cada modelo, nuestros resultados cambiasen.

No podemos dejar de apuntar que el análisis de los modelos de gestión puede estar influido por las propias creencias preconcebidas o incluso ideas políticas del observador. Este es un sesgo

inevitable, humano, que se verá diluido si el número de estudios sobre los modelos de gestión de la Atención Primaria aumenta, analizando nuevas dimensiones de la calidad de la atención.

Y, sin duda, intuimos y deseamos que aparezcan nuevos modelos de gestión que combinen las bondades de los modelos existentes hoy en día.

Conclusiones. Los tres modelos de gestión de la Atención Primaria de salud existentes en Cataluña (*Institut Català de la Salut*, consorcios públicos y entidades de base asociativa) presentan diferencias en sus resultados medidos a través de algunos indicadores. Estas diferencias casi desaparecen si se aplica una corrección por variables demográficas, que actúan como factores de confusión. El único indicador que mantiene una diferencia estadísticamente significativa a favor de los consorcios públicos es el “uso adecuado del PSA”.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vilaseca JM, Sans M. Alma Ata 40 años después: hitos de la atención primaria. *Medicina Clínica* 2018;151(11): 441-443.
2. Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Cataluña. Disponible en: <https://portaljuridic.gencat.cat/eli-es-ct/l/1990/07/09/15>. Último acceso 23 de marzo de 2020.
3. Ledesma A. Entidades de base asociativa: un modelo de provisión asistencial participado por los profesionales sanitarios. Valoración actual y retos futuros. *Rev Adm Sanit* 2005;3(1):73-81.
4. 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(5):325-326.
5. Ledesma A. ¿Autogestión o autonomía de gestión? Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012;26(S):57-62.
6. De Lorenzo-Cáceres Ascanio A, Otero Puime A. Publicaciones sobre la evaluación de la atención primaria

en España tras veinte años de reforma (1984-2004). Análisis temático y bibliométrico. *Rev Esp Salud Pública* 2007; 81: 131-145.

7. Bañeres J, Ponsà JA, Orrego C *et al*. Evaluación de la reforma de atención primaria en Cataluña y de la diversificación de la provisión de servicios. *Rev Calidad Asistencial* 2003;18(6):405-67.

8. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya de la Generalitat de Catalunya Disponible en: http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/ossce_central_resultats/informes/fixers_estatics/Central_resultats_atencio_primaria_dades_2017.pdf [último acceso 29/1/2020].

9. Proyecto Essencial. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. http://essencialsalut.gencat.cat/es/que_es_essencial/index.html [último acceso 23/04/2020.]

10. 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.

11. Sinsky MD, Colligan MD, Ling L *et al*. Allocation of physician time in Ambulatory Practice: A timeand motion study in 4 specialties. *Ann Intern Med*. 2016;165:753-60.

12. 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.

13. Ballart X, Galais C. ¿Gestión pública, privada o por el tercer sector? Diferencias en los resultados en atención primaria de Cataluña. *Aten Primaria* 2019; 51(10): 610 – 616.

14. Bayona Huguet X, Romano Sánchez J, Peris Grao A. Modelos de gestión según el proveedor y sus efectos en la dinámica de los equipos de atención primaria en Cataluña. *Rev Esp Salud Pública* 2019; 93: 21 de enero e201801001.