

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=ca>

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=es>

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>

UAB

Universitat Autònoma
de Barcelona

Tesis doctoral

Impacto de la pandemia por COVID-19 sobre el trabajo del Médico de Familia

Autor:

Juan José Montero Alía

Directores:

Ramon Miralles Basseda
Juan Carlos Pedro-Botet Montoya

Tutor:

Ramon Miralles Basseda

Barcelona | 2025

Programa de Doctorado en Medicina
Departamento de Medicina
Universitat Autònoma de Barcelona

A mis padres,
Mary y Perico,
que dedicaron su vida a la ayuda y el cuidado de los demás.



Banksy, 2020

Agradecimientos

Este trabajo no hubiese sido posible sin la ayuda de multitud de profesionales, compañeros, amigos y familia.

Agradezco muy especialmente:

Al profesor Ramón Miralles por todo el esfuerzo que ha dedicado todos estos años para llegar hasta aquí. Me he sentido totalmente apoyado y su sabiduría y conocimiento ha permitido corregir mis errores desde un punto de vista siempre amable y constructivo. Es un referente para mí y para mi familia, le queremos mucho.

A mi hermana Pilar Montero por su gran generosidad, por su cariño, por su insistencia y su perseverancia para conseguir que yo iniciara esta andadura. Aunque acabara con otro proyecto, sin su impulso y su fuerza, yo no estaría escribiendo estas palabras. Toda la fuerza y el amor del mundo para superar lo indescriptible.

A mi jefe de investigación, colega y amigo, Pere Torán, por su amistad y por su participación indispensable desde el inicio del proyecto. Su inteligencia y su capacidad extraordinaria para crear y desarrollar decenas de exitosos proyectos profesionales desde hace más de tres décadas le han convertido en un referente de la medicina de familia en nuestro país.

A mi colega y amigo, Toni Casanova, por su generosidad, por su trabajo metódico, por mantener su criterio y por haber sido el primer investigador y motor del Observatorio del Maresme desde su inicio en 2016. Si no hubiera asumido el inicio del proyecto, esta tesis no hubiera existido.

A mis excepcionales colegas y amigas Elena Zurilla, Teresa Gros, Estíbaliz López, Esther Valentín, Mar Rodríguez, Maica Barreiro, María Bartolomé, Mercè Jiménez, Greta Berrocal y Xènia Arias por crear y mantener el núcleo motor del Observatorio del Maresme en las distintas fases del proyecto.

A cada uno de los medic@s centinela que han participado en las distintas fases del proyecto. Sin su labor incansable, desinteresada y generosa en la recogida de datos, esta tesis nunca se hubiera escrito. Muchísimas gracias a Montserrat Català, a M^a José Merino, a Angélica Alba, a Joan Martí, a Esther Fabré, a Rosa M^a Catellanos, a Adoración Saiz, a Maria Bartolomé, a Luis Villanueva, a M^a Carmen Barreiro, a Greta Berrocal, a Imma Monreal, a Regina Romeu, a Raquel Tienda, a Lluís Rodríguez, a Josep Sorribes, a Gregorio Hinojosa, a Isaac Buxadé, a Juan Carlos Montero, a Pere Flores, a M^a Victoria Zamora, a Núria Mengual, a Antonia Armada, a Jordi Creus, a Joan Herreros, a Dolors Sánchez, a Gemma Casas, a Miren Aizpurúa, a Paola Gutiérrez, a Rosa M^a Coma, a M^a Mar Gómez, a Josep Massons, a Magda Bundó, a Joan Domènech, a Tamara Jiménez, a Eva Miguel, a Sara Sancho, a Teresa Llodrà, a Maite Sastre, a Laia Guix, a Neus Sanz, a Maria Alegre, a Mario Navajas, a Mercedes Megías, a Mónica Domínguez, a Assumpció Villar, a Marta Gámez, a M^a Josep Font, a Rosa Francisco, a Estíbaliz López, a Carme Forcada, a Isabel Moreno, a Jana Gerhard, a Carme Viñas, a Jesús Pagès, a Rosa M^a Sierra, a Antonia Ocaña, a Eva Nebot, a Antonio Escobar, a Pascual Roig, a Idaira Damas, a Ariadna Cardelus, a Susana Curós, a Carme Pascual, a Gemma Estrada, a Manuel Fernando Noguera, a Flor Vasquez, a Beatriz Tello, a Esther Hernández, a Ana M^a Giraudó, a Maite Cid, a Eva Calvo, a Martín Cebollada, a Lourdes Martín, a Leo Heredia, a Elena Zurilla, a Anna Champer, a Toni Casanova, a Marta Piró, a Xènia Arias, a Silvina Alcorta, a Elsa Lemaignan, a Josefina Sánchez, a Eva Leceaga, a Pepi Plaza, a Felipe Saadjan, a Laura Sánchez, a Laia Viñas, a Antoni Dalfó, a Begoña Núñez, a Marta Mourelo, a Mencia Benítez, a Carolina Guiriguet, a Sara Franquesa, a Mar Martín-Gil, a Anna Santeugini, a Àngels Herrero, a Marta Molina, a Eugènia Barbena, a Shamil Curiel, a Montserrat Baré, a Mònica Solanes, a Ana Ribatallada, a Xavier Cantero, a Susana Montesinos, a Meritxell Sánchez, a Olga Torner, a Clara Carrasco, a Vanesa Marta Becerra, a Benjamín Olmedo, a Elena Abril, a Marina Alventosa, a Ingrid Roca, a Eulàlia Guillem, a Isabel Jabardo, a Anna M^a Rodríguez y a M^a Elena Pérez.

A todos los miembros de la Unitat de Suport a la Recerca, a los que están y a los que estuvieron en la última década. Un fantástico equipo de profesionales con los que he compartido momentos de aprendizaje y de compañía entrañable con Sandra Sánchez, Guillem Pera, Marta Pérez, Edu Moreno, Meritxell Carmona, Brenda León, Carla Chacón, Jofre Bielsa, Josep M^a Manresa, Pilar Montero, Pere Torán y Pep Roca. Y sobre todo a los tres técnicos especialistas en datos: a Gemma Seda, que sin su gran trabajo no habiéramos podido realizar la mayor parte de las publicaciones y comunicaciones que a lo largo del tiempo ha generado el proyecto del Observatorio; a Anna Costa, que contribuyó con la introducción de datos, el análisis posterior y la realización de una revisión exhaustiva generando nuevas líneas de explotación. Por último, a Adrià Prior, ya que su trabajo ha sido fundamental para la creación de esta tesis doctoral, con nuevos análisis y nuevas relaciones nunca antes generadas.

A todos mis compañeros y amigos del equipo de salud de Rocafonda durante los últimos quince años, por su acompañamiento vital, por su cariño, por su trabajo incombustible y por su humanidad.

A todos los responsables de la gerencia Metropolitana Nord del Institut Català de la Salut, del Consorci Sanitari del Maresme, de la Corporació Sanitaria de Calella i la Selva y de Badalona Serveis Assistencials, por permitir desarrollar este trabajo de investigación sin obstrucciones, facilitando a sus profesionales su participación y en varios casos participando como ponentes en las jornadas anuales.

A la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC), a los miembros de la Junta Permanent y muy especialmente a su presidente y a su gerente: Toni Sisó y Joan Lozano. Colegas y amigos que han apoyado el proyecto desde el principio, participando y promoviendo su difusión en el territorio, así como facilitando su generalización.

Al Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (COMB), muy especialmente a Pere Torán, Ricard León, Jaume Sellarés y Sònia Miravet, por su cariño y apoyo imprescindible en la difusión de las actividades relacionadas con el Observatorio. Sus aportaciones y participaciones contribuyen a mantener un interés constante por esta línea de investigación entre los médicos del territorio.

A la filial del Maresme de la Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears (ACMCiB), especialmente a Susana Curós i Josep Bellatriu por su amistad y su apoyo y difusión incondicional en el desarrollo de la investigación del territorio y del Observatorio.

A mis hijos, Joan Carles y Ferran, dos personas maravillosas, buenas y responsables, cuya excepcionalidad ha permitido que pueda centrarme en el desarrollo de esta tesis doctoral sin ninguna preocupación. No puedo ser más afortunado.

Por último y en primer lugar, a mi mujer Mercè Jiménez, la persona sobre la que gira mi vida desde que casi tengo uso de razón y a la que debo toda mi felicidad. Su apoyo y cariño no tienen medida.

Listado de abreviaturas

AE	Agotamiento Emocional
APS	Atención Primaria de Salud
AQuAS	Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya
BDCAP	Base de Datos Clínica de Atención Primaria
BSA	Badalona Serveis Assistencials
CAMFiC	Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària
COMB	Col·legi Oficial de Metges de Barcelona
Chat GPT	
CSdM	Consorci Sanitari del Maresme
CSMS	Corporació Sanitària del Maresme i la Selva
CRG	Clinical Risk Group
CD-RISC	Escala de resiliencia de Connor-Davidson
CD-RISC10	Escala de resiliencia de Connor-Davidson abreviada a 10 ítems
COVID-19	Síndrome respiratorio agudo producido por coronavirus
CGT	Confederación General de Trabajadores
DP	Despersonalización
EAP	Equipo de Atención Primaria
eCAP	Programa (software) de la historia clínica informatizada de Atención Primaria de Cataluña
ESADE	Escuela Superior de Administración y Dirección de Empresas
EEUU	Estados Unidos de América

GMA	Grupos de Morbilidad Ajustados
ICS	Institut Català de la Salut
MBI	<i>Maslach Burnout Inventory</i>
MIR	Médico Interno Residente
MC	Metges de Catalunya
MEAP	Metodología de registro de una visita en las consultas de atención primaria Motivo (M), Examen Clínico (E), Aproximación diagnóstica (A) y Tratamiento (P)
MSF	Multiservice Feedback
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NHS	National Health Service
NECPAL	Instrumento de Necesidades Paliativas
OIT	Organización Mundial del Trabajo
OMFaM	Observatori de Medicina Familiar al Maresme
OR	Odds Ratio
OMS	Organización Mundial de la Salud
OMC	Organización Médica Colegial
PSS	Physician Sentiment Survey
QUALIPOC	Quality and Costs of Primary Care in Europe
RP	Realización Personal
RCGP-RSC	Royal College of General Practitioners- Research and Surveillance Centre
SAP	Servicio de Atención Primaria
SARS-CoV-2	Virus de la familia del coronavirus que causa Síndrome Respiratorio Agudo
SEMFYC	Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria
SEMERGEN	Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria
SEMG	Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia
SEPEAP	Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria
SESPAS	Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria
SIAP	Sistema de Información en Atención Primaria
SISCAT	Sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya

ÍNDICE

Resumen	15
Summary	19
1 Introducción	23
1-1 Atención Primaria de Salud	23
1-2 El médico de familia en el sistema sanitario	24
1-3 Sistema sanitario y crisis económica	25
1-4 Los efectos de la pandemia por COVID-19	27
1-5 Política en Atención Primaria de Salud	28
1-6 Concepto de <i>burnout</i> o síndrome de agotamiento por el trabajo o desgaste profesional	29
1-7 Resiliencia	31
1-8 Prácticas de bajo valor	32
1-9 Evaluación de la competencia profesional	33
1-10 Indicadores asistenciales	33
1-11 Sistemas de información sanitaria: red de vigilancia epidemiológica y atención primaria	35
1-12 Vigilancia epidemiológica: los sitios centinelas y su representatividad	36
1-13 Carga de trabajo del médico de familia	37
1-14 Continuidad asistencial, conciliación familiar y satisfacción del paciente	39
1-15 Incógnitas sobre el futuro de la especialidad	40
2 Hipótesis	41
3 Objetivos	43
3-1 Objetivo principal	43
3-2 Objetivos secundarios	43
4 Material y métodos	45
4-1 Diseño del estudio	45
4-2 Observatorio de Medicina de Familia en el Maresme: OMFaM	46
4-3 Población de estudio	49
4-4 Centros participantes	50
4-5 Criterios de inclusión	50
4-6 Criterios de exclusión	50
4-7 Selección de la muestra	51
4-8 Observaciones y mediciones	51
4-9 Puesta en común. Transmisión de conocimiento	56
4-10 Método de recogida de datos	57
4-11 Representatividad de los médicos centinela	58
4-12 Consideraciones estadísticas	58
4-12-1 Limitaciones estadísticas	59
4-13 Aspectos éticos	59
4-14 Evaluación del desgaste profesional o <i>burnout</i>	60
4-14-1 Criterio para definir a un médico centinela con <i>burnout</i>	62
4-15 Evaluación de la resiliencia	62
4-16 Evaluación de la relevancia de una visita	63

5	Resultados	65
5-1	Resultados de participación de los médicos centinela	65
5-1-1	Participación general en el Observatorio desde su origen	65
5-1-2	Participación del periodo de estudio 2019-2023	66
5-1-3	Representatividad de los médicos centinela. Datos sociodemográficos	67
5-2	Resultados de <i>burnout</i> y resiliencia. Formulario 1	69
5-2-1	<i>Burnout</i> profesional	69
5-2-2	Representatividad de los médicos centinela. <i>Burnout</i> profesional	71
5-2-3	Resiliencia	72
5-2-4	Relación entre <i>burnout</i> y resiliencia	74
5-3	Resultados de la actividad asistencial	74
5-3-1	Resultados de visitas y jornadas	75
5-3-2	Resultados del tipo de visita	76
5-3-3	Resultados de los motivos de visita	77
5-3-3.1	Motivos de consulta de los pacientes	77
5-3-3.2	Motivos de consulta del profesional o "proactividad médica" (2019 y 2021)	79
5-3-4	Resultados de los tiempos de retraso asistencial y descanso	79
5-3-5	Adecuación de las visitas	80
5-3-5.1	Adecuación y motivos de consulta (2019 y 2021)	81
5-3-5.2	Adecuación y tipo de visita (2023)	81
5-3-6	Resolución de los motivos de consulta	82
5-3-7	Complejidad subjetiva de la visita realizada	82
5-3-7.1	Complejidad según edad y género	83
5-3-7.2	Complejidad por tipo de visita	84
5-3-7.3	Tipos de complejidad (sólo 2019 y 2021)	85
5-3-8	Relevancia	89
5-3-8.1	Relevancia según edad y género	90
5-3-8.2	Relevancia según la jornada laboral	90
5-3-9	Resultados de la relevancia y el <i>burnout</i>	92
5-3-10	Resultados de la relevancia y la complejidad asistencial	92
5-3-11	Resultados de las incidencias en las consultas	93
5-4	Resultados asistenciales globales y perfil profesional	94
5-4-1	Resultados del año 2019	94
5-4-2	Resultados del año 2021	98
5-4-3	Resultados del año 2023	102
5-4-4	Resultados agrupados (totales) de los años 2019, 2021 y 2023	105
5-4-5	Resultados agrupados de los años 2019, 2021 y 2023 pero sólo con jornadas ordinarias y visitas presenciales	108
5-5	Análisis multivariante	111
	Modelo Logístico Mixto sobre los determinantes de la complejidad percibida de una visita médica de atención primaria (sin tener en cuenta las características del paciente)	
5-5-1	Modelo a)	115
5-5-2	Modelo b)	118
5-5-3	Modelo c)	121

6	Discusión	125
6-1	Representatividad de los médicos centinelas	125
6-2	Actividad asistencial	126
6-3	Complejidad asistencial	134
6-4	Resolución	136
6-5	Adecuación	137
6-6	Relevancia o valor de la visita médica	139
6-7	Resiliencia	140
6-8	Factores de estrés laboral	141
6-9	<i>Burnout</i>	143
6.9.1	Reflexión	146
6-10	Perspectivas de futuro	146
6-11	Fortalezas del estudio	148
6-12	Limitaciones del estudio	149
7	Conclusiones	151
8	Líneas de futuro	153
9	Bibliografía	155
10	Anexos	171
10.1	Anexo 1 Documento de compromiso del médico centinela	171
10.2	Anexo 2 Formulario 1. Año 2023. Hoja de recogida de datos demográficos y emocionales	173
10.3	Anexo 3 Formulario 2. Años 2019 y 2021. Hoja de recogida de datos asistenciales	175
10.4	Anexo 4 Formulario 2. Año 2023. Modificaciones respecto a 2019 y 2021	179
10.5	Anexo 5 Manual del investigador	181
10.6	Anexo 6 Mbi. <i>Maslach burnout inventory</i> 1986 o Cuestionario de <i>burnout</i>	187
10.7	Anexo 7 Factores de riesgo de <i>burnout</i>	189
10.8	Anexo 8 CD-RISC 10	191
10.9	Anexo 9 Métodos estadísticos para estudiar los cruces de las tablas 53, 54, 55, 56 y 57	193
10.10	Anexo 10 Financiación	195

Resumen

Objetivo

Conocer los cambios producidos en las consultas de los médicos de familia de la comarca del Maresme y sus alrededores entre los años 2019 y 2023, tras el impacto de la pandemia de COVID-19. Se presta especial atención al estado emocional del profesional y a la actividad asistencial percibida durante ese periodo.

Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo, transversal, multicéntrico y seriado, con muestreo por conveniencia. Se realizó un análisis multivariante mediante modelo logístico mixto para el análisis de la complejidad percibida, sin tener en cuenta las características del paciente.

Siguiendo el modelo de vigilancia epidemiológica, en 2016 se desplegó una red de médicos centinela en los centros de salud de la comarca barcelonesa del Maresme, conocida como Observatorio de Medicina de Familia del Maresme (OMFaM).

Para ser médico centinela era necesario estar adscrito de forma estable a un centro de Atención Primaria del territorio, tener población asignada con agenda asistencial diaria, y aceptar el consentimiento y las condiciones de participación. Cada centro debía contar inicialmente con al menos dos médicos de familia. Los centinelas seleccionados recibieron sesiones explicativas del proyecto y una simulación de casos para estandarizar la recogida de datos. La participación fue voluntaria, no remunerada y dinámica.

Los centinelas recogieron periódicamente datos relativos tanto a su práctica asistencial habitual como a su situación personal, incluyendo variables sociodemográficas y asistenciales predefinidas (tipo de jornada, número y tipo de visitas, motivos de consulta, adecuación, complejidad percibida, relevancia clínica, tiempos de descanso, retrasos al finalizar la jornada, resolución de la visita y percepción de fatiga, entre otros).

Al inicio de cada semana de registro, los médicos centinela completaban el cuestionario de *burnout* (MBI). En 2023, se añadió también la evaluación de resiliencia mediante el test CD-RISC-10.

En esta tesis se presentan y comparan las cargas de trabajo mediante registros de la actividad asistencial –de forma prospectiva y en tiempo real para evitar el sesgo de recuerdo– de una semana completa del mes de mayo de los años 2019, 2021 y 2023.

Resultados

Participaron un total de 91 médicos centinela y 33 centros de Atención Primaria en los tres años analizados. La edad media fue de 49,4 años (DE = 8,76), siendo el 82,4% mujeres. La media de años de seguimiento con sus pacientes fue de 11,9 (DE = 8,4), y la antigüedad en la misma empresa, de 18,2 años (DE = 8,4). En 2023, tanto la edad como la antigüedad laboral de los centinelas fueron significativamente mayores que en 2019 y 2021.

En 2021, la plantilla médica de los centros participantes estaba compuesta por 371 médicos, con una media de edad de 47,6 años y un 67,9% de mujeres. Los centinelas representaban ese año el 22% del total de profesionales, con edad y género comparables al conjunto.

El síndrome de *burnout* (definido como afectación simultánea de las tres subescalas en grado alto) fue del 12,5% en 2019, ascendió al 29,3% en 2021 y descendió al 15% en 2023. El agotamiento emocional fue la subescala más afectada, excepto en 2021, cuando predominó la despersonalización con una prevalencia del 58,5%. No se encontraron diferencias significativas en la presencia de *burnout* según género, edad, antigüedad laboral o tener hijos.

La resiliencia, medida únicamente en 2023, obtuvo una media de 31,3 puntos sobre 40 (nivel medio, considerando <25 como baja y >33 como elevada). No se observó relación significativa con el género, tener hijos, vivir en pareja, hacer deporte o antigüedad en el trabajo, pero sí con la edad (a mayor edad, mayor resiliencia) y con el *burnout* (quienes lo padecían mostraban menor resiliencia).

Durante los tres años, los médicos centinelas registraron un total de 22.488 visitas, con 30.328 motivos de consulta en 753 jornadas asistenciales. El 72,1% de las jornadas fueron ordinarias, siendo el turno de mañana el más común (67,4%).

El número promedio de visitas por jornada aumentó de 28,9 (DE = 4,4) en 2019 a 31,5 (DE = 5,4) en 2023. Los motivos de consulta por jornada se situaron en torno a 40 en 2019 y 2021, alcanzando 42,3 (DE = 8,7) en 2023. La media de demandas por visita fue de 1,4 en todos los años. La proactividad médica aumentó: los motivos de consulta generados por el profesional pasaron del 11,5% en 2019 al 19,2% en 2021.

El porcentaje de visitas presenciales descendió del 67,5% en 2019 al 27,8% en 2021, repuntando al 50% en 2023. Las visitas telefónicas aumentaron del 8,3% en 2019 al 35,2% en 2021, para reducirse al 17,3% en 2023. Las visitas no presenciales (informes, bajas, recetas, etc.) se mantuvieron estables en torno al 20%, al igual que las visitas domiciliarias (cerca del 1%).

El tiempo clínico no reflejado en la agenda fue de 12,8 minutos en 2019 y casi 20 minutos en 2021. El retraso de la última visita presencial también aumentó significativamente (20,3 minutos en 2019 frente a 27,8 en 2021).

El descanso medio por jornada fue de unos 10 minutos. La sensación de fatiga al final del día obtuvo una puntuación media de 6 sobre 10. Entre el 80% y el 90% de los motivos de consulta fueron considerados adecuados para ser gestionados por medicina, siendo los administrativos los menos adecuados. Más del 90% de los motivos se resolvieron en Atención Primaria; sólo el 10% fue derivado.

Un tercio de las visitas fueron percibidas como complejas, especialmente las presenciales y, aún más, las domiciliarias. Las visitas con problemas psicosociales fueron las más complejas en todos los años. La percepción de complejidad resultó significativamente mayor en 2021 (OR = 1.92) y significativamente menor en 2023 (OR = 0.83), en comparación a 2019 (referencia). Fue significativamente menor en visitas telemáticas (OR = 0.562). Se ordenó de menor a mayor según el tipo de motivo de la visita como: motivo administrativo (OR = 0.23), físico agudo (OR = 0.75), seguimiento crónico (referencia) y psicosocial (OR = 4.98). A su vez, aumentó significativamente con el número de motivos de la visita (dos motivos: OR = 1.6, tres motivos: OR = 5.85). No se detectó efecto del *burnout* en 2019 y 2021, pero sí en 2023 (OR = 1.59). El sexo y la edad no resultaron significativas.

En 2023, se valoró por primera vez la relevancia clínica del acto médico: el 23% de las visitas fueron consideradas irrelevantes, y solo el 5,92% imprescindibles. Los médicos más jóvenes y las mujeres asignaron más relevancia a las visitas. En las jornadas de urgencias se observaron más visitas tanto irrelevantes como imprescindibles. Los domicilios fueron las visitas más relevantes, en contraste con las eConsultas, donde el 70% fueron clasificadas como poco relevantes.

Conclusiones

1. Tras la pandemia, los médicos de Atención Primaria del Maresme y alrededores han modificado su forma de trabajar: se ha incrementado el número de visitas y de motivos de consulta, así como la proactividad médica, pero ha disminuido la presencialidad, en favor de modalidades no presenciales (telefónicas, teleconsultas, administrativas, etc). También ha descendido la adecuación percibida de las visitas.
2. A pesar de estos cambios, el médico de familia mantiene su papel clave, resolviendo la mayoría de las demandas antes, durante y después de la pandemia. Sin embargo, gestiona muchas visitas de escaso valor clínico. La complejidad asistencial fue mayor tras la pandemia, se concentra en los domicilios, seguido de las visitas presenciales, y especialmente en las demandas con componente psicosocial.
3. El *burnout* profesional aumentó notablemente tras la pandemia. Los profesionales que lo padecen realizan menos visitas presenciales, registran mayor complejidad, resuelven menos, derivan más y terminan la jornada más fatigados. La resiliencia de los centinelas se sitúa en niveles moderados.
4. Es necesario implementar estrategias de detección y cuidado del profesional para prevenir y abordar el desgaste laboral creciente. Asimismo, deben revisarse los flujos de trabajo, especialmente ante el exceso de visitas administrativas, la inadecuación de algunas consultas y el escaso valor clínico de muchas de las eConsultas.

Summary

Objective

To understand the changes in consultations of family doctors in the Maresme region and its surroundings between 2019 and 2023, following the impact of the COVID-19 pandemic. Special attention is given to the emotional state of professionals and their perceived care activity during this period.

Material and methods

This is a descriptive, cross-sectional, multicenter, and serial study with convenience sampling. A multivariate analysis was performed using a mixed logistic model to analyze perceived complexity, without considering patient characteristics.

Following the epidemiological surveillance model, in 2016 a network of sentinel doctors was deployed in the health centers of the Maresme region of Barcelona, known as the Observatory of Family Medicine of Maresme (OMFaM).

To become a sentinel doctor, it was necessary to be permanently assigned to a Primary Care center in the region, have an assigned patient population with a daily care schedule, and accept the consent and participation conditions. Each center had to initially include at least two family doctors. The selected sentinels received explanatory sessions about the project and a case simulation to standardize data collection. Participation was voluntary, unpaid, and dynamic.

The sentinel doctors periodically collected data related to both their usual clinical practice and personal situation, including predefined sociodemographic and care variables (type of workday, number and type of visits, reasons for consultation, appropriateness, perceived complexity, clinical relevance, rest times, end-of-day delays, visit resolution, and perception of fatigue, among others).

At the beginning of each recording week, sentinel doctors completed the burnout questionnaire (MBI). In 2023, resilience was also evaluated using the CD-RISC-10 test.

This thesis presents and compares workloads through records of care activity—prospectively and in real time to avoid recall bias—for one full week in May of the years 2019, 2021, and 2023.

Results

A total of 91 sentinel doctors and 33 Primary Care centers participated in the three analyzed years. The average age was 49.4 years (SD = 8.76), with 82.4% being women. The average follow-up time with their patients was 11.9 years (SD = 8.4), and the average time working in the same company was 18.2 years (SD = 8.4). In 2023, both the age and work seniority of sentinels were significantly higher than in 2019 and 2021.

In 2021, the medical staff of the participating centers comprised 371 doctors, with an average age of 47.6 years and 67.9% women. That year, sentinels represented 22% of all professionals, with age and gender comparable to the overall group.

Burnout syndrome (defined as simultaneous high-level impact in the three subscales) affected 12.5% in 2019, rose to 29.3% in 2021, and decreased to 15% in 2023. Emotional exhaustion was the most affected subscale, except in 2021, when depersonalization predominated with a prevalence of 58.5%. No significant differences were found in burnout presence by gender, age, work seniority, or having children.

Resilience, measured only in 2023, showed an average score of 31.3 out of 40 (medium level, considering <25 as low and >33 as high). No significant relationship was found with gender, having children, living with a partner, exercising, or job seniority, but there was with age (older professionals had higher resilience) and burnout (those with burnout showed lower resilience).

Over the three years, sentinel doctors recorded a total of 22,488 visits, with 30,328 reasons for consultation across 753 workdays. Ordinary workdays accounted for 72.1% of the total, with morning shifts being the most common (67.4%).

The average number of visits per workday increased from 28.9 (SD = 4.4) in 2019 to 31.5 (SD = 5.4) in 2023. The number of reasons for consultation per workday was around 40 in 2019 and 2021, reaching 42.3 (SD = 8.7) in 2023. The average number of demands per visit remained at 1.4 across all years. Medical proactivity increased: the reasons for consultation generated by professionals rose from 11.5% in 2019 to 19.2% in 2021.

The percentage of in-person visits dropped from 67.5% in 2019 to 27.8% in 2021, then rose again to 50% in 2023. Telephone visits increased from 8.3% in 2019 to 35.2% in 2021, then decreased to 17.3% in 2023. Non-in-person visits (reports, sick leaves, prescriptions, etc.) remained stable at around 20%, as did home visits (around 1%).

Unscheduled clinical time was 12.8 minutes in 2019 and nearly 20 minutes in 2021. The delay of the last in-person visit also significantly increased (20.3 minutes in 2019 versus 27.8 in 2021).

The average rest time per workday was about 10 minutes. Fatigue at the end of the day scored an average of 6 out of 10. Between 80% and 90% of consultation reasons were considered appropriate for management by family medicine, with administrative reasons being the least appropriate. More than 90% of cases were resolved in Primary Care; only 10% were referred.

One-third of visits were perceived as complex, especially in-person visits and, even more so, home visits. Visits with psychosocial problems were the most complex in all years. The perception of complexity was significantly higher in 2021 (OR = 1.92) and significantly lower in 2023 (OR = 0.83), compared to 2019 (reference). It was significantly lower in telematic visits (OR = 0.562). Based on the type of visit reason, the complexity order from lowest to highest was: administrative reason (OR = 0.23), acute physical reason (OR = 0.75), chronic follow-up (reference), and psychosocial (OR = 4.98). It also increased significantly with the number of reasons per visit (two reasons: OR = 1.6, three reasons: OR = 5.85). No effect of burnout was found in 2019 and 2021, but there was in 2023 (OR = 1.59). Gender and age were not significant.

In 2023, for the first time, the clinical relevance of the medical act was assessed: 23% of visits were considered irrelevant, and only 5.92% essential. Younger doctors and women assigned greater relevance to visits. On-call workdays showed more visits considered both irrelevant and essential. Home visits were rated the most relevant, in contrast with eConsultations, of which 70% were classified as low relevance.

Conclusions

1. *After the pandemic, family doctors in the Maresme region and surrounding areas changed their way of working: the number of visits and consultation reasons increased, as did medical proactivity, but in-person care decreased in favor of non-in-person modalities (telephone, teleconsultations, administrative, etc.). The perceived appropriateness of visits also declined.*
2. *Despite these changes, family doctors maintain their key role, resolving the majority of demands before, during, and after the pandemic. However, they manage many visits with low clinical value. Care complexity was greater after the pandemic, concentrated in home visits, followed by in-person ones, especially those with a psychosocial component.*
3. *Professional burnout increased significantly after the pandemic. Professionals affected by burnout conducted fewer in-person visits, reported greater complexity, resolved fewer cases, made more referrals, and ended the day more fatigued. The resilience of sentinel doctors was at a moderate level.*
4. *Strategies are needed to detect and support professionals to prevent and address growing occupational burnout. Additionally, workflow processes should be reviewed, especially concerning the excess of administrative visits, the inappropriateness of some consultations, and the low clinical value of many eConsultations.*

1

Introducción

1.1

Atención Primaria de Salud

Se ha demostrado que los países que están orientados a la Atención Primaria, donde los principios de regulación geográfica, longitudinalidad, coordinación y orientación comunitaria están presentes, obtienen mejores niveles de salud con menores costes económicos^{1,2}. Barbara Starfield, una de las más importantes investigadoras en Atención Primaria y una referente internacional, demostró que la salud de la población depende directamente de la calidad de su sistema de Atención Primaria. En países como Inglaterra, la medicina de familia es la piedra angular (la “Joya de la Corona”) de su Sistema Nacional de Salud y brinda atención médica universal y gratuita con una proporción menor de gasto sobre el producto interior bruto destinado a sanidad respecto de otros países desarrollados³. La Atención Primaria (con menos del 8% del presupuesto) gestiona el 90% de la demanda sanitaria del país, permitiendo así su sostenibilidad⁴.

Hoy en día continúan apareciendo sólidas evidencias sobre los beneficios que representa para la población disponer de un médico de familia de referencia. Cuando esa relación dura más de 15 años, las visitas a urgencias se reducen un 30%, los ingresos hospitalarios un 28% y la mortalidad un 25%, sin que este hecho esté relacionado con el perfil personal del médico de familia o el cupo de pacientes asignado⁵. Promover la longitudinalidad es un factor clave para cualquier país que quiera conseguir una atención sanitaria de calidad. El médico de familia, además, sirve de filtro asistencial, disminuyendo la iatrogenia del acceso directo, mejorando el valor predictivo positivo de las visitas de segundo nivel (hospitalarias) y previniendo la fascinación tecnológica. En definitiva, el médico de familia contribuye a la sostenibilidad y a la eficiencia del sistema sanitario⁶.

Pruebas recientes publicadas en marzo de 2024 en el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la Atención Primaria de salud insisten en dar prioridad a la misma, demostrando claramente los beneficios a largo plazo, superando los costes⁷. Entre otras evidencias permite que la atención sea más eficiente y equitativa, reduciendo el uso de otros especialistas y de servicios hospitalarios al garantizar la continuidad entre médicos y pacientes. La atención primaria también demuestra mejorar la salud de la población a largo plazo, mejorar los resultados sanitarios (especialmente en salud mental e infantil y en el control de las enfermedades no transmisibles), contribuye a una mayor satisfacción de los usuarios con una mejor evaluación de su entorno (familiar y comunitario) y refuerza la preparación para emergencias, así como la resiliencia a través de la prevención.

1.2

El médico de familia en el sistema sanitario

A pesar de la evidencia científica sobre la importancia del médico de familia, en 2003 Juan Gervas publicaba un artículo de opinión muy crítico con la Atención Primaria y con la medicina de familia del momento⁸ cuyos argumentos podrían tener continuidad a día de hoy, aunque con matices. En primer lugar, señalaba que se trataba de una especialidad poco atractiva, basándose en que los futuros médicos residentes, elegían la especialidad de medicina de familia como última opción, cuando no les quedaban otras posibilidades (esta situación empeoró en los últimos años, quedando plazas vacantes sin asignar, excepto en junio de 2025, donde parece ser que la situación se ha revertido). En segundo lugar, exponía un exceso de burocratización (en la actualidad se ha acentuado durante la pandemia) y en tercer lugar señalaba una baja calidad en el personal auxiliar (el concepto reciente de "administrativo sanitario" parece que va en esa dirección). Por último, reflexionaba sobre la pérdida colectiva de la autoestima, donde los médicos vivían su rol profesional aceptando con resignación un sobreesfuerzo diario que poco a poco iba consumiendo las fuerzas y el ánimo (en la actualidad existen entornos laborales con mayor escasez de médicos y donde las relaciones con el hospital de referencia son más complicadas, lo que favorece esa percepción; existe mucha variabilidad dependiendo del lugar de trabajo).

En 2016 un estudio inglés de la Universidad de Oxford, se analizó de forma retrospectiva los registros de actividad asistencial de más de 100 millones de consultas del sistema de salud desde 2007 a 2014. Se constató una sobrecarga real de trabajo que recaía mayoritariamente en los médicos de familia debido fundamentalmente a la disminución de la inversión y a la reducción de recursos, pero también debido al aumento de las demandas de salud de la población⁹.

Un reciente informe realizado por la Universidad de las Palmas de Gran Canaria a petición del Ministerio de Sanidad para poder planificar las necesidades médicas del sistema sanitario español del futuro¹⁰, calcula una preocupante falta de médicos de familia en el corto plazo. Actualmente medicina de familia está formada por 46.613 profesionales, el 91,3% de los cuales están adscritos a los centros de atención primaria del sistema nacional de salud. El porcentaje de feminización alcanza el 63,3% y es la segunda especialidad más envejecida, con un 60,2% de médicos mayores de 50 años (el 33,2% mayores de 60 años). Del total de especialidades médicas que existen en España, la que estima el peor pronóstico de déficit (superior al 10% en 2035) es la de Medicina Familiar y Comunitaria. Aunque las futuras oleadas de especialistas en formación pudieran paliar parcialmente este déficit (el número de plazas ofertadas ha ido en aumento desde 2019) el problema podría persistir ya que no se acaban cubriendo en su totalidad. Así lo denunciaba el Foro de Atención Primaria (Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria; el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina; la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos; la Organización Médica Colegial de España (OMC); la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN); la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC); la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) y la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP)) en un comunicado de prensa en marzo de 2022 por la falta de médicos y pediatras de este nivel asistencial, con la pérdida progresiva de profesionales hacia otros entornos laborales y con un déficit crónico de inversión en el sector.

1.3

Sistema sanitario y crisis económica

Según el índice de acceso y calidad de la atención sanitaria (*Healthcare Access and Quality Index*) basado en la mortalidad por causas susceptibles de atención sanitaria, en la publicación de 2015, España se situaba entre los 10 mejores del mundo¹¹ sobre 195 países, encontrándose en el puesto octavo¹². En la publicación del año siguiente en 2016, descendió al puesto 19¹³. Tal descenso fue debido a la mejora del resto de países ya que la puntuación española en 2015 era de 90 puntos y en 2016 de 92. Probablemente la crisis económica de 2008 y la disminución presupuestaria acompañante influyeran en este descenso. Desde 1984 hasta 2020 el gasto real en atención especializada creció un 59% más que el gasto de atención primaria¹⁴. En 2015 el gasto de la especializada superó los niveles de gasto pre-crisis encontrándose, sin embargo, el de la atención primaria, sigue por debajo en 2019.

En España, la crisis económica provocó años de retracción en las organizaciones sanitarias de casi todas las comunidades autónomas (excepto País vasco)¹⁵, siendo también mayor el ajuste en atención primaria¹⁶. Casi todos los profesionales públicos de la salud empeoraron sus condiciones laborales y retributivas pero mantuvieron el compromiso y la dedicación para mantener al máximo el nivel de los servicios sanitarios^{17,18}.

Ese desgaste y sobreesfuerzo continuado junto a la pérdida de poder adquisitivo de la última década, explota en España con manifestaciones multitudinarias del mundo sanitario, de una magnitud nunca vista en atención primaria. En Catalunya durante la última semana de noviembre de ese mismo año, se alzaron en huelga diferentes colectivos sanitarios, los convocados por los sindicatos Metges de Catalunya (MC) (médicos de atención primaria y hospitalaria) y la Confederación General de Trabajo (CGT) (de todas las categorías profesionales). Las movilizaciones finalizaron con varios acuerdos, entre otros, el determinar las cargas de trabajo en los centros de salud teniendo en cuenta nuevos indicadores y asumir nuevos tiempos asistenciales según el tipo de visita que se realizaba.

En el informe CAMFiC (sociedad catalana de medicina familiar y comunitaria) sobre los retos del futuro de la atención primaria publicado en 2020, motivado tras la huelga de 2018, y con la participación de 100 especialistas en medicina familiar y comunitaria de Cataluña se detallan y realizan propuestas de transformación para afrontar una nueva atención primaria. En el informe se presentan y desarrollan recomendaciones sobre 10 grandes temas: Aumentar valor de la consulta médica, desburocratizar y empoderar la figura del administrativo sanitario, cambiar el modelo asistencial entre la atención primaria y la atención hospitalaria, transformar el modelo relacional médico-paciente invirtiendo en tecnologías de la información y la inteligencia artificial, organizar los centros de salud con más autonomía y gestión financiera, desviar presupuestos hospitalarios que puedan ser realizados en atención primaria, transformar los planes de estudio del grado de medicina aumentando el número de profesores médicos de familia creando un departamento o unidad docente, impulsar la investigación transaccional, incrementar la rotaciones de los médicos internos residentes (MIR) en los equipos de atención primaria, crear espacios de diálogo de salud comunitaria verdaderos y desarrollar la cultura de la calidad y la seguridad clínica en los equipos con la participación de la ciudadanía¹⁹.

1.4

Los efectos de la pandemia por COVID-19

El impacto de la pandemia por COVID-19 se produce en un momento crucial de la atención primaria española y catalana. Al año del inicio de la aplicación de los acuerdos adoptados tras la huelga de diciembre de 2018, irrumpe en marzo de 2020 una pandemia mundial por SARs-CoV-2 que afectó a todos los sistemas sanitarios del momento, un hecho abrumador sobre todo el personal sanitario que trabajaba en ellos²⁰. La limitación de los recursos hospitalarios, el aumento de los turnos de trabajo, la afectación de la conciliación de la vida familiar y laboral, la amenaza de la exposición al virus, la multiplicación exponencial de dilemas asistenciales, el miedo a exponer a las familias, los cambios de ritmo del sueño, el aumento de la carga de trabajo y la falta de información suficiente y actualizada fueron algunos de los factores que dispararon la tensión sobre la salud mental de los profesionales²¹.

La pandemia supuso una reorganización profunda de los servicios sanitarios durante los meses de confinamiento y posteriores. La atención telefónica fue clave en el control de seguimiento de pacientes durante ese periodo de tiempo²², y también se demostraron útiles las aplicaciones móviles para lo que llamamos comúnmente como *telemedicina*²³. En Cataluña desde 2015, los equipos de atención primaria disponían de una herramienta llamada *eConsulta*, que permitía realizar consultas diferidas no presenciales en una plataforma online donde se podían adjuntar imágenes e informes. Hasta el año 2020 su utilización era escasa en la mayor parte de los centros de salud pero su uso se triplicó durante los primeros meses del estado de alarma y permitió compensar la disminución de las visitas presenciales, sobre todo entre ciudadanos más jóvenes (que son los que suelen tener mayor facilidad para la utilización de las nuevas tecnologías)²⁴. A nivel hospitalario este sistema no estuvo disponible y sólo se utilizó la consulta telefónica como alternativa a la presencialidad²⁵. También se difundió la llamada videoConsulta, que a través de una webcam del paciente y del médico, se podía hablar cara a cara desde la distancia.

1.5

Política en Atención Primaria de Salud

El grado de compromiso político internacional para invertir en atención primaria de salud (APS) se está debilitando, y no se invierte con intensidad donde más se necesita. Existe una abrumadora evidencia de la necesidad de disponer de una atención primaria y comunitaria fuerte. La asociación de APS con la atención a la gente más pobre y con un entorno poco tecnificado, tampoco ayuda a darle valor. Se suelen priorizar programas de salud muy concretos, centrados en afecciones o subpoblaciones específicas dificultando la inversión en APS (sobre todo en países de renta baja)²⁶.

Se sabe que los estados con políticas socialdemócratas, que tienen un gasto público elevado, que favorecen el comercio justo, la enseñanza obligatoria, la micro financiación (sobre todo en países de bajo índice económico), el acceso poblacional a la asistencia sanitaria y a la vivienda, acaban provocando efectos positivos sobre la salud de su población²⁷. Estas son las conclusiones del resultado de una revisión sistemática de 58 artículos seleccionadas entre 4912 publicaciones y donde se evidencia que las políticas neoliberales están asociadas a un aumento de las desigualdades sanitarias y a una mayor mortalidad. En Alemania, un país europeo con dos tipos de cobertura aseguradora (seguro privado y seguro obligatorio al necesitado) existen diferencias sociales de unos asegurados frente a otros, existiendo discriminación estructural e interpersonal en el acceso (tiempo de espera) y en la calidad de la consulta (tiempo de visita y calidad de comunicación)²⁸.

En el informe anual del año 2022 de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) se reconocía que la atención primaria necesitaba una dotación presupuestaria suficiente para recuperar su capacidad de resolución tras la crisis sanitaria de la pandemia y que debía recuperar el prestigio social y profesional para que fuese atractiva para las futuras generaciones de médicos²⁹.

El último documento aprobado por el gobierno de España para hacer frente a la crisis de salud y social, de diciembre de 2021, el “Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria para los años 2022 y 2023” –ligado a un presupuesto finalista de más de 400 millones de euros–, comportaba unas acciones prioritarias para conseguir unos objetivos específicos: mejorar la accesibilidad, reforzar la longitudinalidad, mejorar la capacidad resolutoria, fomentar las buenas prácticas a través de herramientas y formación, promover la atención integral y la salud comunitaria, dotar de sistemas de información y digitalización, consolidar el rol de enfermera familiar y comunitaria, incrementar el número de profesionales, reforzar la gobernanza y el modelo de dirección, así como el liderazgo de la Atención Primaria como eje vertebrador del Sistema Nacional de Salud³⁰.

1.6

Concepto de *burnout* o síndrome de agotamiento por el trabajo o desgaste profesional

En 1974, Herbert Freudenberger, psicólogo estadounidense de origen alemán, en Nueva York (USA) describe por primera vez este síndrome de carácter clínico. Lo describió como *“una sensación de fracaso y una experiencia agotadora que resulta de una sobrecarga por exigencias de energía, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador”*.

Tal y como se define en la Nota Técnica de Prevención número 704 del año 2005³¹ del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo el *burnout* es *“una respuesta al estrés laboral crónico integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y, en general, en profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de la organización.”*

Las profesiones sanitarias son especialmente sensibles a padecer *burnout*. La prevalencia respecto a la población general es muy superior y se mantiene alta en las últimas décadas^{32,33}. Las actividades laborales en entornos muy complejos, como puede ser un centro de salud, favorecen su aparición.

El *burnout* se asocia a alteraciones físicas, conductuales y emocionales, que no acostumbra a incapacitar al profesional, pero que genera baja calidad asistencial y un deterioro en las relaciones profesionales. En 1986 Maslach y Jackson lo definen como *“un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas”*. El *burnout* se manifiesta fundamentalmente por presentar tres rasgos característicos: agotamiento profesional, despersonalización y baja realización personal³⁴.

El cuestionario *Maslach Burnout Inventory* (MBI) valora estos tres rasgos característicos y se utiliza desde hace más de 40 años³⁵. Es el test validado para la evaluación del *burnout* más utilizado internacionalmente, lo cual permite la comparación de múltiples territorios y poblaciones^{36,37}.

En algunos países, en los que el *burnout* está considerado enfermedad profesional, el MBI es el test utilizado para su diagnóstico, como es el caso de los Países Bajos. Pero en tan sólo en 9 países (Dinamarca, Estonia, Francia, Hungría, Letonia, Portugal, Eslovaquia y Suecia) el *burnout* puede ser considerado enfermedad profesional. En Letonia lo tienen incorporado explícitamente en la lista de enfermedades profesionales posibles, pero por ejemplo, en Holanda y Suecia (que no tienen una lista cerrada de enfermedades profesionales y cualquier patología que puede considerarse laboral siempre que se pueda demostrar) puede llegar a considerarse enfermedad profesional³⁸. El resto de países se deben a la “Lista

de enfermedades profesionales de la Organización Internacional del Trabajo (OIT)". Se trata de una lista cerrada de enfermedades, donde el *burnout* no figura entre ellas y España se rige bajo las normas de la OIT. Existen casos de *burnout* que han sido aceptados tras largos procesos judiciales, pero el Real Decreto 1299/2006 no la considera una patología laboral del Sistema Nacional de la Seguridad Social.

Desde enero de 2022 el *burnout* forma parte de la nueva clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 11) definido como fenómeno ocupacional³⁹. La evidencia científica es clara: el *burnout* se asocia a un exceso de carga de trabajo (horas extras, trabajo a turnos, exceso de pacientes, trabajar en varios sitios, etc.) y también a entornos de violencia, conflictos, zonas desfavorecidas⁴⁰ y entornos rurales. Tener un alto control sobre la actividad laboral prácticamente impide la aparición de *burnout*. Sentirse respaldado por la comunidad, tener hijos, vivir en pareja o disponer de larga experiencia profesional también contribuye a que éste no se presente^{37,41}.

En 2003 un estudio realizado por el Instituto de Estudios Laborales de ESADE sobre 449 médicos de familia, casi el 90% de estos habían tenido sentimientos de agotamiento emocional y el 82%, en alguna ocasión, habían llegado a tal estado de tensión y desánimo como para afirmar que estaban "hartos" de sus pacientes⁴². En este estudio la mayoría de los médicos atribuían el agotamiento emocional a su entorno laboral y al trato que reciben en su puesto de trabajo, mostrando una gran insatisfacción con la consideración que recibían por parte de la organización en la que desarrollaban su ejercicio profesional y de sus superiores.

El estudio "Análisis sobre la situación de los Médicos de Familia en España" realizado en 2011 encontraba que el 91% de los profesionales entrevistados reconocía estar sometido a una sobrecarga asistencial importante y el 89% declaraban estar desmotivados⁴³.

En 2015, más de 15.000 médicos británicos a través de una encuesta reclamaban disponer de más tiempo por visita médica para mejorar la calidad asistencial. El 93% refería sufrir una sobrecarga de tal magnitud que consideraban que se estaba afectando negativamente la calidad del servicio que prestaban⁴⁴. En otra publicación más reciente, los autores consideraron que los médicos de familia ingleses estaban prácticamente saturados debido a los aumentos de volumen de trabajo: la tasa de consulta por 10 mil habitantes había subido entre el 12% y 36% (frente al 0-9% del incremento de las consultas las enfermeras de consulta, por ejemplo), también el aumento el tiempo de consulta por paciente en un 4% y la sobrecarga clínica directa en un 18,2% llegando a duplicarse el número de consultas telefónicas en el período de 2007 a 2014⁹.

Aunque para los médicos ingleses atender pacientes es lo que más les satisface de su trabajo, cuando adquieren larga experiencia profesional y edades entre los 50 y 60 años deciden abandonar la consulta médica directa con el paciente debido a que la jubilación anticipada es viable económicamente, disponen de otras opciones laborales y el trabajo diario es casi imposible de asumir⁴⁵.

Pero el *burnout* no sólo afecta al individuo que lo presenta, también afecta a los miembros del equipo, la organización en la que trabaja y sobre todo a los pacientes, disminuyendo la calidad de atención. Los pacientes lo notan, se produce más insatisfacción, menor adherencia a las recomendaciones y empeoramiento de los resultados en salud. Finalmente, y no de menor importancia, padecer desgaste profesional aumenta el riesgo de cometer algún error médico. Una empresa es más competitiva y eficaz si sus componentes tienen mejor salud y calidad de vida en el trabajo, de lo contrario ocurren más incidentes y accidentes, absentismo, rotación, disminución de la productividad, disminución de la calidad, etc.^{46,47,48,49,50,51}

Las intervenciones basadas en *mindfulness*⁵² (entrenamiento con diferentes prácticas y técnicas para aumentar la capacidad de una persona en prestar atención a lo que sucede a su alrededor sin emitir juicios y con total aceptación) han demostrado a corto plazo (4 meses) que disminuyen el *burnout*^{53,54}, aunque no a largo plazo (2 años). Aun así, se mantiene una mejora de la atención, del estrés y de la autocompasión⁵⁵. Existe más bibliografía sobre intervenciones a nivel individual que a nivel organizativo. En todas ellas se obtienen efectos beneficiosos. Las intervenciones a nivel organizativo suelen ser más duraderas⁵⁶. Las investigaciones sobre intervenciones a nivel laboral son más complicadas pero las que más deberían desarrollarse teniendo en cuenta que algunos de los factores relacionados con el *burnout*, como son la autonomía y el control sobre el lugar de trabajo, sólo se pueden modificar a nivel organizativo⁵⁷.

1.7

Resiliencia

En la actualidad, la mayoría de los trabajadores de las grandes ciudades que están expuestos a entornos estresantes y sometidos a cambios continuos, deben adaptarse a ello, pero no todos lo hacen de igual modo. Una de las fortalezas humanas para llevar a cabo de la mejor manera posible esa adaptación y que se investiga desde hace años, es la resiliencia. Ésta se conoce como capacidad individual de adaptarse al estrés y a la adversidad, una cualidad esencial para el ejercicio de la medicina, especialmente la del médico de familia. Los trabajadores sanitarios de primera línea en plena pandemia en China, que tenían poca resiliencia sufrieron en mayor porcentaje síndrome de estrés post traumático⁵⁸.

Las personas resilientes aceptan la realidad tal como viene, son hábiles para adaptarse a cambios significativos y creen que la vida está llena de sentido. Se han desarrollado muchas escalas para medir la resiliencia y la literatura científica al respecto ha crecido de forma muy considerable en la última década. Las escalas mejor valoradas por sus propiedades psicométricas son la *Resilience Scale for Adults* (2005), y la *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC) (2003). La que más se ha usado en la literatura científica es la última, ya que además permite evaluar diferentes grupos de población⁵⁹.

Una revisión sistemática de 2016 sobre resiliencia en atención primaria reveló que existen pocos estudios al respecto en los profesionales que trabajan en este ámbito y los que existen, están centrados mayoritariamente en médicos⁶⁰. Algunos describen la asociación negativa entre resiliencia y *burnout*, e incluso llegan a definir a la resiliencia simplemente como la puntuación inversa del *burnout* profesional. Aunque esta relación existe, la resiliencia abarca algo más que la simple ausencia de agotamiento como demuestra un estudio de intervención con mindfulness sobre 30 sanitarios en los que se mejora el nivel de *burnout*, pero no se producen cambios en la medida de la resiliencia⁶¹. Se relaciona también la alta resiliencia de los médicos con una mayor tolerancia y aceptación de la incertidumbre y además se ha demostrado que mejora con la actividad física⁶². Otros factores que influyen además del propio individuo son los recursos sociales (el apoyo de la familia o de los compañeros), las aficiones o el ocio y el entorno laboral. Para los médicos que trabajan en zonas de nivel socioeconómico desfavorecido la resiliencia es algo más que la fuerza individual para superar los problemas del día a día; son importantes la flexibilidad, la adaptabilidad, el trabajo en equipo y mantener un equilibrio entre los valores laborales y los personales⁶³. La resiliencia profesional se ha relacionado con la carga asistencial, la sensación de control, la autonomía y el sentirse valorado en el puesto de trabajo⁶¹. La resiliencia combina rasgos personales con la experiencia, lo que conduce a una adaptación positiva.

Los países con sistemas de atención primaria de salud, gracias a la resiliencia de éstos, pudieron afrontar una crisis sin precedentes causada por la pandemia de COVID-19, gracias a la participación activa de sanitarios, profesionales de la salud, gerentes y pacientes⁶⁴.

1.8

Prácticas de bajo valor

Las prácticas médicas de bajo valor añadido son acciones sanitarias innecesarias: pruebas diagnósticas, actividades preventivas o intervenciones terapéuticas que no han demostrado su eficacia⁶⁵. Son acciones en las que el potencial daño supera el beneficio⁶⁶. Existen extrategias institucionales en varios países para aumentar el valor de la asistencia sanitaria disminuyendo las prácticas de bajo valor. El Instituto Nacional de Medicina (de la Academia Nacional de Ciencias de Estados Unidos) en 1998 publicó el consenso sobre la necesidad urgente de mejorar la calidad de la atención sanitaria⁶⁶. El *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) británico identifica los tratamientos como de bajo valor si «no son clínicamente eficaces (y, por tanto, no son rentables)», «tienen un perfil riesgo-beneficio deficiente» o «no están respaldados por pruebas adecuadas»⁶⁷. En Cataluña, el proyecto *Essencial*, iniciado en 2013 por la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) pretende optimizar el uso de los recursos sanitarios eliminando prácticas clínicas costosas y potencialmente perjudiciales para mejorar la calidad del sistema⁶⁸. A la acción que protege a los pacientes de intervenciones médicas que probablemente causen más daño que beneficio, se la conoce como prevención cuaternaria⁶⁹.

1.9

Evaluación de la competencia profesional

Desde 1993, existe un método de evaluación de 360 grados, también llamado *Multisource Feedback* (MSF) que consiste en utilizar diferentes instrumentos para evaluar el desempeño médico o competencia profesional en la práctica clínica habitual. De modo general consiste en que un número determinado de colegas, compañeros de trabajo y pacientes evalúen la actividad de un profesional cumplimentando los instrumentos MSF. Este método se ha demostrado que tiene una alta fiabilidad, validez y viabilidad⁷⁰. Posteriormente, los médicos pueden utilizar estos informes de feedback individual para diseñar planes de desarrollo personal⁷¹. En el ámbito de la atención primaria y de la medicina de familia, los trabajos publicados son muy escasos, pero alguno de gran interés, como un estudio australiano con más de 3000 respuestas⁷². Aunque los resultados de las competencias médicas resultaron entre muy buenas y excelentes, este tipo de instrumentos de evaluación, permiten que el profesional pueda mejorar más si cabe.

1.10

Indicadores asistenciales

Un indicador es una medida útil que evalúa aspectos relevantes de la atención sanitaria para medir la calidad de forma válida y fiable, con poca variabilidad inter observador para que sea comparable entre profesionales, prácticas e instituciones⁷³.

A menudo los profesionales de atención primaria tienen la sensación de que los datos y los indicadores que presentan los gestores institucionales son incompletos y que no refleja la realidad y la dificultad de las consultas. Es sabido que para la mejora continua de la calidad asistencial se necesitan indicadores donde participen pacientes, profesionales y organización. La implicación de los profesionales en el diseño y desarrollo de estos indicadores ayuda a la aceptabilidad y a realizar los cambios que se determinen⁷⁴. Sin embargo los cuadros de mando sustentados por esos indicadores no dejan de ser una aproximación imperfecta de la realidad⁷⁵ utilizados a veces peligrosamente por algunos gestores sanitarios que los elevan a la categoría de “la buena o la mala praxis”.

En la última década pre pandémica se detectó una tendencia a la sobreproducción de indicadores donde muchas páginas web mostraban información contradictoria (algo inherente a la información sanitaria comparativa)⁷⁶. Se sabe que cuando existe gran cantidad de información se pueden generar elecciones de baja calidad por parte de los receptores de esos datos. La competencia por publicar más cantidad de indicadores genera el fenómeno conocido como *infoxicación* (la cantidad de información sobre un tema es tan grande, que resulta muy difícil de procesar y analizar). Esta una infoxicación es generada con el esfuerzo de los profesionales sanitarios en su trabajo diario y en muchos casos es de dudosa trascendencia para la tan nombrada “calidad asistencial” y para la ciudadanía, que apenas comprende qué hacen sus equipos de salud o qué objetivos consiguen sus profesionales con su trabajo⁷⁷.

En 2003, en España se sientan las bases para la creación del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP)⁷⁸ cuyo el objetivo es construir indicadores de calidad relevantes para el sector. Sus primeros datos publicados son de 2006 y en la actualidad se encuentran datos hasta el año 2021. También disponemos de la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP)⁷⁹ que recoge datos de una muestra aleatoria del 10% de las historias clínicas. Todos los datos publicados son cuantitativos y no disponemos de datos cualitativos. El objetivo es pasar de los datos de estructura, a los datos de resultados de salud de cada organización, centro o equipo. Todo ello expresado de forma comprensible y destacada para los profesionales y para la comunidad⁷⁷.

Uno de los primeros países en conseguir ese objetivo fue Canadá en 2008 con la creación del *Canadian Primary Care Sentinel Surveillance Network*⁸⁰, el primer sistema de vigilancia de enfermedades crónicas con los datos obtenidos de las historias clínicas electrónicas facilitadas por los médicos de familia canadienses.

En Catalunya disponemos de los informes y de los datos que aporta la “Central de Resultats”⁸¹ dentro del llamado “Observatori del Sistema de Salut de Catalunya”, uno de los ámbitos de actuación de la “Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS)” que pertenece al Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Creada en 2010 tiene como función fundamental reflejada en sus estatutos: *“Definir, de acuerdo con las directrices del departamento competente en materia de salud, impulsar y desplegar la estrategia del sistema de información para el sistema sanitario que facilite a la Administración sanitaria la información necesaria para la toma de decisiones y para la evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria y gestionarla generando conocimiento del sistema(...)”*^{82,83}.

Desde 2011 se publican informes de los diferentes ámbitos sanitarios, entre los que destaca la actividad en Atención Primaria de Salud. En el informe de 2015, se refleja explícitamente dentro de la “opinión experta” la siguiente afirmación:

*“(...) Pero todavía nos falta conocer qué piensa el profesional, como está y cuál es su grado de motivación e implicación. La satisfacción profesional es la tercera gran fuente de información sanitaria que la Central de Resultats muy pronto tendrá que abordar.”*⁸⁴

1.1.1

Sistemas de información sanitaria: red de vigilancia epidemiológica y atención primaria

Desde principios del siglo XX, en España y en otros países europeos, algunas enfermedades infectocontagiosas estaban sometidas a vigilancia y se publicaban en boletines de seguimiento. Con los años aumentó el número de enfermedades que debían declararse, pero no fue hasta 1995 donde se crea por real decreto, la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

Esta red no era equiparable al sistema de notificación de enfermedades previo y entre las diversas fuentes de información utilizadas por la red, existía un subsistema: el conjunto de los *sistemas centinela* cuyo objetivo era aumentar el conocimiento sobre determinados problemas de salud. Estaba formado por un conjunto de médicos, por unos territorios centinelas y por las enfermedades relacionadas con un determinado riesgo para la salud⁸⁰.

Tras los inicios de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, distintos entornos de conocimiento reclamaban un plus, un sistema mixto de vigilancia que coordinase e integrase funcionalmente los servicios asistenciales y los servicios de salud pública, con fórmulas que garantizaran la participación efectiva de profesionales de atención primaria, con un sistema de incentivos que acabasen con el desinterés de los médicos⁸⁵, al estilo del sistema de vigilancia canadiense.

Al igual que en España, los sistemas de vigilancia canadienses proveían la información sobre la salud de sus ciudadanos a través de bases de datos nacionales: estadísticas de mortalidad, datos de altas hospitalarias, registros de enfermedades específicas o encuestas nacionales de salud de la población. Sin embargo, se sabe que no todas las condiciones de salud conducen a la muerte o provocan ingresos. Para obtener una imagen más completa de la salud de la población, se necesitaba información verificada clínicamente y recopilada directamente por los profesionales sanitarios, especialmente de las consultas de los médicos de familia canadienses. Coincidiendo con la informatización de los sistemas sanitarios y los registros médicos electrónicos de principios del siglo XXI, la agencia de salud pública canadiense en 2008 publicó una solicitud de propuestas para un sistema centinela de vigilancia de enfermedades crónicas (enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, salud mental, artritis y diabetes) todas ellas controladas en atención primaria. La sociedad canadiense de médicos de familia junto con varias universidades, recogen el guante de la solicitud de la agencia de salud pública y se organizan de forma global para crear el *Canadian Primary Care Sentinel Surveillance Network*⁸⁰. Empezaron menos de 200 médicos centinelas y en la actualidad participan 1500.

Sin embargo, la red centinela más antigua de toda Europa lo forma el centro de investigación y vigilancia *Research and Surveillance Centre del Royal College of General Practitioners* (RCGP-RSC) de Gran Bretaña, creado en 1957. Desde entonces analizan datos demográficos de la población inglesa respecto a la prevalencia, a la gestión de diferentes enfermedades crónicas⁸⁶, a la prescripción terapéutica, a las vacunaciones y a otras muchas variables de interés que se suceden en las consultas de los 2000 médicos de familia participantes.

1.12

Vigilancia epidemiológica: Los sitios centinelas y su representatividad

Los médicos participantes de los sistemas centinela pueden variar su participación en determinados momentos, ya que a lo largo del tiempo su actividad puede verse condicionada por diferentes acontecimientos vitales, como cualquier profesional. Según la magnitud de los mismos, el desarrollo de la vigilancia podría verse comprometida y ser cuestionada su representatividad, e incluso uno de los centros más importantes del mundo como el RCGP-RSC, publicó algún resultado en ese sentido⁸⁷.

La vigilancia epidemiológica tiene como objetivo buscar la presencia de cambios en las condiciones de vida que pueden modificar la salud de los individuos, así como anticiparse a esos cambios para actuar en el corto plazo. Como describía el epistemólogo Juan Samaja:

“La vigilancia epidemiológica es más un instrumento de la exploración y monitoreo para la acción, que un instrumento del conocimiento científico con propósito de descripción o de construcción de una teoría (total o parcial)”⁸⁸.

A diferencia de los modelos de vigilancia epidemiológica sobre grandes universos, donde se consigue la representatividad estadística mediante muestras aleatorias, para estudiar el caso que nos ocupa (el universo de los médicos de familia de un territorio concreto) la situación sería muy distinta:

1. Se dispondría de un conocimiento rico de la estructura poblacional de los médicos de familia y de las diferencias y atributos que condicionan su praxis médica.
2. No se buscaría el conocimiento de grandes cantidades de datos, sino alteraciones en el comportamiento que puedan indicarnos alteraciones inminentes y así generar alertas que supongan intervenciones o nuevos estudios que eviten el daño en esa población.

Una población centinela de médicos de familia compartiría identidad tipológica (las mismas variables estructurales). También compartiría un territorio, una dinámica comunicacional específica e interactuaría en procesos decisorios. Un modelo de vigilancia epidemiológica en este entorno necesariamente desplegaría acciones para promover el desarrollo de la conciencia sanitaria/profesional de ese colectivo y de la protección del entorno de esa población centinela.

1.13

Carga de trabajo del médico de familia

Desde hace décadas, sociedades científicas, universidades y otras instituciones gubernamentales han manifestado interés por cuantificar la carga laboral de los médicos de familia, la satisfacción profesional, la estructura organizativa, los servicios prestados, o el estado emocional de sus trabajadores.

En junio de 2019, se creó el primer Observatorio de Carga de Trabajo en Atención Primaria⁸⁹ de Europa. El *National Health Service* (NHS) inglés ha proporcionado financiación para que el centro de investigación y vigilancia del *Royal College of General Practitioners* que colabora con la *University of Oxford*, la *Surrey Heartlands Health & Care Partnership* y con la *University of Surrey*, trabajen en colaboración para desarrollar dicho observatorio. El objetivo del proyecto era proporcionar, casi en tiempo real, datos concretos sobre los niveles de carga de trabajo y de complejidad de los casos que se atienden en medicina de familia para disponer de información fidedigna que influya en la estrategia nacional de salud del país. Existen desde 2019 gráficas que expresan en tasa por 10 mil habitantes, el número de visitas y la tipología (eConsulta, telefónicas, presenciales y administrativas) por médico y por enfermera relacionados con la estacionalidad de las enfermedades invernales más frecuentes.

Existen otros estudios en las islas británicas, que realizan encuestas de actividad asistencial sistemáticas, con la misma intención de diseñar acciones que permitan atender mejor en un futuro a la población y cubrir las necesidades de sus profesionales.^{90,91,92}

Ya en 2010, la Comisión Europea había apoyado la financiación del estudio QUALIPOPC (*Quality and Costs of Primary Care in Europe*) con un presupuesto de ejecución superior a 2 millones de euros⁹³ y cuyo objetivo fue evaluar la calidad, la equidad y los costes de la atención primaria de los servicios sanitarios de 31 países europeos además de Australia, Canadá y Nueva Zelanda. Se ejecutó entre 2011 y 2013⁹⁴. Un total de 7.183 médicos y más de 60 mil pacientes contestaron una encuesta sobre su experiencia asistencial. En España participaron 428 médicos de familia, con una jornada asistencial semanal promedio de 35,8 horas (± 4.3 DE), una duración media de 8,5 minutos por visita (± 4.5 DE) obteniendo la peor

satisfacción laboral de los 34 países participantes junto a Hungría. Una de las conclusiones del estudio fue que cuanto mayor satisfacción laboral presentaban los médicos, mejores experiencias asistenciales declaraban los pacientes, pero también que cuando los médicos trabajaban más horas y dedicaban más tiempo a las consultas, los pacientes también lo valoraban positivamente.

En la actualidad los médicos de familia del sistema público español realizan una jornada laboral que oscila entre las 35 y 37,5 horas semanales dependiendo de la comunidad autónoma donde se realice la actividad laboral, que pueden ser en turnos de mañana, de tarde o una combinación de ambos, como en Catalunya.

El estudio QUALIPOPC de 2011 permitió compararse con otro similar realizado en 1993 con 31 países europeos, más el estado de Israel^{95,96}. En ese salto temporal de casi 20 años se visualizó un envejecimiento médico evidente, una feminización de la profesión, un aumento de las horas de trabajo y de las visitas presenciales, especialmente en zonas rurales. No se constató una variación significativa respecto a la satisfacción laboral (basándose en dos preguntas que se repitieron en ambos estudios).

La carga de trabajo junto a la insatisfacción laboral, el estrés laboral y la conciliación de la vida laboral y familiar son los cuatro factores más importantes que llevan a un médico de familia a abandonar su profesión. Así se desprende del estudio inglés publicado antes de la pandemia de una encuesta realizada en el suroeste de Inglaterra, con más de dos mil encuestas contestadas. El 37% de los encuestados presentaban una alta probabilidad de abandono, el 36% de interrumpir su carrera profesional o el 57% de reducir la jornada laboral en los siguientes 5 años. Los consultorios con mayor riesgo de escasez de personal eran los que tenían listados con más pacientes, los que tenían más enfermeras en relación a los médicos, los que atendían a poblaciones más desfavorecidas y jóvenes, o los que estaban peor valorados por los pacientes⁹⁷.

En la última encuesta anual (tercera) sobre el sentimiento de los médicos (*Physician Sentiment Survey* -PSS-) publicada a principios del año 2024 y realizada a más de mil médicos norteamericanos (médicos de atención primaria y otras especialidades), el 93% expresaron sentirse agotados de manera habitual y reflejaron que trabajan un promedio de 15 horas por semana fuera de su horario habitual (llamado tiempo de pijama). El 56% había considerado dejar la medicina o permanecer en el ámbito médico pero no atender más pacientes⁹⁸. Hay que tener cuenta que la mayoría trabajan en sistemas privados de prestación de servicios y disponen de los mayores sueldos del mundo. El sueldo medio de un médico de familia en Estados Unidos era de 267.398€ por año en 2023⁹⁹.

1.14

Continuidad asistencial, conciliación familiar y satisfacción del paciente

Esta constatación del aumento progresivo de las horas de trabajo y del número de visitas presenciales en las últimas décadas no es nueva, pero no es igual para todos los profesionales. Como demuestran múltiples estudios, las médicas y los médicos jóvenes trabajan menos horas que los más mayores, sobre todo respecto a los que superan los 50 a 60 años y las mujeres trabajan significativamente menos horas que los hombres^{100,101,102}. Se trata de una situación a tener en cuenta, ligada al concepto de conciliación de vida laboral y familiar y de un cambio de prioridades vitales. A medida que vayan produciéndose jubilaciones, el impacto asistencial será aún mayor. Se calcula que una disminución de un 10% de horas trabajadas aumenta un 12% el tiempo medio de espera¹⁰³. En el caso de que el profesional sea mujer implica a veces la necesidad de un empleo más flexible y a tiempo parcial, buscan reducir la jornada laboral para lograr un equilibrio entre la vida profesional y la personal, debido a otras responsabilidades de cuidado del entorno familiar no remuneradas¹⁰⁴.

Esta disminución condiciona la accesibilidad y la continuidad asistencial, pero no significa que la atención vivida por el paciente sea peor. Se puede ofrecer un mejor trato en la visita al paciente y éste quedar más satisfecho¹⁰⁵. Cuando un médico de familia dedica más horas a la semana que otro que trabaja con jornada reducida, mejora la experiencia de la continuidad asistencial pero le supone un coste personal y laboral considerable¹⁰⁶.

La satisfacción de los usuarios también está condicionada por el tiempo de consulta y la relación médico paciente. La presión asistencial por falta de tiempo en las consultas empieza a ser preocupante especialmente entre los médicos con mayor número de pacientes con patología psicosocial y complejidad¹⁰⁷. A medida que aumenta la carga de trabajo, disminuye el tiempo dedicado a cada consulta^{107,108}. Esta situación provoca que las visitas sean más cortas y de menor calidad, profundizándose menos en lo que realmente preocupa a los pacientes. Los determinantes psicosociales no se suelen abordar porque consumen mucho tiempo, lo que conlleva a una insatisfacción en el paciente y a un aumento considerable del uso de los servicios de urgencias¹⁰⁹.

Entre los diferentes factores que influyen en el aumento de la duración de la consulta médica se encuentran el presentar mayor número de motivos de consulta, ejercer la profesión en entorno urbano, la edad del paciente, el foco que el médico ponga en la problemática psicosocial que explique el paciente, en el género del paciente (ser mujer en las visitas de medicina y ser hombre en las visitas de enfermería), ser médico en formación, el tipo de consulta (telefónica más corta que presencial) y en el género del profesional (ser mujer)^{97,110,111}. En un estudio estadounidense publicado en 2020, sobre 24 millones de visitas médicas, 8 millones de pacientes de 50 estados y más de 8 mil médicos (el 5% de los médicos norteamericanos), los hombres cobraban un 11% más que las mujeres trabajando el mismo

tiempo. Esto se debía a que las médicas generaban menos ingresos por visita debido a un menor volumen de visitas, pero dedicaban más tiempo a la atención directa del paciente por visita, por día y por año¹¹². Las mujeres médicas reciben más motivos de consulta por parte de los pacientes¹¹³. En países como Irlanda y España además se responsabilizan de la mayoría del trabajo doméstico y realizan un mayor esfuerzo global, por lo que el trabajo asistencial de las mujeres genera mayores interferencias en la familia que para los hombres^{114,104}. En Brasil ellas tienen más carga de trabajo en sus centros, en su entorno doméstico y presentan más episodios de depresión y trastornos de ansiedad en comparación con los varones¹¹⁵. Todo lo anterior contribuye a aumentar el riesgo de agotamiento de las mujeres respecto a sus homólogos masculinos.

Independientemente del entorno laboral, la falta de tiempo asistencial continuado deteriora la satisfacción laboral y potencia las ganas de cambiar de lugar de trabajo por parte del profesional¹¹⁶. Sin embargo, sabemos que la mejora de los resultados en salud se relaciona con la continuidad asistencial (longitudinalidad), el tiempo de consulta, la relación médico-paciente y la realización de actividades preventivas^{5,117}. En la actualidad conseguir equilibrar las necesidades y demandas de unos y de otros para conseguir los mejores resultados en salud, representa un enorme reto.

1.15

Incógnitas sobre el futuro de la especialidad

En el año 2022, por primera vez en la historia española de la asignación de plazas de médico interno residente (MIR), 218 resultaron vacantes, 71 de ellas en Catalunya (a pesar del plus salarial del primer año de residencia a los futuros especialista y que otorgaba el gobierno catalán con la finalidad de retener talento). En 2023 y 2024 sigue sucediendo lo mismo. **¿Significa que la especialidad de medicina familiar y comunitaria tiene los días contados? ¿Están los médicos agotados? ¿Cómo se desarrolla su jornada laboral? ¿Qué dificultades encuentran en sus consultas? ¿Qué factores les hace ser más resilientes?**

Por suerte, en junio de 2025, no han quedado plazas vacantes. **¿Estamos revirtiendo la situación?**

Hipótesis

Las dificultades para cubrir las plazas de la especialidad de medicina de familia, la reducción de las horas laborales de dedicación, la fuga de profesionales a otras especialidades o entornos laborales (como los sistemas de urgencias) está impactando en la dinámica asistencial de muchos centros de salud.

La presentación pública de resultados sanitarios, en un formato comprensible y de forma comparativa, mejora el conocimiento que se necesita para tomar decisiones, por parte de instituciones, pacientes y profesionales.

Disponemos de indicadores para saber cómo son y cómo valoran el sistema de salud nuestros pacientes, así como indicadores automatizados que ayudan a interpretar cómo trabajan los profesionales, pero no disponemos de información sobre los profesionales, cómo están, qué piensan, ni cómo desarrollan ni cómo afrontan los problemas de la consulta diaria. A partir de aquí se plantean las siguientes hipótesis:

1. Explicar una realidad invisible al público, sobre lo que sucede en las consultas médicas de los equipos de atención primaria con datos que sólo el profesional puede recoger, podría servir para fomentar cambios que mejoren la satisfacción y el bienestar profesional y así hacer más atractiva la especialidad de medicina familiar y comunitaria.
2. Registrar determinados parámetros de la consulta desde antes y después del paso de la pandemia por COVID-19, podría ayudar a visualizar cómo se ha transformado la vivencia asistencial del médico de familia en estos últimos 5 años y corregir los impactos negativos.

3

Objetivos

3.1

Objetivo principal

Conocer cómo ha cambiado la consulta del médico de familia tras el paso de la pandemia por COVID-19 desde el año 2019 al año 2023 y valorar su estado emocional.

3.2

Objetivos secundarios

1. Conocer la carga laboral del año 2019, del 2021, y del 2023 a través del registro de:
 - a) Número de visitas, tipos y motivos de consulta.
 - b) Adecuación de las visitas.
 - c) Complejidad médica de las visitas.
 - d) Resolución de las visitas.
 - e) Relevancia médica de las visitas
 - f) Tiempo de descanso por jornada laboral del médico de familia.
 - g) Fatiga al final de la jornada laboral.
 - h) Proactividad profesional.
2. Conocer el *burnout* de un grupo de médicos de familia (los médicos centinela) durante los años del estudio.
3. Conocer si el *burnout* afecta en el trabajo asistencial.
4. Conocer la resiliencia de los médicos centinelas durante el año 2023 y su relación con el *burnout*.

4

Material y métodos

4.1

Diseño del estudio

Estudio transversal, descriptivo, multicéntrico y seriado. Se puede apreciar el diseño esquemático y simplificado en la **figura 1**. Hay que tener en cuenta las variaciones del año 2023.

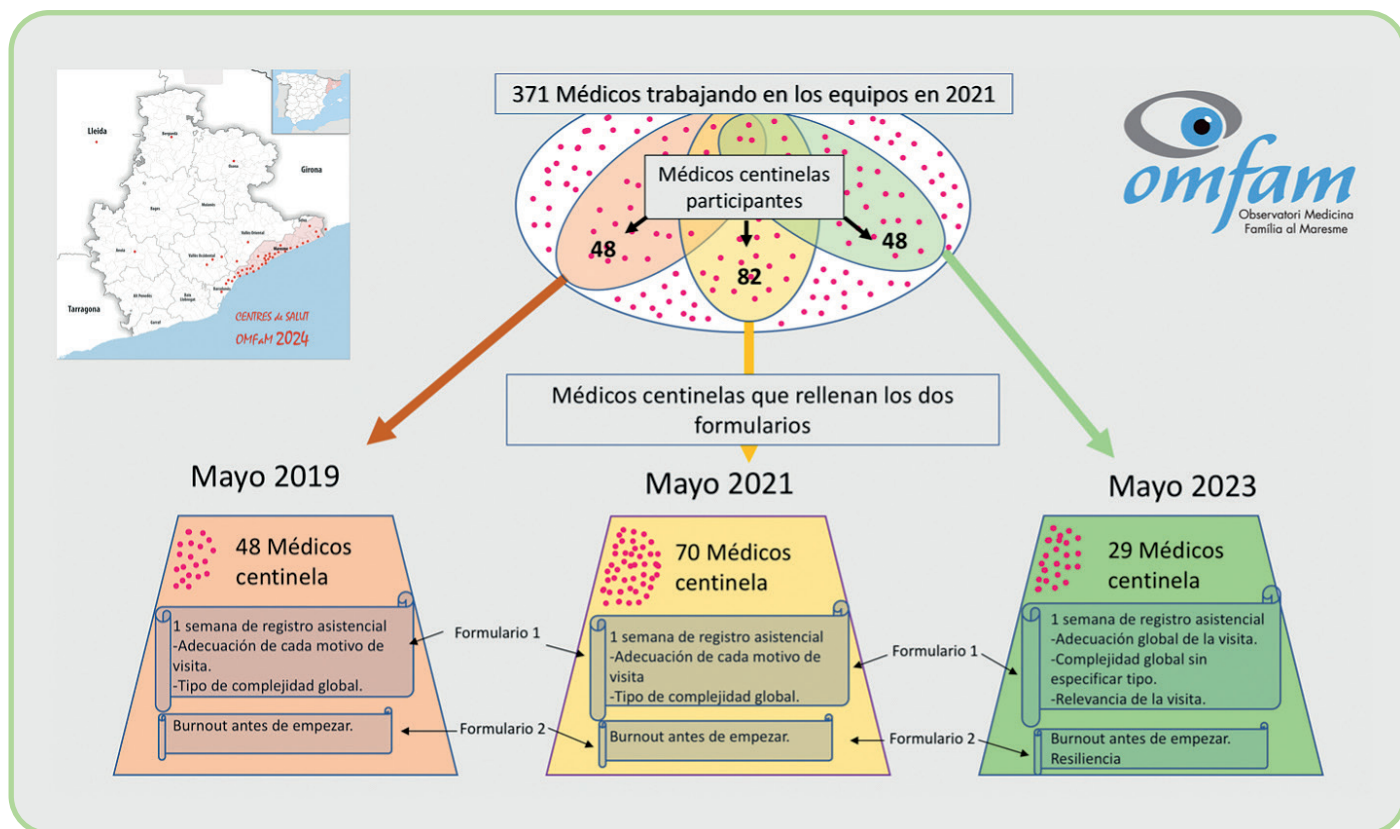


Figura 1 | Esquema del diseño del estudio simplificado.

4.2

Observatorio de Medicina de Familia en el Maresme: OMFaM

La comarca del Maresme, en la provincia de Barcelona, abarca desde el pueblo de Montgat hasta Palafolls. Tiene una población de más de 400.000 personas, con 30 municipios. En su capital, Mataró, viven 124.000 habitantes atendidos por 7 centros de asistencia primaria. En la comarca se encuentran dos hospitales de segundo nivel asistencial, el de Mataró y el de Calella. La complejidad de tercer nivel se asiste en el Hospital Germans Trias i Pujol, en Badalona, ya fuera de la propia comarca del Maresme. Los servicios sanitarios están gestionados por cuatro empresas públicas. El mayor proveedor es el Institut Català de la Salut (ICS) con 27 centros de atención primaria. Le sigue el Consorci Sanitari del Maresme (CSdM) con 4 centros y el hospital de Mataró, la Corporació de Salut del Maresme i la Selva (CSMS) con 3 centros y el hospital de Calella y por último, está Badalona Serveis Assistencials (BSA) con dos centros de atención primaria (su hospital, el municipal de Badalona no está ubicado en la comarca del Maresme).

En octubre de 2016 un grupo de médicos asistenciales de la comarca del Maresme, nos reunimos para crear un equipo de investigación llamado “Observatorio de la Medicina de Familia al Maresme (OMFaM)”. Siguiendo el modelo de vigilancia epidemiológica nos propusimos observar lo que sucedía en las consultas de medicina de los centros de salud mediante la recogida estandarizada de determinados aspectos de la práctica asistencial.

Para recoger esta información fue necesario crear la figura del llamado “médico centinela”. Se entiende por médico centinela aquellos que de forma voluntaria y sin recibir contraprestación económica, de forma periódica, recogen información aparte de lo que registran los sistemas de información tradicionales. Estos médicos monitorean periódicamente aspectos de la consulta que sólo el profesional que lo realiza puede aportar^{118,119,120}.

A los médicos que realizan el registro se les considera médicos centinela, participan de forma voluntaria y no reciben contraprestación económica. Cincuenta y cinco médicos centinelas de 17 equipos de la comarca iniciaron sus primeros registros en año 2017. Con el paso del tiempo el número centros y sus participantes ha ido en aumento, superando los 100 médicos centinela y los límites de la comarca del Maresme (**figura 2** y **tabla 1**).



Figura 2 | Centros participantes del Observatorio de Medicina de Familia del Maresme a principios de 2024. A partir del año 2019 se añadieron también centros de otras comarcas adyacentes (ver **tabla 1**).

Tabla 1 | Evolución de la participación de los centros de salud desde el inicio del Observatorio así como el número de médicos centinelas de cada centro y periodo

	CENTROS	2017	2019	2021	2022	2023	2024
1	Mataró-1 La Riera (ICS)	3	5	5	6	5	6
2	Mataró-2 Centre (CSM)	4	4	2	3	3	3
3	Mataró-3 Rocafonda (ICS)	6	7	5	4	7	6
4	Mataró-4 Cirera Molins(CSM)	2	1	2	2	1	2
5	Mataró-5 Rda Cerdanya (ICS)	4	3	4	5	5	4
6	Mataró-6 Gatassa (ICS)	7	6	4	3	4	3
7	Mataró-7 Rda Prim (ICS)	5	5	8	8	5	5
8	Arenys Mar/Munt (ICS)	3	3	4	5	4	4
9	Argentona (CSM)	2	2	3	3	3	3
10	Premià (ICS)	4	2	2	3	3	3
11	Llavaneres (ICS)	3	3	3	4	5	5
12	Vilassar de Dalt (ICS)	2	2	0	0	1	1
13	Vilassar de Mar (ICS)	2	2	5	6	6	7
14	Ocata-Teià (ICS)	2	5	5	5	6	6
15	El Masnou (ICS)	2	1	1	2	1	3
16	Calella (CSMS)	2	4	3	4	4	4
17	Malgrat de Mar (CSMS)	2	1	1	1	1	1
18	Berga (ICS)		3	3	3	2	3
19	Canet de Mar/St Pol (ICS)		3	3	4	4	4
20	Montgat-Tiana (BSA)		3	3	3	3	3
21	Pineda (ICS)		1	1	1	1	2
22	Blanes / Tordera (ICS)		4	3	4	5	5
23	Vall de Tenes (ICS)		1	2	2	2	2
24	St Adrià de Besòs (ICS)			1	1	0	0
25	St Quirze de Besora (ICS)			1	1	1	1
26	Gòtic (ICS)			6	6	4	4
27	Parets del Vallès (ICS)			2	2	2	2

continúa

Tabla 1 | Evolución de la participación de los centros de salud desde el inicio del Observatorio así como el número de médicos centinelas de cada centro y periodo

	CENTROS	2017	2019	2021	2022	2023	2024
28	LLefià (ICS)				1	1	2
29	Creualta (Vallès Or)					1	1
30	Serraparera (Vallès Oc)					1	1
31	Morera- Pomar (BSA)					1	1
32	11 de Setembre (ICS)					1	1
33	Besòs (ICS)					1	0
34	Sant Quirze del Vallès (ICS)					1	1
35	Sarrià de Ter (ICS)					1	1
36	Igualada Urbà (ICS)					1	1
37	St Celoni (ICS)					1	1
38	Santa Eugènia de Berga (ICS)					1	1
	Total	55	71	82	92	99	103

Este grupo de investigación se organiza con un grupo “motor”, formado por menos de diez médicos centinela que propone las observaciones para el año siguiente, una vez recibidas las ideas del resto de miembros del grupo, que pueden llegar por correo electrónico o por las reuniones anuales que se realizan en primavera y a las que además se invita a expertos en los temas que se debaten. La metodología de esta tesis se basa en la metodología que utiliza el Observatorio de Medicina de Familia, basado en una red de vigilancia epidemiológica.

4.3

Población de estudio

Médicos de los equipos de atención primaria que trabajan para las instituciones sanitarias proveedoras de servicio sanitario en las comarcas antes descritas: Institut Català de la Salut (ICS), Consorci Sanitari del Maresme (CSdM), Corporació de Salut del Maresme i la Selva (CSMS) y Badalona Serveis Assistencials (BSA). La participación es voluntaria, sin ninguna remuneración económica, y pueden dejar de participar cuando quieran.

4.4

Centros participantes

Actualmente son más de 100 profesionales y 38 equipos de atención primaria, algunos con consultorios locales. (**tabla 1** y **figura 1**).

4.5

Criterios de inclusión

Médicos de familia de los centros participantes con población asignada que quisieran participar de forma voluntaria en el estudio (**tabla 2**).

Tabla 2 | Criterios de inclusión para ser médico centinela

- Médico asistencial adscrito a un centro de atención primaria en situación de eventual renovable, interinidad, laboral indefinido o fijo.
- Tener población asignada como mínimo un año previo al estudio.
- Hasta el año 2019, pertenecer o haber pertenecido a un centro de salud de la comarca del Maresme. Con posterioridad a 2019, cualquier de equipo de Cataluña que manifieste interés por colaborar puede adherirse.
- Firmar compromiso de participación (**anexo 1**).

4.6

Criterios de exclusión

Médicos de familia sin población asignada o médicos sin continuidad en el centro de salud (**tabla 3**).

Tabla 3 | Criterios de exclusión para ser médico centinela

- Médicos sin población asignada.
- Contrato eventual no renovable.
- Categorías profesionales no médicas.
- Negación para aceptar el compromiso de participación.

4.7

Selección de la muestra

Con un modelo basado en los sistemas centinela de la vigilancia epidemiológica clásica pero con un enfoque cualitativo¹²¹, el objetivo fue conseguir un mínimo de dos participantes por centro. Se solicitó la colaboración a través directores de equipo y de los correos electrónicos institucionales.

Se realizaron reuniones con el equipo médico en todos los centros participantes, explicando el proyecto e invitando a los asistentes a participar. Los centros de salud, a través de sus direcciones, se adhirieron de manera voluntaria junto con sus médicos centinela.

4.8

Observaciones y mediciones

Se crearon dos formularios. El formulario 1 (**anexo 2**) hace referencia a información sobre el profesional. Se realiza fuera de la consulta antes de la recogida de datos asistenciales, y siempre en los plazos que marca el equipo investigador (incluye cuestionarios que evalúan la resiliencia y el *burnout*). El formulario 2 (**anexo 3**) recoge las variables del acto asistencial realizadas durante la consulta médica (unas al empezar y al finalizar la jornada, y otras al finalizar cada visita. Las variables de ambos formularios se detallan a continuación en las **tablas 4, 5 y 6**.

La recogida de la información para los médicos centinela se llevó a cabo en períodos de una semana de duración (semana completa). La semana elegida fue una en el mes de mayo de 2019, otra de mayo de 2021 y otra mayo de 2023.

Los formularios de 2019 y 2021 fueron exactamente los mismos (**anexo 3**) pero el de 2023 sufrió modificaciones (**anexo 4**): En el formulario 1 del año 2023 se introdujo, además del *burnout*, el test de resiliencia. En el formulario 2, la proactividad médica no se analizó, la variable “complejidad” se registró de forma global (SI/NO) al finalizar la visita, sin detallar el tipo de complejidad; la variable “adecuación” también se simplificó de forma global a la visita (SI/NO) en lugar de por cada motivo de consulta y se introdujo una nueva variable llamada “relevancia” de la visita. No podíamos incrementar los registros de nuevos conceptos (relevancia y resiliencia) sin disminuir o simplificar otras variables, para no perder la adherencia de los médicos centinelas en el proyecto, ya que cada línea de registro tras cada visita realizada supone un tiempo “extra” de la consulta diaria.

Tabla 4 | Variables referentes a las características del médico centinela

- **Código de centinela:** El asignado a cada investigador, es único e intransferible y no se podrá asignar nunca a otro investigador en el futuro.
- **Variables sociodemográficas:** edad, género, año de licenciatura, antigüedad en el puesto de trabajo, especialidad MIR, tener hijos.
- **Variables del entorno laboral:** Centro de trabajo e institución para la que presta servicios, tipo de contratación (fijo, eventual, laboral o indefinido), tipología del centro de salud (rural, semirural o urbano), centro docente, consultorio o área básica y población asignada.
- **Variables de la esfera emocional:**
 - Instrumento para describir el *burnout*: *Maslach Burnout Inventory* (MBI)³⁴. (**Anexo 6**).
 - Instrumento para conocer el nivel de resiliencia profesional: Escala CD-RISC 101²². Sólo en el año 2023 (**Anexo 8**).

Tabla 5 | Variables referentes al acto asistencial realizadas CON los pacientes de forma simultánea**Observación 1 · Número y tipo de visitas realizadas**

- **Visitas presenciales:** Citas previas, citas espontáneas o citas urgentes. Cualquier tipo de visita con el usuario en la consulta delante del médico.
- **Consultas telefónicas:** Cualquier interacción con el paciente vía telefónica.
- **Visitas domiciliarias.** Cuando hemos visitado presencialmente al paciente en su domicilio.
- **No presenciales:** Cualquier gestión con el paciente o con su historia clínica que no represente contacto presencial o telefónico o domiciliario, independientemente de la nomenclatura que utilice la institución para agendarla, excepto la comunicación por la plataforma eConsulta, que se realizará en un registro específico.
- **eConsulta:** Cuando utilizamos la plataforma específica de comunicación.
- **Validación de medicación:** El acto de revisar y validar la medicación que el profesional de enfermería envía a través del aplicativo e-cap, y que una vez realizado, se refleja en el listado como VV. No se realiza otra gestión (comentar el caso con enfermería, revisar la historia clínica o visitar al paciente) si se hiciese sería visita no presencial además de la validación médica.
- **VídeoConsulta.** Cuando utilizamos este modo de comunicación mediante audio y vídeo desde el aplicativo de la consulta.

Observación 2 · Número TOTAL de motivos atendidos

Los generados por el paciente (2019, 2021 y 2023) y por el profesional (2019 y 2021)

Cuantificación de la policonsulta. La casilla se divide en dos. En la parte superior se registra el número total de los motivos de consulta que suceden durante la visita. En la parte inferior, la proactividad del profesional (actividades generadas por el médico, no solicitadas por el paciente).

Observación 3 · Categorización del motivo de consulta (años 2019 y 2021)

Describir un máximo de 3 motivos por usuario y visita. Si son más de 3 se hacen constar en el número total de demandas del apartado anterior), pero sólo se categorizan como máximo 3.

- **Patología física aguda:** Consultes por patología somática aguda o primera consulta de un motivo de consulta físico subagudo o antiguo nunca consultado.
- **Patología física crónica:** Seguimiento crónico de patología somática. Visita de control por enfermedad somática, visita de conciliación posterior a una visita especializada hospitalaria, agudización de pluripatología, resultados de pruebas relacionadas con el seguimiento de problemas de salud crónicos.
- **Patología psíquica o emocional o psicosocial.**
- **Gestión administrativo-sanitaria o consejo de salud:** Solicitud de informes, generación de bajas (IT), partes de confirmación de baja, renovación de receta electrónica, demanda de revisión de salud o consejos de salud, gestiones de residencias.

Observación 4 · Adecuación de los motivos de visita

Se trata de una valoración subjetiva donde el contenido del motivo de la consulta precisa nuestra intervención como médicos de familia porque proporcionamos un valor añadido que otro profesional no puede dar.

Se considerará consulta inadecuada toda actividad que la pudiese haber resuelto cualquier otro profesional del equipo o de fuera de él (acción administrativa, de enfermería, o realizar una receta hospitalaria o una derivación entre servicios).

- **Si /No** (de hasta 3 motivos por usuario y visita).

continúa

Tabla 5 | Variables referentes al acto asistencial realizadas CON los pacientes de forma simultánea**Observación 5 • Resolución de la visita**

- Resolución entendida desde el punto de vista asistencial de la medicina de familia, sabiendo que los problemas crónicos no se resuelven, se gestionan.
- Se observará la resolución de cada motivo de consulta con un máximo de 3.
- **Resuelto.** Consideramos que no ha de venir más por el motivo que consulta.
- **Seguimiento en el centro de salud.** Solicitud de exploraciones complementarias, visita programada de control con el mismo profesional o por otro profesional del centro (incluye enfermería, trabajo social, etc).
- **Derivación a otro nivel asistencial,** que no depende jerárquicamente de la estructura asistencial del centro de salud.

Observación 6 • Valoración de la complejidad de la visita y el tiempo asignado

Se pretenden registrar aquellas visitas que nos saquen del automatismo asistencial y no podamos resolver con facilidad (ya sea por motivos internos (personales) o externos (ambientales) en el tiempo asignado de visita.

Complejidad: Valoración subjetiva de la dificultad para resolver la visita en su globalidad. Como por ejemplo la dificultad del manejo de una patología por falta de conocimientos, o por la dificultad de comunicación (idioma), o por múltiples motivos de consulta (interrupciones, problemas informáticos, etc.). En todos los casos, **consideramos una visita compleja cuando no hemos podido resolverla con el tiempo asignado en la agenda para ello.**

Si la consulta resulta valorada como compleja la intentaremos clasificar en 6 categorías (sólo en 2019 y 2021):

- Complejidad per problema **clínico.**
- Complejidad por problema **comunicacional / idiomático.**
- Complejidad por carga **emocional.**
- Complejidad por gestión de **policonsulta.**
- Complejidad por **interrupciones** de cualquier tipo que interfieran significativamente la visita médica.
- Complejidad por problemática **social.**
- Consulta **NO compleja:** No nos ha representado un esfuerzo especial resolver las demandas del paciente en su conjunto y se ha resuelto en el tiempo predeterminado en la agenda de trabajo.

Observación 7 • Valoración de la relevancia de la visita (Anexo 4)

(Sólo en 2023, en lugar de los tipos de complejidad anteriores)

Relevancia clínica: El resultado de la visita ha aportado un determinado valor al conocimiento del estado de salud y social del paciente, al proceso diagnóstico o al control de sus enfermedades. Según el criterio subjetivo del profesional y teniendo en cuenta la definición anterior, la visita se clasificará en:

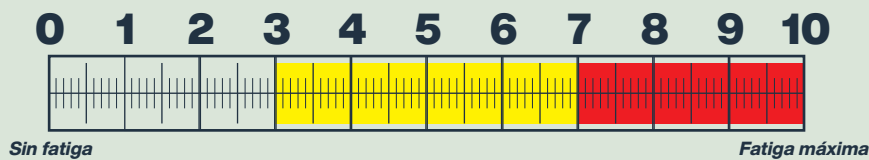
- Irrelevante o sin relevancia alguna.
- Un poco relevante.
- Bastante relevante.
- Muy relevante.
- Imprescindible.

Tabla 6 | Variables referentes a la jornada asistencial en su conjunto, realizadas SIN los pacientes. Datos generales de la jornada

- **Fecha:** Día exacto de recogida de datos.
- **Tipo de jornada:**
 - Ordinaria (jornada habitual).
 - Doblaje (jornada habitual + jornada extra).
 - Urgencias generales del centro.
 - Urgencias COVID o respiratorio.
- **Mixta:** La combinación de cualquiera de las anteriores.
- **Turno:** Mañana (8-15h), tarde (14-20h), otros: especificar horario.

Observación 8 · Percepción de fatiga al principio y al final de la jornada

Puntuación marcando en la gráfica entre 0 y 10.



- **Fatiga al inicio de la consulta:** Marcar en la gráfica, de menos a más, la fatiga percibida antes de inicio de la consulta o de la actividad asistencial.
- **Fatiga al final de la consulta:** Marcar en la gráfica, de menos a más, la fatiga percibida al final de la jornada asistencial.

Observación 9 · Tiempo de retraso asistencial

Medir el tiempo (en minutos) a las 5 horas de iniciada la consulta presencial, anotando la diferencia entre la hora programada de la visita y la hora real de realización de la misma.

Observación 10 · Tiempo de descanso real en la jornada

Tiempo (en minutos) que hemos parado la consulta durante la jornada laboral para beber o comer algo, necesidades fisiológicas, descansar, etc. Tiempo de cualquier actividad que no tenga que ver con el trabajo.

Observación 11 · Incidencias relevantes

Se considera una incidencia relevante, la situación que se ha producido durante el transcurso de la jornada y que provoca un retraso asistencial significativo o una situación excepcional de estrés laboral.

- **Ninguna incidencia** relevante.
- **Emergencia:** Cualquier atención sanitaria de gravedad que haya supuesto un retraso considerable en la agenda.
- **Informática:** Problemas informáticos que afecten el normal desarrollo de la actividad asistencial.
- **Organizativa:** Cualquier problema de personal o de organización del equipo que aquel día haya afectado gravemente al desarrollo normal de la consulta.
- **Otros** tipos de incidencia grave (especificar).

Observación 12 · Tiempo de actividad médica SIN registro en la historia clínica (MEAP)

(Sólo en 2019 y 2021)

El tiempo dedicado (valorado en minutos) sobre revisión de alertas analíticas, lectura de informes, lectura de ingresos, altas, retornos de derivaciones, revisión del self-audit farmacológico, revisión del estándar de calidad asistencial y/o de farmacia, no registrado.

4.9

Puesta en común Transmisión de conocimiento

Se crearon varios vídeos de consulta con pacientes simulados en diferentes situaciones, gracias a la colaboración voluntaria de profesionales de distintas categorías del EAP de Rocafonda, Mataró.

Al inicio del año 2019, antes de la recogida de datos, se realizaron reuniones con los médicos centinelas aceptados con el objetivo de poner en común la forma de registrar el documento facilitado y así disminuir la variabilidad entre los participantes tal y como se había hecho a principios de 2017 en los primeros registros del Observatorio.

En esas reuniones se proyectaron los vídeos entre los asistentes. Éstos sirvieron de ejemplo para rellenar la hoja de recogida de datos asistencial. Las dudas y mejoras propuestas por el auditorio fueron debatidas al finalizar las proyecciones. Se debatieron 6 situaciones clínicas por sesión. El máximo número participantes por sesión fue de 38 médicos. La recogida de datos asistenciales a través de los vídeos presentó una concordancia moderada, superior al 40% del índice Kappa (0,43 el que menos y 0,47 el que más).

Para los años 2021 y 2023, se creó la figura del referente centinela de cada equipo de salud, que fue el encargado de transmitir el conocimiento y la metodología de trabajo a los nuevos miembros de su equipo. En los nuevos equipos, los miembros del grupo motor a través del nuevo referente del equipo participante, explicaban personalmente la metodología del estudio.

Al mismo tiempo, cada año desde la primavera de 2018, se creó una jornada de trabajo para exponer los resultados, debatirlos, resolver dudas metodológicas entre los centinelas asistentes y determinar exploraciones futuras. La jornada de abril de 2024 fue la sexta llevada a cabo. Todos los centinelas están invitados, así como cualquier sanitario del territorio interesado en el tema. Se combina la exposición de resultados con la invitación de expertos en las materias de debate. La "Unitat de Suport a la Recerca" de la Gerència Metropolitana Nord del Institut Català de la Salut, la vocalía de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC) junto con la delegación del Maresme del Col·legi de Metges de Barcelona (COMB) y desde 2023 también la Filial del Maresme de la Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears son los *partners* que permiten el desarrollo de estas jornadas.

4.10

Método de recogida de datos

Dos meses antes de iniciar la recogida de datos del mes de mayo correspondiente, los médicos centinelas reciben diferentes recordatorios con los documentos en pdf que tendrán que rellenar. Son ellos los que deciden qué semana del mes de mayo les va mejor para conseguir reflejar los 5 días de la semana, de lunes a viernes sin repetir ninguno (evitando vacaciones o días de permiso). Lo primero que deben rellenar es el formulario número 1, donde se recoge el perfil demográfico del participante y su estado emocional (**anexo 2**). Este formulario es independiente del de la recogida de datos asistenciales. Puede ocurrir que algunos centinelas lo rellenen y luego por circunstancias imprevistas no puedan recoger los datos de la consulta. Por eso no siempre coinciden en número los cuestionarios primero y segundo, pudiendo tener centinelas que sólo hayan contestado a uno de los dos formularios solamente.

Con el formulario 2 (**anexos 3 y 4**), al empezar la jornada laboral, el médico rellena los campos previos a las visitas (fecha, código de centinela, fatiga inicial, etc.) Posteriormente, toda la actividad asistencial la registra una a una, no copiando la agenda de trabajo del centro de salud, si no registrando la actividad que va sucediendo a lo largo de la jornada. Por ejemplo, puede tener un listado con 25 visitas presenciales, pero antes de la primera visita le pasan una llamada, entonces registrará que la primera visita es una visita telefónica y rellenará todos los campos que se requieran y la siguiente será la primera de las presenciales si no le interrumpen o le pasan otra visita no agendada. Por tanto, el orden de la agenda programada, no coincidirá necesariamente con la actividad registrada. Se hace hincapié en que se registre tras la finalización de cada visita, para evitar olvidos posteriores. Por tanto, tras cada consulta médica, se necesitan unos segundos (menos de un minuto habitualmente) para rellenar el registro de esa visita. Para finalizar, cuando se acaba la jornada se rellenan todos los ítems que no están relacionados con las visitas en sí mismas (ver **anexo 3 y 4**).

Con los registros finalizados, el médico centinela los fotocopia (se guarda los originales) y envía una copia por correo interno, fax o mail al centro de referencia, donde después esa información será volcada en una base de datos para su posterior análisis estadístico. Es un proceso laborioso en general, pues el registro es manual y la introducción de los datos en la base de datos también lo es. La posibilidad de automatizarlo para evitar errores es difícil debido al tipo de información que se requiere. Si lo hiciera cada profesional al finalizar la jornada, llevaría tanto tiempo (30-40 min por jornada) que sería difícil conseguir colaboración.

Se creó un “Manual para el investigador” (**anexo 5**) para que cualquier duda estuviera resuelta al alcance del profesional, explicando con detalle las observaciones, así como los diferentes mecanismos para contactar con el equipo motor y formas de enviar la información recogida con teléfonos de contacto y dirección electrónica. Este manual del investigador tiene también la finalidad de que la recogida de información sea lo más homogénea posible entre los distintos médicos centinela.

4.11

Representatividad de los médicos centinela

Para conocer la representatividad de los médicos centinela respecto al global del colectivo médico de los centros participantes, en el año 2021 los médicos centinelas recogieron los datos del número total de médicos que trabajaban en su equipo, registrando la edad y el género.

Para saber si el estado emocional de los médicos centinelas era similar al del resto de compañeros del equipo médico, en los años 2019, 2021 y 2023, cada centinela contactó como mínimo con un homólogo suyo del mismo centro de salud para que realizase también el formulario 1 (datos demográficos y emocionales) (ver **anexo 2**).

4.12

Análisis estadístico

Para el análisis descriptivo, las variables continuas se expresaron en medias y desviaciones estándar ya que seguían una distribución normal, y las variables categóricas en frecuencias y porcentajes. En las comparaciones bivariadas de variables categóricas se utilizó la prueba de chi-cuadrado^{123,124} siempre y cuando no hubiera recuentos esperados inferiores 5, en cuyo caso se usó la prueba exacta de Fisher¹²⁵. Para evaluar la igualdad en distribución de variables continuas según variables categóricas (p. ej. Edad según año de estudio) se usó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis¹²⁶ (prueba de suma de rangos de Wilcoxon en el caso particular de dos categorías). Para evaluar el efecto de una variable continua sobre una variable dicotómica se usó el *Odds-Ratio* (OR) obtenido ajustando un modelo logístico, junto con la prueba de significación del coeficiente de la variable en el modelo¹²⁷.

Para evaluar el grado de dependencia entre dos variables continuas se usó el coeficiente de correlación de Pearson, junto con el test de independencia no-paramétrico Tau de Kendal¹²⁸. Se fijó un nivel de significación estadística 0.05.

Para medir los efectos de una variable, controlando al resto de variables, se utilizó un Modelo Logístico Mixto. Estos modelos se utilizan cuando tienes un *Outcome* 0/1, para estudiar que la probabilidad de que el *Outcome* sea 1 en relación al resto de variables. El efecto de una variable será válido independientemente del valor de las demás. Se llama Mixto porque tiene en cuenta que hay medidas repetidas (en el caso de este estudio, cada médico clasifica

muchas visitas. Un modelo logístico estándar trataría cada visita como si estuviera hecha por un médico diferente (como si las observaciones fueran independientes, cuando no lo son). Tampoco se trata de un modelo lineal.

No se utilizó ninguna técnica de imputación para tratar los datos que faltaban porque la carga de trabajo de los días laborables puede diferir drásticamente en sus características, dada nuestra experiencia. Los datos se analizaron con el paquete R versión 4.0.3 (*R development Core Team, GNU, GPL*) y Rstudio versión 1.3.1093 (*R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria*).

4.12.1

Consideraciones estadísticas

Aunque algunos de los resultados sean reveladores, un p-valor significativo (<0.05) en una comparación bivariada no debe interpretarse como una prueba de la relación causal entre dos variables en la población de estudio, por dos razones principales:

- a) El p-valor no tiene en cuenta posibles variables confusoras en la relación que se evalúa (aparte del tipo de visita y el tipo de jornada que sí que se controlan en algunos casos).
- b) Debido al carácter exploratorio del análisis no se ha tenido en cuenta el efecto individual del médico/a, es decir que algunos de los datos han sido recogidos por el mismo facultativo/a, asumiendo por lo tanto que algunas de las observaciones son independientes cuando en realidad no lo son.

Algunos de los p-valores significativos podrían no serlo si se consideraran potenciales variables confusoras o el efecto del médico/a.

4.13

Aspectos éticos

Los sujetos del estudio (médicos centinela) son profesionales a los que se les propone su participación de forma voluntaria. Están obligados por el secreto profesional a mantener la confidencialidad de sus observaciones. A pesar de ello se les invita a firmar un documento de compromiso de participación en el estudio de veracidad y fidelidad de los datos aportados y se informa de la ausencia de contraprestación económica (**anexo 1**).

La información referente a los propios médicos centinela, objetos del estudio, se trata de forma confidencial, anonimizando y desagregando los datos personales para que no se permita identificar a cada individuo. No se realizan registros o datos individuales de pacientes.

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética i de Investigación Clínica (CEIC) del Consorci Sanitari del Maresme: **Código CEIC CSM: 50/16**. Y por el mismo organismo de la IDIAP Jordi Gol en 2016: **Código CEIC IDIAP: P16/186**.

4.14

Evaluación del desgaste profesional o *burnout*

El desgaste profesional es un proceso multifactorial, resultado de una exposición prolongada a un estrés continuado, en el puesto de trabajo. Existe pues una falta de reciprocidad entre la demanda y lo que se ofrece a cambio, un desequilibrio entre las expectativas laborales y la situación laboral real. Esta situación provoca un agotamiento (emocional, físico y psicológico) y una fatiga que no se resuelve con el descanso normal, volviéndose crónica con el tiempo y con la sensación de habernos agotado completamente. Este agotamiento puede afectar al control emocional (irritabilidad, ira, llanto) y a la capacidad cognitiva (atención, memoria y concentración), lo que a su vez puede provocar cambios en el comportamiento y en la actitud. La persona se acaba distanciando y volviéndose cínica. Se trata de un afrontamiento ineficaz a unas exigencias que desbordan, y que poco a poco hace que la persona se implique menos en el trabajo, manteniendo distancia con el entorno o generando una mala imagen de las personas con las que trabaja. Esa distancia se convierte en un problema conduciendo a un sentimiento de incompetencia profesional y a una baja autoestima laboral.

Para valorar el desgaste emocional de los médicos centinelas y del resto de profesionales que trabajan en los equipos de atención primaria, utilizamos como instrumento evaluador el *Maslach Burnout Inventory* (MBI) 34 (**anexo 6**). La escala de Maslach se compone de 22 ítems, tipo Likert con 7 opciones de respuesta. Se trata de un test auto administrado con respuestas entre 0 y 6 según las sensaciones que expone cada ítem. La puntuación 0 refleja que nunca se experimenta esa sensación y la puntuación máxima 6, que está presente a diario. El tiempo de realización oscila entre 10 y 15 minutos.

Este test se divide en tres subescalas que valoran tres áreas o esferas emocionales del síndrome de *burnout*: el **agotamiento emocional** (AE), la despersonalización (DP) y la realización personal (RP). Un individuo padece *burnout* cuando tiene elevadas puntuaciones en AE y DP, y bajas puntuaciones en RP.

Las preguntas de las subescalas están mezcladas entre ellas. De tal modo que la subescala del agotamiento emocional, formada por 9 preguntas y que valora estar sobrepasado por las demandas del trabajo diario corresponden a las preguntas 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. La puntuación máxima que se puede obtener es de 54 puntos. La subescala de **despersonalización** está formada por 5 preguntas (5, 10, 11, 15 y 22) con una puntuación máxima de 30 puntos y valora el grado de distanciamiento e indiferencia sobre su actividad laboral (en nuestro caso hacia los pacientes). Por último, la subescala de **realización personal** se compone de 8 preguntas que valoran los sentimientos de autoeficacia y la realización profesional. La componen los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21, con una puntuación máxima de 48. Esta última subescala va en sentido inverso, altas puntuaciones son saludables. En el **anexo 6** se muestra el cuestionario completo en su versión tal como fue utilizado para el presente trabajo.

Maslach y Jackson lo diseñaron para el mundo asistencial (profesionales que trabajan con personas) en 1981¹²⁹ pero en posteriores ediciones se fueron añadiendo variaciones según fuera enfocado a diferentes perfiles profesionales¹³⁰. En el presente estudio se utiliza el clásico, el MBI Human Services Survey (MBI-HSS) –su versión traducida por Seidedos en 1997¹³¹, que es específico para profesionales de la salud pero con la modificación de 1986, donde el nivel de intensidad de cada pregunta ya no se realiza como sí ocurría en el de 1981–.

Según las autoras del test, cada una de las subescalas se clasifica en grado bajo, medio o alto, tomando como criterio de corte el percentil 33 y el 66 de la muestra de estudio en cuestión.

Existe consenso en clasificar las tres esferas emocionales en tres niveles de gravedad: bajo, medio y alto:

- **Agotamiento emocional** (AE): bajo ≤ 18 , medio de 19-26, alto ≥ 27 .
- **Despersonalización** (DP): bajo ≤ 5 , medio de 6-9, alto ≥ 10 .
- **Realización personal** (RP): baja ≤ 33 , RP media de 34-39, RP alta ≥ 40 .

Se trata del instrumento evaluador de *burnout* con más aceptación internacional, ya que la mayor parte de los países latinoamericanos, de la Unión Europea y de Estados Unidos lo han utilizado y lo siguen haciendo de forma extensa, lo que supone una gran ventaja para poder comparar poblaciones y estudios³⁶. Sin embargo, el test también presenta debilidades psicométricas y su validez interna y su fiabilidad generan cierta controversia. La mayor crítica es que no existe un punto de corte exacto para definir quien padece o no padece *burnout*. El cuestionario es válido y fiable en su edición en castellano¹³².

La revisión sistemática de Rotstein detalla las diferentes publicaciones con los criterios y puntos de corte utilizados en la bibliografía para determinar prevalencias poblacionales de *burnout*¹³³. La mayoría utilizan los puntos de corte más altos con una, dos o tres escalas alteradas de forma simultánea. Si se tiene en cuenta una sola escala, la prevalencia de *burnout* puede alcanzar casi el 70%, si se utilizan dos escalas simultáneamente, se aproxima al 30% y si se utilizan las tres escalas al mismo tiempo, la prevalencia de *burnout* oscila entre poco más del 2% hasta casi un 11% según la publicación.

4.14.1

Criterio para definir a un médico centinela con *burnout*

Un médico centinela presenta cansancio emocional o *burnout*, cuando simultáneamente la puntuación de las tres subescalas indica niveles elevados, decidiéndose anteponer la especificidad del test a la sensibilidad. O sea, cuando presenta puntuaciones superiores o iguales a 27 en agotamiento emocional, superiores o iguales a 10 en despersonalización y puntuaciones menores o iguales de 33 en realización personal, todo al mismo tiempo.

La evaluación del *burnout* se realizó en los 3 años de estudio, 2019, 2021 y 2023. Los médicos centinela completaron el test de Maslach antes de realizar el registro de la actividad asistencial.

4.15

Evaluación de la resiliencia

La escala de Resiliencia de Connor y Davidson (CD-RISC) se diseñó como herramienta clínica que identificase conductas resilientes de forma precoz y valorar el efecto de las terapias psicológicas en adultos menores de 65 años¹³⁴. Se trata de una encuesta autoadministrada de 25 ítems, tipo Likert de 0 a 4 (nada de acuerdo a totalmente de acuerdo) donde el individuo ha de evaluar cómo se siente a la pregunta durante el último mes. La puntuación total varía entre 0 y 100, donde altas puntuaciones se corresponden con sujetos de alta resiliencia. En un estudio sobre población española, las puntuaciones de 61 y 70 correspondían a los percentiles 25 y 50. Puntuaciones superiores a 77 puntos corresponden con el percentil 75⁵⁹.

Sin embargo, para nuestro estudio utilizamos la escala de resiliencia de 10 ítems de Connor-Davidson (CD-RISC-10), validada por Campbell-Stills y Stein¹²² en su versión validada al español por Notario-Pacheco¹³⁵. También es autoadministrada y se compone de 10 preguntas tipo Likert que ya estaban incluidas en el CD-RISC y se responden de la misma manera con 5 opciones entre 0 y 4 (0: nada de acuerdo, 1: rara vez, 2: a veces, 3: a menudo y 4: casi siempre). Esta escala abreviada ha demostrado las mismas fortalezas que la versión original, fiable y válida en trabajadores españoles. Además de ser más sencilla, requiere poco tiempo para ser completada. La puntuación oscila entre 0 y 40 puntos¹³⁶. No existe consenso sobre un punto de corte definido, pero algunos estudios consideran que tener menos de 25,5 puntos puede ser indicativo de baja resiliencia y que 33 o más puntos sería tener una resiliencia elevada^{58,137,138}. Nuestro estudio no pretende analizar las propiedades psicométricas de la escala CD-RISC-10 en médicos de familia de la comarca del Maresme (análisis de los ítems, evidencia de la validez basada en el contenido o la validez de la estructura interna, por poner

algunos ejemplos), simplemente queremos tener un punto de referencia para poder hacer seguimiento en el futuro y compararnos con otras variables de este proyecto y con publicaciones similares. En el **anexo 8** se muestra el cuestionario completo, tal como fue utilizada en el presente trabajo.

4.16

Evaluación de la relevancia de una visita

Desde hace aproximadamente dos décadas, existe a nivel mundial una campaña de sensibilización para cambiar una cultura médica de *cuanta más atención, mejor*, junto a iniciativas para disminuir las visitas de bajo valor, evitando tratamientos y pruebas innecesarias o dañinas^{139,140,141,142}. El tiempo perdido en visitas de poco valor puede deberse al médico (realizando acciones cuya evidencia científica ha demostrado su inutilidad), al rol profesional (los médicos no delegan en otros profesionales, como enfermería y estás a su vez tampoco en auxiliares de enfermería, por ejemplo) o puede deberse a las propias instituciones y gobiernos (donde se incentivan prácticas de poca evidencia o beneficio por falta de criterio científico)¹⁴³.

En el ámbito de la atención primaria, las prácticas de bajo valor se han ido definiendo y concretando en diferentes publicaciones institucionales y actualizando con el tiempo. Sin embargo el concepto del valor de la visita médica realizada no ha sido abordado. Los pacientes evalúan mediante encuestas de satisfacción la atención recibida desde hace décadas, pero se desconoce el valor que otorgan los profesionales a esas visitas.

Pretendemos conocer el valor médico de cada visita realizada respondiendo a la siguiente pregunta: ¿El resultado de la visita ha aportado un determinado valor al conocimiento del estado de salud y social del paciente, al proceso diagnóstico o al control de sus enfermedades? Teniendo en cuenta la definición anterior, la visita se clasificará en: Irrelevante o sin relevancia alguna, un poco relevante, bastante relevante, muy relevante e imprescindible.

Resultados

5.1

Resultados de participación de los médicos centinela

5.1.1

Participación general en el Observatorio desde su origen

La disponibilidad y participación de los médicos centinela ha variado dependiendo el momento de estudio. Desde 2017 han pasado un total de 130 médicos y se han producido 15 abandonos, 11 jubilaciones y distintas bajas laborales (**tabla 7**).

Tabla 7 | Número de médicos participantes durante el período 2017-2023

Total médicos centinela registrados	130
Jubilaciones	11
Traslados / abandono	15
Abandono de la profesión	1
Bajas laborales promedio por año	4-5

5.1.2

Participación del periodo de estudio
2019-2023

De 2019 a 2023 han participado un total de 91 médicos centinelas, 23 de los cuales participaron en los tres cortes transversales estudiados. Aunque la mayoría de los centinelas rellenaron ambos formularios, hubo quienes sólo rellenaron el primer formulario y no pudieron rellenar el segundo y viceversa, fundamentalmente en los años 2021 y 2023. El número de centinelas y sus respectivos formularios figuran en la **tabla 8**.

Tabla 8 | Centinelas participantes según formularios recibidos desde 2019 a 2023

	2019	2021	2023
Total centinelas participantes por año	48	82	48
Centinelas con el formulario 1 (sociodemográfico)	48	82	33
Centinelas con el formulario 2 (registro asistencial)	48	70	45
Centinelas con los dos formularios	48	70	29

Las características sociodemográficas de los médicos centinela participantes se pueden ver en la **tabla 9**.

Tabla 9 | Descripción sociodemográfica de los centinelas que han registrado una semana de trabajo del mes de mayo en los años 2019, 2021 y 2023

	2019	2021	2023	Total 2019-21-23	p-valor
N Centinelas	48	70	45	N=91*	
Edad	48.3 (7.64)	48.9 (8.86)	52.8 (9.25)	49.4 (8.76)	0.03
Género - Mujer	40 (83.3%)	57 (81.4%)	38 (84.4%)	75 (82.4%)	0.91
Antigüedad en el lugar de trabajo	11.7 (6.50)	12.2 (9.05)	13.1 (9.24)	11.9 (8.37)	0.81
Antigüedad en la empresa	17.7 (6.59)	19.9 (8.99)	22.1 (8.68)	18.2 (8.46)	0.02
Hijos -SI		58 (82.9%)	37 (88.1%)	67 (80.7%)**	0.45

*Centinelas sin repetir.

**Porcentaje sobre 83, que son los que han contestado todos los cuestionarios.

5.1.3

Representatividad de los médicos centinela
Datos sociodemográficos

En el año 2021 participaban 27 centros de salud (30 contando consultorios locales), trabajaban un total de 371 médicos, con una edad media de 47,6 años. El 67,9% eran mujeres (ver **tabla 10**).

Tabla 10 | Plantilla médica de los centros de salud adscritos al proyecto del Observatorio durante el año 2021

	EQUIPO de AP	MÉDICOS n	EDAD MEDIA (años)	MUJERES %	MIR %
1	Vilassar de Mar (ICS)	17	49,5	53	70
2	Montgat Tiana (BSA)	11	45,9	63	70
3	Blanes-Tordera (ICS)	31	46,4	58	35
4	Arenys de Munt (ICS)	5	54,8	60	60
5	Parets de Vallès (ICS)	11	39,5	73	45
6	St Pol de Mar (ICS)	4	51	50	100
7	Calella (CSMS)	10	55,5	90	50
8	Gatassa (ICS)	11	45	82	73
9	Rocafonda (ICS)	11	50,3	69,2	50
10	Pineda(ICS)	30	41,97	60	40
11	Malgrat de Mar (CSMS)	9	50,8	78	67
12	Ocata-Teià (ICS)	9	47,22	78	78
13	Premià de Mar (ICS)	22	50,7	77,2	86,3
14	Mataró-Centre (CSM)	12	42,5	83	75
15	Arenys de Mar (ICS)	9	46,1	66,6	55,5
16	Llavaneres (ICS)	9	53,8	67	78
17	St Quirze B. (ICS)	6	41,3	67	67
18	Gòtic-Barcelona (ICS)	12	52,6	67	100
19	Mataró-Prim (ICS)	12	50	58	83
20	St Adrià Besòs (ICS)	17	42	76	94

continúa

Tabla 10 | Plantilla médica de los centros de salud adscritos al proyecto del Observatorio durante el año 2021

	EQUIPO de AP	MÉDICOS n	EDAD MEDIA (años)	MUJERES %	MIR %
21	Mataró-La Riera(ICS)	12	49,6	75	66
22	Canet de Mar (ICS)	15	46,2	67	80
24	Vall de Tenes (ICS)	16	43	80	80
25	Masnou (ICS)	14	42,2	64,2	87,7
26	Berga (ICS)	13	54,9	69	92
27	Rda Cerdanya (ICS)	14	48,8	79	79
28	Vilassar de Dalt (ICS)	8	50,7	37,5	50
29	Cirera Molins (CSM))	12	43,5	66,6	91,6
30	Argentona(CSM)	9	46,8	55,5	77
	Total	371	47,6 (DE4,5)	67,9%	71,7%

En ese mismo año 2021, los médicos centinela que recogieron datos asistenciales y registraron su estado emocional fueron 82, lo que supone un 22,1 % del total de las plantillas médicas de los equipos. Tenían una edad media de 49,1 años y el 76,8% eran mujeres, diferencias no significativas respecto a la población total de médicos (**tabla 11**). Podríamos decir que nuestra muestra es casi representativa del colectivo de médicos de familia del territorio, a pesar de no ser una muestra aleatorizada.

Tabla 11 | Comparación de los datos sociodemográficos entre médicos centinela y el universo de médicos de familia de los centros de salud asdcritos al Observatorio. Año 2021

2021			
	Centinelas (n = 82)	Plantilla EAPs (n=371)	p-valor
Edad	49.1 (8.66)	47,6 (4,5)	0,07
Género (Mujer)	63 (76.8%)	252 (67,9%)	0,11

EAP: equipos de atención primaria.

5.2

Resultados de *burnout* y resiliencia

Formulario 1

5.2.1

Burnout profesional

En **tabla 12** se puede ver el *burnout* de los médicos centinela que registraron el primer formulario, por cada año de estudio y su desglose por la esfera afectada. La variación de *burnout* global del año 2021 respecto a los otros dos es significativamente diferente, pero si analizamos en las tres áreas emocionales, el agotamiento emocional y la realización personal no lo son. Lo que marca la diferencia es la despersonalización o también llamada cinismo, que alcanza un 58,5% en 2021.

Tabla 12 | *Burnout* profesional desde el año 2019 al 2023 de los médicos centinelas participantes que rellenaron al menos el **formulario 1**

	2019	2021	2023	p-valor
N médicos centinelas	48	82	33	
N médicos con <i>burnout</i> global*	6 (12.5%)	24 (29.3%)	5 (15 %)	0.05
N médicos con Agotamiento Emocional (AE)	25 (52.1%)	46 (56.1%)	15 (45%)	0.58
N médicos con Despersonalización (DP)	18 (37.5%)	48 (58.5%)	14 (42.4%)	0.05
N médicos con baja Realización Personal (RP)	16 (33.3%)	37 (45.1%)	10 (30%)	0.22

*Definido como la coincidencia de afectación simultánea de las tres subescalas con puntuaciones que indican alta gravedad en cada una de ellas (**Apartado 14.1**).

En la **tabla 13** se muestran los resultados del *burnout* y las tres subescalas de los médicos centinelas que registraron todo (los dos formularios) en los tres años analizados.

Tabla 13 | Descripción general del *burnout* de los médicos centinela que han completado los dos formularios, desde 2019 a 2023

	2019	2021	2023	Total 2019-21-23	p-valor
Número de médicos centinela	48	70	29		
Centinelas con <i>burnout</i> global*	6 (12.5%)	19 (27.1%)	4 (13.8%)	29 (19.7%)	0.10
Centinelas con agotamiento emocional	25 (52.1%)	39 (55.7%)	14 (48.3%)	78 (53.1%)	0.79
Centinelas con despersonalización	18 (37.5%)	39 (55.7%)	13 (44.8%)	70 (47.6%)	0.14
Centinelas con baja realización personal	16 (33.3%)	30 (42.9%)	8 (27.6%)	54 (36.7%)	0.30

*Definido como la coincidencia de afectación simultánea de las tres subescalas con puntuaciones que indican alta gravedad en cada una de ellas (**Apartado 14.1**)

Respecto al *burnout* y los condicionantes demográficos (género, edad, tener hijos o el tiempo trabajado) no parece haber diferencias significativas (**tabla 14**).

Tabla 14 | Resultados agregados (totales) del *burnout* y su relación con los datos sociodemográficos estudiados durante los años 2019, 2021 y 2023.

Burnout	NO	SI	p valor
Número de centinelas	N=118	N=29	
Género			0.09
Mujer	94 (79.7%)	27 (93.1%)	
Hombre	24 (20.3%)	2 (6.90%)	
Edad	49.7 (8.67)	48.0 (8.81)	0.48
Antigüedad puesto de trabajo	12.1 (8.10)	11.6 (8.40)	0.67
Hijos	64 (84,2%)	19 (82,6%)	1

5.2.2

Representatividad de los médicos centinela
Burnout profesional

Médicos no centinela de los equipos participantes rellenaron también el formulario 1 para cada año de estudio para valorar diferencias entre ambos. Se pueden ver los resultados para los tres años de estudio y sus respectivas subescalas en la **tabla 15**.

Tabla 15 | Resultados de *burnout* de los médicos no centinela en los tres años de estudio

	2019	2021	2023	p-valor
Número de médicos NO centinela	70	75	49	0.63
Médicos NO centinela con <i>burnout</i>	12.9%	28.0%	4.08%	<0.01
Médicos NO centinela con agotamiento emocional	38.6%	57.3%	53.1%	0.07
Médicos NO centinela con despersonalización	37.1%	61.3%	38.8%	<0.01
Médicos NO centinela sin realización personal	20.0%	33.3%	20.4%	0.12

Si comparamos el *burnout* entre los médicos centinela y los no centinela se puede apreciar que no existen diferencias significativas en los tres años de estudio. En 2023 disponemos de una n menor de centinelas y la diferencia de porcentaje de *burnout* es mayor, sin ser estadísticamente significativo (**tabla 16**).

Tabla 16 | *Bunout* de médicos centinelas respecto a no centinelas para cada año de estudio

	2019			2021			2023		
	Centinelas	No Centinelas	P	Centinelas	No Centinelas	P	Centinelas	No Centinelas	p
Número de médicos	48	70		82	75		33	49	
<i>Burnout</i>	12,5%	12.8%	0.95	29,3%	28.0%	0.86	15.2%	4.0%	0.11

Si analizamos los datos sociodemográficos de los médicos no centinela en los tres años de estudio, vemos similitud en la edad, género y antigüedad en la empresa, con una diferencia significativa, pero no relevante, de la antigüedad en el puesto de trabajo (**tabla 17**).

Tabla 17 | Datos sociodemográficos los médicos NO centinela para los tres años de estudio.

	2019	2021	2023	p-valor
Número de médicos NO Centinela	70	75	49	
Edad	48.0 (10.1)	46.3 (10.8)	47.3 (11.7)	0.63
Mujer	44 (65.7%)	49 (67.1%)	34 (70.8%)	0.84
Antigüedad en el lugar de trabajo	11.8 (8.47)	8.43 (7.89)	9.39 (8.56)	0.04
Antigüedad en la empresa	18.0 (9.88)	14.5 (10.3)	15.6 (10.8)	0.09

5.2.3

Resiliencia

Durante el mes de mayo de 2023, el **formulario 1** de recogida de datos, con datos sociodemográficos y cuestionario de *burnout*, fue ampliado incorporando la escala de resiliencia CD-RISC10. En la **tabla 18** se aprecia la puntuación media obtenida en dicha escala por los médicos centinelas, que es de 33 puntos (rango de 0 a 40 puntos) y correspondería a una resiliencia moderada.

Tabla 18 | Resultado de la resiliencia de los médicos centinela en 2023

Número médicos centinelas 2023	33
Resiliencia (0-40 puntos)	31.30 (DE± 4.98)

En la **tabla 19** se representa la relación entre la resiliencia y las variables sociodemográficas registradas en el mismo momento. Existe una correlación moderada pero significativa entre la resiliencia y la edad ($r=0,38$), pero no con el género ni con tener hijos. Los pacientes que tienen más edad, parecen tener más resiliencia (la correlación es positiva).

Tabla 19 | Relación entre resiliencia y las características sociodemográficas en el año 2023

			p valor
Género	Mujer	Hombre	
	N=28	N=5	
Resiliencia	31.5 (DE±5.05)	30.4 (DE±4.98)	0.60
Hijos	NO tienen hijos	SI tiene hijos	
	N=4	N=29	
Resiliencia	34.2 (DE±4.11)	30.9 (DE±5.01)	0.23
Vivir en pareja	NO viven en pareja	SÍ viven en pareja	
	N=2	N=31	
Resiliencia	34.5 (DE±2.12)	31.1 (DE±5.06)	0.36
Hacer deporte	NO hacen deporte	SÍ hacen deporte	
	N=13	N=20	
Resiliencia	30.8 (DE±3.96)	31.6 (DE±5.61)	0.42
Edad-Resiliencia	0.38*		0.04
Antigüedad lugar trabajo-Resiliencia	0.29*		0.09

N representa el número de individuos para cada uno de los grupos. La resiliencia se trata de una variable ordinal y se expresa como media (DE). El p-valor se calcula con el test *t-student* si se comparan 2 grupos, se calcula con el test Anova (Modelo de análisis de varianzas) cuando se comparan más de 2 grupos. Cada variable sociodemográfica puede tener valores perdidos, así como también la variable de Resiliencia.

*valor de la r (correlación de Pearson).

5.2.4

Relación entre *burnout* y resiliencia

El *burnout* y la resiliencia están relacionados de forma significativa. Los médicos con *burnout* tienen una puntuación media más baja en resiliencia (**tabla 20**). Este hecho sugiere que la resiliencia actuaría como factor protector para desarrollar *burnout*.

Tabla 20 | Relación entre *burnout* y resiliencia en 2023

Año 2023	Centinelas analizados (N = 33)		
	N	Resiliencia (media $\pm$ DE)	p-valor
Sí padecen <i>Burnout</i>	5	26.2 (DE $\pm$ 5.89)	0.03
No padecen <i>Burnout</i>	28	32.2 (DE $\pm$ 4.31)	

5.3

Resultados de la actividad asistencial

El número de médicos centinela que recogieron datos asistenciales (formulario de recogida de datos número 2) de una semana del mes de mayo del año 2019, 2021 y 2023, junto a su perfil sociodemográfico se puede ver en la **tabla 21**.

Tabla 21 | Descripción sociodemográfica de los médicos centinelas que registraron el formulario 2 en cada año de estudio

	2019	2021	2023
Número de médicos centinela	48	70	45
Edad (años)	48.3 (DE $\pm$ 7.64)	48.9 (DE $\pm$ 8.86)	52.8 (DE $\pm$ 9.25)
Número de mujeres	40 (83.3%)	57 (81.4%)	38 (84.4%)
Antigüedad en el puesto de trabajo (años)	11.7 (DE $\pm$ 6.50)	12.2 (DE $\pm$ 9.05)	13.1 (DE $\pm$ 9.24)

5.3.1

Resultados de visitas y jornadas

Se registraron 22.488 visitas durante los tres años de seguimiento, 30.328 motivos de consulta en un total de 753 jornadas asistenciales.

En el año 2021 participaron el mayor número de centinelas, 70 en total. Las jornadas evaluadas son en su mayoría jornadas ordinarias de trabajo (no urgencias, ni covid, ni domicilios) superando las 2/3 partes del total en todos los años analizados (**tabla 22**). Durante el año 2021, los equipos crearon la “jornada respiratorio o COVID” donde se visitaban casi exclusivamente pacientes con afecciones del tracto respiratorio y febriles. Los turnos de trabajo analizados fueron en su mayoría turnos de mañana.

Tabla 22 | Datos generales: centinelas participantes, jornadas evaluadas, turnos de trabajo y visitas globales de los años 2019 a 2023

	2019	2021	2023	Total
Centinelas participantes (n)	48	70	45	163
Jornadas totales evaluadas	223	317	213	753
Jornada ordinaria evaluada	170 (76.2%)	220 (69.4%)	153 (72.2%)	543 (72,1%)
Jornada COVID		26 (8.18%)		
Turno de la jornada				
Mañana	140 (62,5%)	218 (68,7%)	150 (70,4%)	508 (67,4%)
Tarde	71 (31,7%)	88 (27,7%)	55 (25,8)	214 (28,4%)
Doble	12 (5,3%)	11 (3,4%)	8 (3,7%)	31 (5,7%)
Visitas totales	6120	9752	6616	22488
Motivos de consulta	8626	12948	8754	30328

La **tabla 23** explica con otro detalle el fenómeno anterior. En ella se observa el promedio diario del número de visitas, los motivos de consulta y el tipo de visita, apreciándose un aumento global tras la pandemia, sobre todo a cargo de las visitas telefónicas y las eConsultas con menor presencialidad.

Tabla 23 | Promedios de visitas por jornada evaluada y por tipo de visita desde 2019 a 2023. Valor medio y valor de la desviación típica entre paréntesis

	2019	2021	2023
Media de visitas totales diaria	28.9 (DE±4.47)	30.1 (DE±7.46)	31.5 (DE±5.47)
Media de motivos de consulta	39.9 (DE±7.58)	39.8 (DE±10.0)	42.3 (DE±8.75)
Media de visitas presenciales	19.2 (DE±2.91)	9.21 (DE±3.24)	16.0 (DE±2.86)
Media de visitas NO presenciales	6.10 (DE±2.62)	7.31 (DE±3.44)	7.17 (DE±2.51)
Media de visitas telefónicas	2.94 (DE±1.23)	10.7 (DE±5.68)	5.69 (DE±2.30)
Media de eConsultas	—	3.39 (DE±3.13)	1.94 (DE±1.75)

5.3.2

Resultados del tipo de visita

En la **tabla 24** se describe el número y porcentaje de los tipos de visita evaluados. Resulta destacable la disminución significativa del porcentaje de visitas presenciales postpandemia así como el aumento de la visita telefónica. También es remarcable cómo la visita considerada telemática o eConsulta irrumpe con fuerza en 2021, ya que no existía en 2019. Las pocas que sucedían en 2019, se incluían dentro del concepto de visita no presencial.

Tabla 24 | Tipo de visita médica* por año estudiado, desde 2019 a 2023

	2019	2021	2023	p-valor
Visitas Totales	6120	9752	6616	< 0.01
Tipo de visita				
Presencial	4128 (67.5%)	2709 (27.8%)	3268 (49.4%)	
No presencial	1239 (20.2%)	2039 (20.9%)	1411 (21.3%)	
Telefónica	512 (8.37%)	3432 (35.2%)	1143 (17.3%)	
Domicilio	101 (1.65%)	122 (1.3%)	72 (1.09%)	
Validación médica (VV)	140 (2.29%)	342 (3.5%)	318 (4.81%)	
eConsulta		1098 (11.2%)	404 (6.11%)	
Vídeo Consultas		11 (0.1%)		

*Ver explicaciones “tipos de visita” en **tabla 5** (Material y métodos).

5.3.3

Resultados de los motivos de visita

5.3.3.1

Motivos de consulta de los pacientes

Se han registrado un total de 30328 motivos sobre un total de 22488 visitas realizadas, lo que supone abordar diariamente un promedio de 40,3 ($DE \pm 9,3$) motivos. O lo que es lo mismo, 1,4 motivos por visita. Antes de la pandemia, el porcentaje motivos por visita fue significativamente mayor que los años postpandémicos (**tabla 25**).

Tabla 25 | Número de motivos* por visita realizada en los tres años de estudio

	2019	2021	2023	p-valor	Total
Número de visitas	N=5950	N=8965	N=6585		N=21500
1 motivo	4064 (68.3%)	6956 (77.6%)	4774 (72.5%)	<0.01	15794 (73.5%)
2 motivos	1265 (21.3%)	1436 (16.0%)	1271 (19.3%)		3972 (18.5%)
3 motivos	439 (7.38%)	418 (4.66%)	422 (6.41%)		1279 (5.95%)
>=4 motivos	182 (3.06%)	155 (1.73%)	118 (1.79%)		455 (2.12%)

*Ver explicaciones “tipos de visita” en **tabla 5** (Material y métodos).

Respecto a los motivos de consulta, clasificados en administrativos, patología de seguimiento crónica, patología aguda o problemas psicosociales, podemos apreciar como los problemas psicosociales, la patología crónica y las visitas de contenido administrativo (bajas, partes, informes médicos, etc) han aumentado tras la pandemia y ha disminuido la patología aguda (**tabla 26**).

Tabla 26 | Número de motivos* de consulta por año analizado y tipos de motivo desde 2019 a 2023

	2019	2021	2023	p-valor
Número total	8626	12948	8754	< 0.01
Tipos de motivo				
Administrativo	1767 (20.5%)	3057 (23.6%)	2064 (23.6%)	
Físico agudo	3213 (37.2%)	4496 (34.7%)	2710 (31.0%)	
Psicosocial	270 (3.13%)	460 (3.55%)	336 (3.84%)	
Crónico	3376 (39.1%)	4935 (38.1%)	3644 (41.6%)	

*Ver explicaciones "tipos de visita" en **tabla 5** (Material y métodos).

Si nos centramos en las visitas más clínicas (sacando del total a las visitas no presenciales que suelen ser administrativas o burocráticas), las visitas con múltiples motivos suelen darse fundamentalmente en las visitas presenciales y las domiciliarias (**tabla 27**).

Tabla 27 | Número de motivos* de consulta por el tipo de visitas realizadas en el total de los tres años analizados

Tipo de visita	Presencial	Telefónica	Domicilio	eConsulta	p valor
Motivos de visita					<0.01
1 motivo	5641 (56.2%)	3889 (77.8%)	167 (57.6%)	1242 (83.7%)	
2 motivos	2860 (28.5%)	850 (17.0%)	72 (24.8%)	200 (13.5%)	
3 motivos	1535 (15.3%)	257 (5.14%)	51 (17.6%)	41 (2.76%)	

*Ver explicaciones "tipos de visita" en **tabla 5** (Material y métodos).

5.3.3.2

Motivos de consulta del profesional o “proactividad médica” (2019 y 2021)

Durante los años 2019 y 2021 el formulario de recogida de datos, en el apartado de motivos de consulta, se dividía en dos partes. La parte superior cubría las demandas de los pacientes, que luego se analizaban en otros apartados. La parte inferior hace referencia a las demandas realizadas por los médicos sin que el paciente lo solicite (proactividad), por ejemplo pedir una analítica de revisión o valorar una lesión dérmica al auscultar al paciente o renovar el plan de medicación. Simplemente se registra el número de acciones, sin valorarlas posteriormente como sí se hace con las tres primeras demandas de los usuarios. Durante el año 2021 existe más proactividad médica que en 2019 (**tabla 28**)

Tabla 28 | Proactividad asistencial. Acciones médicas añadidas a las demandas de los pacientes de las consultas del año 2019 y del 2021

	2019	2021
Número acciones médicas	(registradas en el 11,5% de las visitas)	(registradas en el 19,2% de las visitas)
1	579	1457
2	104	316
3	18	77
4	2	21
5	3	7
6	0	2
Total	706	1880

5.3.4

Resultados de los tiempos de retraso asistencial y descanso

El retraso al finalizar la última visita ha ido en aumento de forma significativa desde la pandemia. El tiempo dedicado a la gestión médica no programada en la agenda de partida (revisión de analíticas, pruebas complementarias, gestión de retorno de derivaciones, informes para inspección médica, etc) fue significativamente superior en los años posteriores a la pandemia (en el 2023 esta variable no se registró). La disminución del tiempo de descanso por jornada a lo largo del estudio no resultó ser significativa. La fatiga promedio al finalizar la consulta en una escala de 0 a 10, estuvo próxima al 6 (**tabla 29**).

Tabla 29 | Tiempo (valorado en minutos) de la actividad médica no agendada, de retraso al finalizar la agenda y de descanso por jornada. Valor medio y valor de la desviación típica entre paréntesis. La fatiga al finalizar la jornada se valora entre 0 y 10, siendo 10 el máximo agotamiento.

	2019	2021	2023	p-valor
Tiempo clínico no agendado (min)	12.8 (DE±14.4)	19.9 (DE±23.9)	*	<0,01
Tiempo de retraso al finalizar la última visita (min)	20.3 (DE±21.5)	27.8 (DE±29.0)	*	<0,01
Tiempo de descanso por jornada (min)	12.7 (DE±10.2)	12.0 (DE±10.9)	9.72 (DE±7.97)	<0.01
Fatiga al final (0-10)	5.80 (DE±2.25)	5.91 (DE±2.24)	5.87 (DE±2.31)	0.75

*En el año 2023 esos datos no se registraron.

5.3.5

Adecuación de las visitas

Los médicos centinela consideraron adecuadas las visitas realizadas (la visita sólo la podía resolver el médico y no otro colectivo profesional) en más de un 80% de los motivos planteados por los pacientes (**tabla 30**). Hay que tener en cuenta la diferencia de registro en 2019 y 2021 respecto al 2023, donde en los dos primeros años se registraba la adecuación de cada motivo de visita y en el último la adecuación global de la visita (para el conjunto de motivos solicitados).

Tabla 30 | Adecuación, complejidad y resolución de las visitas desde 2019 a 2023

	2019	2021	2023	p-valor
Adecuación de los motivos de visita	7569 (90.9%)	11026 (86.2%)	5406 (82.3%)*	<0,01

* No son del todo comparables. En el año 2023 la adecuación no se analizó de cada motivo, si no de la visita en global.

5.3.5.1

Adecuación y motivos de consulta (2019 y 2021)

Las visitas administrativas tienen más posibilidades de ser valoradas como inadecuadas para los médicos centinela, tanto en 2019 como en 2021. Las visitas con motivos agudos de tipo físico son consideradas las más adecuadas (**tabla 31**).

Tabla 31 | Adecuación de los motivos de consulta para el año 2019 y 2021

2019	Administrativa (n = 1782)	Física aguda (n = 3253)	Psicosocial (n = 275)	Seguimiento crónico (n = 3415)	p-valor
Adecuación					<0.01
No	319 (18.5%)	194 (6.11%)	34 (13.8%)	223 (6.81%)	
Si	1405 (81.5%)	2981 (93.9%)	212 (86.2%)	3050 (93.2%)	
2021	Administrativa (n = 3057)	Física aguda (n = 4498)	Psicosocial (n = 460)	Seguimiento crónico (n = 4939)	p-valor
Adecuación					<0.01
No	800 (26.8%)	343 (7.68%)	62 (13.7%)	557 (11.5%)	
Si	2186 (73.2%)	4126 (92.3%)	389 (86.3%)	4295 (88.5%)	

5.3.5.2

Adecuación y tipo de visita (2023)

En el análisis de la adecuación de 2023, se puede observar cómo los médicos consideran más adecuadas las visitas a domicilio, seguidas de las visitas presenciales (**tabla 32**).

Tabla 32 | Adecuación respecto al tipo de visita. Año 2023

Adecuación	Visita Presencial	V. No presencial	V. Telefónica	V. Domicilio	Validación médica	eConsulta	
	N=3258	N=1405	N=1136	N=71	N=290	N=404	p valor
No adecuada	337 (10.3%)	388 (27.6%)	218 (19.2%)	5 (7.04%)	104 (35.9%)	106 (26.2%)	<0.01
Sí adecuada	2921 (89.7%)	1017 (72.4%)	918 (80.8%)	66 (93.0%)	186 (64.1%)	298 (73.8%)	

5.3.6

Resolución de los motivos de consulta

Los motivos de consulta se resolvieron en los equipos de atención primaria en todos los años analizados en más de un 90% y menos del 10% fueron derivados a otro entorno asistencial (**tabla 33**).

Tabla 33 | Resolución de las visitas según el año de estudio

	2019	2021	2023
Resuelto	4334 (51.5%)	6153 (47.8%)	4390 (50.2%)
Seguimiento	3403 (40.4%)	5537 (43.0%)	3555 (40.7%)
Derivación	686 (8.14%)	1173 (9.12%)	795 (9.10%)

5.3.7

Complejidad subjetiva de la visita realizada

La complejidad percibida por los centinelas (visitas que no se pueden resolver en el tiempo preestablecido) alcanza casi la 1/3 parte del total de las visitas. La complejidad registrada en el año 2023 es significativamente menor que en el resto de los años del estudio (**tabla 34**).

Tabla 34 | Percepción de complejidad de las visitas realizadas en 2019, 2021 y 2023.

	2019	2021	2023	p-valor
Complejidad TOTAL	1977 (33.0%)	3511 (36.3%)	1792 (27.3%)	<0,01

5.3.7.1

Complejidad según edad y género

Las mujeres registraron mayor complejidad en los años 2019 y 2023, pero en 2021 fueron los hombres (**Tabla 35**).

Tabla 35 | Relación entre complejidad y género del médico centinela en los años 2019, 2021, 2023

	2019		p-valor	2021		p-valor	2023		p-valor
Complejidad	SI	NO	<0,01	SI	NO	0,03	SI	NO	0,02
Mujer	1705 (34,0%)	3315 (66%)		2811 (35,8%)	5033 (64,2%)		1529 (28,2%)	3886 (71,8%)	
Hombre	272 (28,1%)	696 (71,9%)		700 (38,5%)	1117 (61,5%)		254 (24,6%)	777 (75,4%)	

En los años 2019 y 2023, los médicos con más edad tendieron a registrar menos complejidad, y en 2021 fue al revés (**tabla 36**).

Tabla 36 | Relación entre complejidad y edad en los años 2019, 2021 y 2023

	2019		p-valor	2021		p-valor	2023		p-valor
Complejidad	SI	NO	<0.01	SI	NO	<0.01	SI	NO	0.79
Edad media	48.6 (DE±7.54)	49.4 (DE±7.29)		49.1 (DE±8.86)	48.2 (DE±8.74)		53.1 (DE±9.13)	53.3 (DE±8.68)	

5.3.7.2

Complejidad por tipo de visita

En la **tabla 37** podemos apreciar que el 83,2% de las visitas complejas del año 2019 son presenciales, sin embargo, en 2021 bajaron al 39,9% seguidas de cerca de las telefónicas con un 36,8%. En 2023 las visitas presenciales volvieron a recoger la mayor parte de la complejidad con un 73,5%.

Tabla 37 | Peso de las visitas en la complejidad* global para los años 2019, 2021 y 2023.

	2019			2021			2023		
COMPLEJIDAD	NO	SI	p valor	NO	SI	p valor	NO	SI	p valor
	N=4009	N=1976		N=6148	N=3507		N=4783	N=1792	
Tipo de visita			<0.01			<0.01			<0.01
Presencial	2470 (61.6%)	1644 (83.2%)		1288 (20.9%)	1401 (39.9%)		1942 (40.6%)	1317 (73.5%)	
No presencial	1070 (26.7%)	129 (6.53%)		1604 (26.1%)	428 (12.2%)		1232 (25.8%)	173 (9.65%)	
Telefónica	363 (9.05%)	129 (6.53%)		2115 (34.4%)	1291 (36.8%)		910 (19.0%)	226 (12.6%)	
Domicilio	31 (0.77%)	69 (3.49%)		27 (0.44%)	95 (2.71%)		37 (0.77%)	34 (1.90%)	
Validación médica (VV)	75 (1.87%)	5 (0.25%)		270 (4.39%)	31 (0.88%)		292 (6.10%)	8 (0.45%)	
eConsulta				833 (13.5%)	261 (7.44%)		370 (7.74%)	34 (1.90%)	
Videoconsulta				11 (0.18%)	0 (0.00%)				

*Ver explicación de complejidad en **tabla 5** (Material y métodos).

Desde el punto de vista del tipo de visita, vemos como en 2019 presentaban complejidad el 69% de los domicilios, el 40% de las visitas presenciales y el 26,2% de las consultas telefónicas. En 2021 estos datos aumentaron. Ese año los domicilios llegaron a un 77,9% de complejidad, seguidos de las visitas presenciales con el 52,1%, las visitas telefónicas con un 38%, las nuevas eConsultas con un 23,9% y la visita no presencial con un 21,1%. En 2023 se redujo la complejidad de todas las visitas. Las presenciales volvieron a nivel de 2019 (40%), la complejidad de los domicilios bajó a un 47,9%, las visitas telefónicas un 19,9% y las eConsultas un 8,4% (**tabla 38**).

Tabla 38 | Complejidad del tipo de visita* y año de estudio

	2019			2021			2023		
COMPLEJIDAD	NO	SI	p valor	NO	SI	p valor	NO	SI	p valor
Tipo de visita			<0.01			<0.01			<0.01
Presencial	2470 (60%)	1644 (40%)		1288 (47,9%)	1401 (52,1%)		1942 (59,6%)	1317 (40,4%)	
No presencial	1070 (89,2%)	129 (10,8%)		1604 (78,9%)	428 (21,1%)		1232 (87,7%)	173 (12,3%)	
Telefónica	363 (73,8%)	129 (26,2%)		2115 (62%)	1291 (38%)		910 (80,1%)	226 (19,9%)	
Domicilio	31 (31%)	69 (69%)		27 (22,1%)	95 (77,9%)		37 (52,1%)	34 (47,9%)	
Validación médica (VV)	75 (93,7%)	5 (6,3%)		270 (89,7%)	31 (10,3%)		292 (97,3%)	8 (2,7%)	
eConsulta				833 (76,1%)	261 (23,9%)		370 (91,6%)	34 (8,4%)	
Videoconsulta				11 (100%)	0 (0,00%)				

*Ver explicación de complejidad en **tabla 5** (Material y métodos).

5.3.7.3

Tipos de complejidad (sólo 2019 y 2021)

La complejidad en la postpandemia inmediata (2021) aumentó de forma significativa a nivel global, pero específicamente en la complejidad clínica, comunicativa y emocional. La complejidad asociada a problemática social también aumentó sin llegar a ser estadísticamente significativa (**tabla 39**).

Tabla 39 | Descripción de la complejidad de las visitas globales realizadas en el mes de mayo de 2019 y 2021

	Mayo 2019 (n = 6120)	Mayo 2021 (n = 9752)	p-valor
Complejidad global	1977 (33.0%)	3511 (36.3%)	<0.01
Tipo de complejidad			
C. clínica	979 (16.3%)	1985 (20.5%)	<0.01
C. comunicativa	204 (3.41%)	506 (5.24%)	<0.01
C. emocional	329 (5.49%)	596 (6.17%)	0.08
C. pluriconsulta	372 (6.21%)	510 (5.28%)	<0.01
C. interrupciones	113 (1.89%)	150 (1.55%)	0.11
C. social	138 (2.30%)	263 (2.72%)	0.11

Si analizamos los tipos de complejidad en las visitas presenciales, han aumentado significativamente, concretamente en todos los tipos de complejidad excepto la considerada por interrupciones (**tabla 40**).

Tabla 40 | Descripción de la complejidad de las visitas presenciales realizadas en el mes de mayo de 2019 y 2021

	2019 Visita presencial (n = 4128)	2021 Visita presencial (n = 2709)	p-valor
Complejidad	1680 (40.2%)	1401 (52.1%)	<0.01
Tipo de complejidad			
C. clínica	817 (19.5%)	746 (27.7%)	
C. comunicativa	181 (4.33%)	203 (7.55%)	
C. emocional	294 (7.03%)	262 (9.74%)	
C. pluriconsulta	344 (8.23%)	290 (10.8%)	
C. interrupciones	95 (2.27%)	74 (2.75%)	
C. social	86 (2.06%)	109 (4.05%)	

La complejidad de las visitas telefónicas también aumentó de forma global tras la pandemia. En este tipo de visitas la complejidad aumentó todas las categorías excepto en la complejidad social y complejidad por interrupciones (**tabla 41**).

Tabla 41 | Descripción de la complejidad de las visitas telefónicas realizadas en el mes de mayo de 2019 y 2021

	2019 Visita telefónica (n = 512)	2021 Visita telefónica (n = 3432)	p-valor
Complejidad	132 (26.3%)	1291 (37.9%)	<0.01
Tipo de complejidad			
C. clínica	67 (13.3%)	686 (20.1%)	
C. comunicativa	14 (2.79%)	216 (6.34%)	
C. emocional	27 (5.38%)	235 (6.90%)	
C. pluriconsulta	5 (1.00%)	150 (4.40%)	
C. interrupciones	12 (2.39%)	36 (1.06%)	
C. social	17 (3.39%)	85 (2.50%)	

Las visitas no presenciales son las que menos complejidad registraron y aun así su aumento ha resultado significativo. Las visitas no presenciales que registraron complejidad clínica fueron las que más aumentaron desde 2019 a 2021 (**tabla 42**).

Tabla 42 | Descripción de la complejidad de las visitas no presenciales realizadas en el mes de mayo de 2019 y 2021

	2019 Visita No presencial (n = 1298)	2021 Visita No presencial (n = 2038)	p-valor
Complejidad	131 (10.8%)	428 (21.1%)	<0.01
Tipo de complejidad			
C. clínica	88 (7.22%)	306 (15.1%)	
C. comunicativa	10 (0.82%)	44 (2.16%)	
C. emocional	9 (0.74%)	22 (1.08%)	
C. pluriconsulta	3 (0.25%)	23 (1.13%)	
C. interrupciones	4 (0.33%)	33 (1.62%)	
C. social	20 (1.64%)	34 (1.67%)	

Del total de visitas complejas, el mayor porcentaje recae sobre las visitas con afecciones agudas físicas y de patología de seguimiento crónico en los tres años de estudio, que a la vez son las consultas más frecuentes (**tabla 43**).

Tabla 43 | Relación entre la complejidad y el motivo de visita para mayo de 2019, 2021 y 2023, porcentajes expresados desde la complejidad total (% en vertical)

	2019			2021			2023		
COMPLEJIDAD	NO	SI	p-valor	NO	SI	p-valor	NO	SI	p-valor
Motivos de visita	N=5160	N=3469	<0.01	N=7205	N=5644	<0.01	N=5761	N=2994	<0.01
Tipo de motivo de consulta									
Administrativa	1369 (26.6%)	396 (11.4%)		2380 (33.3%)	638 (11.4%)		1715 (29.9%)	335 (11.2%)	
Física aguda	1860 (36.1%)	1346 (38.9%)		2357 (33.0%)	2046 (36.4%)		1742 (30.4%)	958 (32.0%)	
Psicosocial	49 (0.95%)	220 (6.36%)		76 (1.06%)	382 (6.80%)		106 (1.85%)	230 (7.68%)	
Seguimiento crónico	1873 (36.4%)	1498 (43.3%)		2336 (32.7%)	2549 (45.4%)		2171 (37.9%)	1470 (49.1%)	

Pero si nos fijamos en los tipos de visita, podemos apreciar que los motivos registrados como psicosociales, son los que tienen mayor porcentaje de complejidad. En los años 2019 y 2021 superaban el 80% y en 2023 el 68% de los motivos psicosociales representaron complejidad (**tabla 44**).

Tabla 44 | Relación entre la complejidad y motivo de visita para mayo de 2019, 2021 y 2023, porcentajes expresados desde el tipo de motivo de visita (% en horizontal)

	2019			2021			2023		
COMPLEJIDAD	NO	SI	p-valor	NO	SI	p-valor	NO	SI	p-valor
Administrativa	1369 (77,5%)	396 (22,5%)	<0.01	2380 (78,8%)	638 (21,2%)	<0.01	1715 (83,7%)	335 (16,3%)	<0.01
Física aguda	1860 (58%)	1346 (42%)		2357 (53,5%)	2046 (46,5%)		1742 (64,5%)	958 (35,5%)	
Psicosocial	49 (18,2%)	220 (81,8%)		76 (16,6%)	382 (83,4%)		106 (31,5%)	230 (68,5%)	
Seguimiento crónico	1873 (55,5%)	1498 (44,5%)		2336 (47,8%)	2549 (52,2%)		2171 (59,6%)	1470 (40,4%)	

Si comparamos la complejidad y el número de motivos de consulta expresados en cada visita podemos ver como en 2019 y 2023 a medida que hay más demanda de motivos de consulta, el médico centinela registra más complejidad. Sin embargo en el año 2021 tener más motivos de consulta no siempre significa más complejidad (**tabla 45**).

Tabla 45 | Complejidad respecto al número de motivos de consulta para los años 2019, 2021 y 2023 (% en vertical)

	2019			2021			2023		
COMPLEJIDAD	NO	SI	p-valor	NO	SI	p-valor	NO	SI	p-valor
Número de motivos por visita médica			<0.01			<0.01			<0.01
1 motivo	3033 (58.8%)	955 (27.5%)		5225 (72.5%)	1984 (35.2%)		3791 (65.8%)	902 (30.1%)	
2 motivos	1512 (29.3%)	1094 (31.5%)		1584 (22.0%)	1836 (32.5%)		1472 (25.6%)	1006 (33.6%)	
3-4 motivos	615 (11.9%)	1420 (40.9%)		396 (5.50%)	1824 (32.3%)		498 (8.64%)	1086 (36.3%)	

5.3.8

Relevancia

De las 6616 visitas registradas en 2023 (incluidas presenciales y no presenciales), 6604 tenían registrada la relevancia. El 5,92% de las visitas se consideran imprescindibles, mientras que el 23% de las visitas (1521) no tenían ninguna relevancia médica para los centinelas. Si sumamos las irrelevantes y las poco relevantes, supera el 50% del total (53,3%) (**tabla 46**).

Tabla 46 | Relevancia de las visitas realizadas durante el año 2023

Relevancia de la visita en 2023	
Visitas totales	6604
Ninguna relevancia	1521 (23.0%)
Poco relevante	2001 (30.3%)
Bastante relevante	1727 (26.2%)
Muy relevante	964 (14.6%)
Imprescindible	391 (5.92%)

5.3.8.1

Relevancia según edad y género.

Si analizamos la relevancia de las visitas más clínicas, eliminando del total de visitas las no presenciales (en gran parte administrativas o burocráticas) y las de validación médica de enfermería (VV), nos quedamos con 4860 visitas. Con esta modificación, el porcentaje de visitas irrelevantes disminuye al 14,5% del total, pero la suma de las visitas sin relevancia y poca relevancia suponen el 45,3%. En la **tabla 47** podemos ver cómo se distribuyen por género y por edad, donde hay más posibilidades de registrar menos relevancia a medida que la edad aumenta. Aunque parece que existen diferencias notables entre mujeres y hombres, no podemos llegar a conclusiones debido al reducido número de hombres (muestra insuficiente).

Tabla 47 | Relevancia de las visitas de 2023 según género y edad, sin las visitas de validación médica (VV) ni las visitas No Presenciales (% en vertical)

	Total	Mujer	Hombre	Edad media (DE)
N médicos centinela	46	39	7	
N visitas	4860	N=4115	N=745	
Relevancia de la visita				
Ninguna relevancia	703 (14.5%)	543 (13.2%)	160 (21.5%)	53.2 (9.27)
Poco relevante	1495 (30.8%)	1206 (29.3%)	289 (38.8%)	53.1 (9.12)
Bastante relevante	1452 (29.9%)	1255 (30.5%)	197 (26.4%)	52.3 (8.63)
Muy relevante	859 (17.7%)	785 (19.1%)	74 (9.93%)	52.4 (8.94)
Imprescindible	351 (7.22%)	326 (7.92%)	25 (3.36%)	51.6 (9.30)
Total	100%	100%	100%	100%

5.3.8.2

Relevancia según la jornada laboral

Durante las jornadas de urgencias se tiene a la polarización. Aumentan las visitas visitas imprescindibles pero también las que no representan ninguna trascendencia (**tabla 48**).

Tabla 48 | Relevancia de las visitas según la jornada, año 2023 (% en vertical)

Tipo de Jornada	Ordinaria	Doblaje	Domicilios	Urgencias	p-valor
	N=3614	N=345	N=373	N=528	
Relevancia de la visita					<0.01
Ninguna relevancia	510 (14.1%)	39 (11.3%)	53 (14.2%)	101 (19.1%)	
Poco relevante	1107 (30.6%)	93 (27.0%)	106 (28.4%)	189 (35.8%)	
Bastante relevante	1087 (30.1%)	123 (35.7%)	115 (30.8%)	127 (24.1%)	
Muy relevante	650 (18.0%)	67 (19.4%)	76 (20.4%)	66 (12.5%)	
Imprescindible	260 (7.19%)	23 (6.67%)	23 (6.17%)	45 (8.52%)	

Las visitas más relevantes son las domiciliarias, seguidas de las visitas presenciales. Casi el 70% de las eConsultas presentan poca o ninguna relevancia. (**tabla 49**).

Tabla 49 | Relevancia según el tipo de visita, año 2023 (% en vertical)

Tipo de visita	Presencial	Telefónica	Domicilio	eConsulta	p-valor
	N=3264	N=1125	N=69	N=402	
Relevancia de la visita					<0.01
Ninguna relevancia	326 (9.99%)	254 (22.6%)	2 (2.90%)	121 (30.1%)	
Poco relevante	923 (28.3%)	405 (36.0%)	7 (10.1%)	160 (39.8%)	
Bastante relevante	1065 (32.6%)	268 (23.8%)	27 (39.1%)	92 (22.9%)	
Muy relevante	669 (20.5%)	146 (13.0%)	19 (27.5%)	25 (6.22%)	
Imprescindible	281 (8.61%)	52 (4.62%)	14 (20.3%)	4 (1.00%)	

5.3.9

Resultados de la relevancia y el *burnout*

Las médicas centinelas con *burnout* registraron más visitas relevantes que las que no padecían *burnout* (**tabla 50**). No disponemos de número suficiente de médicos varones centinela con *burnout* para obtener resultados estadísticamente significativos.

Tabla 50 | Relevancia de la visita respecto al *burnout* en mujeres centinelas. Año 2023

Burnout	NO	SI	p-valor
N médicas centinela	20	4	
N visitas	N=2103	N=415	
Relevancia de la visita			<0.01
Ninguna relevancia	343 (16.3%)	25 (6.02%)	
Poco relevante	733 (34.9%)	93 (22.4%)	
Bastante relevante	573 (27.2%)	109 (26.3%)	
Muy relevante	340 (16.2%)	112 (27.0%)	
Imprescindible	114 (5.42%)	76 (18.3%)	

5.3.10

Resultados de la relevancia y la complejidad asistencial

Complejidad y relevancia presentan una relación positiva: cuanto mayor es la relevancia de la visita, más posibilidades tiene de ser compleja y viceversa (**tabla 51**).

Tabla 51 | Relevancia y complejidad de las visitas en mayo de 2023

Complejidad	Ninguna relevancia	Poco relevante	Bastante relevante	Muy relevante	Imprescindible	p-valor
	N=703	N=1495	N=1452	N=859	N=351	
						<0.001
NO compleja	640 (91.0%)	1230 (82.3%)	942 (64.9%)	360 (41.9%)	82 (23.4%)	
SI compleja	63 (8.96%)	265 (17.7%)	510 (35.1%)	499 (58.1%)	269 (76.6%)	

5.3.11

Resultados de las incidencias en las consultas

De las 223 jornadas registradas en 2019, en el 27% de las visitas, los centinelas registraron alguna incidencia. Los problemas informáticos y los cambios en el organigrama (*planning*) por eventos sobrevenidos fueron los más prevalentes, seguidos de las emergencias clínicas. En el año 2021, las jornadas afectadas por alguna incidencia fueron del 37%, siendo las informáticas y organizativas también las más prevalentes (**tabla 52**).

No disponemos de registro de incidencias del año 2023.

Tabla 52 | Incidencias registradas en las jornadas realizadas en el año 2019 y 2021

Año	Jornadas	Jornadas afectadas	Incidencias totales	Informáticas	Organizativas	Emergencia clínica	Otras
2019	223	61 (27,3%)	72	21 (29,1%)	21 (29,1%)	9 (12,5%)	21 (29,1%)
2021	317	118 (37,2%)	125	38 (30,4%)	35 (28%)	16 (12,8%)	36 (28,8%)

5.4

Resultados asistenciales globales y perfil profesional

5.4.1

Resultados del año 2019

Se puede apreciar cómo las mujeres centinelas registran significativamente más complejidad (sobre todo por pluriconsulta y por interrupciones) que los hombres centinelas. El tiempo de descanso es muy superior en los hombres que en las mujeres (el doble) y la fatiga al finalizar la jornada es superior en las mujeres. Los centinelas que en 2019 presentaron *burnout* registraron más complejidad global (especialmente clínica y comunicativa), derivaron más y registraron más resolución. Los que no tienen *burnout* registran una adecuación de las visitas menor. A medida que el centinela tiene más edad, tiene más posibilidades de registrar más complejidad, mayor resolución de la visita y más posibilidades de presentar fatiga al finalizar la consulta. Los centinelas con mayor antigüedad en la empresa resuelven y derivan más (**tabla 53**).

Tabla 53 | Relación entre la actividad asistencial, el *burnout* y el perfil del médico centinela del año 2019

MAYO 2019 n=48 (ver tabla 8)										
	Género			Burnout			Edad		Antigüedad en lugar de trabajo	
	Mujer	Hombre	p-valor	No burnout	Si burnout	p-valor	Años	p-valor	Años	p-valor
Número centinelas	N=40	N=8		N=42	N=6		Correlación (valor r)		Correlación (valor r)	
Visitas por jornada	27.6 (DE±4.7)	26.7 (DE±4.64)	0.53	27.5 (DE±4.81)	27.5 (DE±3.83)	0.73	0.09	0.60	0.06	0.21
Motivos por jornada	39.6 (DE±8.34)	35.4 (DE±7.41)	0.23	39.3 (DE±8.37)	35.7 (DE±7.40)	0.26	0.12	0.62	0.10	0.18
Visitas presenciales por jornada	18.2 (DE±3.02)	19.7 (DE±2.38)	0.17	18.6 (DE±2.98)	17.0 (DE±2.58)	0.22	0.26	0.05	0.06	0.80
N visitas	N=5020	N=968		N=5313	N=675		odds factor		odds factor	
Complejidad global	1705 (34.0%)	272 (28.1%)	<0.01	1724 (32.4%)	253 (37.5%)	0.01	1.01	<0.01	1.00	0.56
Complejidad clínica	810 (16.1%)	169 (17.5%)	0.33	819 (15.4%)	160 (23.7%)	<0.01	1.02	<0.01	1.00	0.78
Complejidad comunicativa	170 (3.39%)	34 (3.51%)	0.92	194 (3.65%)	10 (1.48%)	<0.01	1.01	0.42	1.00	0.74
Complejidad emocional	287 (5.72%)	42 (4.34%)	0.10	299 (5.63%)	30 (4.44%)	0.24	0.99	0.27	0.99	0.25

continúa

Tabla 53 | Relación entre la actividad asistencial, el *burnout* y el perfil del médico centinela del año 2019

MAYO 2019 n=48 (ver tabla 8)										
	Género			Burnout			Edad		Antigüedad en lugar de trabajo	
	Mujer	Hombre	p-valor	No burnout	Si burnout	p-valor	Años	p-valor	Años	p-valor
Complejidad por pluriconsulta	354 (7.05%)	18 (1.86%)	<0.01	339 (6.38%)	33 (4.89%)	0.15	1.01	0.15	1.01	0.46
Complejidad por interrupciones	104 (2.07%)	9 (0.93%)	0.02	97 (1.83%)	16 (2.37%)	0.41	1.02	0.23	1.01	0.33
Complejidad social	118 (2.35%)	20 (2.07%)	0.67	129 (2.43%)	9 (1.33%)	0.10	0.96	<0.01	0.98	0.18
N jornadas evaluadas	N=180	N=36		N=189	N=27		correlación		correlación	
Tiempo descanso (min)	12.0 (DE±10.5)	16.8 (DE±7.55)	<0.01	12.8 (DE±10.4)	12.2 (DE±8.79)	1.00	0.14	0.15	-0.08	0.52
Fatiga final (0-10)	5.92 (DE±2.26)	5.19 (DE±2.12)	0.03	5.77 (DE±2.25)	6.06 (DE±2.30)	0.42	0.14	0.06	0.02	0.77
Fatiga final - Fatiga Inicial (0-10)	3.41 (DE±2.65)	3.03 (DE±1.36)	0.41	3.28 (DE±2.56)	3.76 (DE±1.85)	0.22	0.29	<0.01	0.15	0.17

continúa

Tabla 53 | Relación entre la actividad asistencial, el *burnout* y el perfil del médico centinela del año 2019

MAYO 2019 n=48 (ver tabla 8)									
	Género		Burnout			Edad		Antigüedad en lugar de trabajo	
	Mujer	Hombre	p-valor	No burnout	Si burnout	p-valor	Años	Años	p-valor
N motivos visita	N=7158	N=1265		N=7500	N=923		odds factor*	odds factor*	
Adecuación motivo			0.49			<0.01	1.01	1	0.45
No	654 (9.25%)	108 (8.59%)		714 (9.61%)	48 (5.33%)				
Si	6419 (90.8%)	1150 (91.4%)		6717 (90.4%)	852 (94.7%)				
Resolución			0.13			<0.01	media	media	<0.01
Resuelto	3714 (51.9%)	620 (49.0%)		3790 (50.5%)	544 (58.9%)		49.01 (DE±7.34)	12.2 (DE±6.59)	
Seguimiento	2860 (40.0%)	543 (42.9%)		3105 (41.4%)	298 (32.3%)		48.64 (DE±7.41)	11.54 (DE±6.1)	
Derivación	584 (8.16%)	102 (8.06%)		605 (8.07%)	81 (8.78%)		48.48 (DE±7.15)	12.47 (DE±6.5)	

La utilización y valoración de los test estadísticos utilizados figuran en el **anexo 9**.

* Cada vez que la edad aumenta un año, el "odds" de que una visita sea compleja se multiplica por el "odds factor". Así un odds factor>1 indica que a más Edad, más probabilidad (odds) de que una visita sea compleja. Un odds factor<1 indica menos probabilidad (odds) a más Edad. Un odds factor=1 o un pvalor elevado (>0.1 por ejemplo) indica que la Edad no tiene efecto sobre la percepción de complejidad de una visita.

5.4.2

Resultados del año 2021

Durante el registro semanal de mayo de 2021, a diferencia del 2019, los hombres centinelas son los que registran más complejidad, siguen descansando más, pero sin resultar significativo. Las mujeres tienden a ver más adecuadas las visitas, a registrar mayor derivación.. El *burnout* afecta igual que en 2019, registrando más complejidad quien lo padece, así como también más fatiga. La adecuación y el *burnout* están en sentido opuesto al 2019, pero en derivación se comportan igual. Respecto a la edad, cuanto más mayor, menos posibilidades de registrar complejidad (global, comunicativa y social) así como menos fatiga al final de la jornada y mayor porcentaje de derivaciones. Los médicos que llevan más tiempo trabajado muestran tendencia a realizar más derivaciones. Cuanto mayor es la antigüedad, menos posibilidades existen de registrar complejidad global, ni complejidad clínica ni complejidad por pluriconsulta. Finalmente, los que tienen más edad o más antigüedad, parecen registrar más adecuadas las visitas (**tabla 54**).

Tabla 54 | Relación entre la actividad asistencial, el *burnout* y el perfil del médico centinela del año 2021

MAYO 2021 n=70 (ver tabla 8)										
	Género			Burnout			Edad		Antigüedad en lugar de trabajo	
	Mujer	Hombre	p-valor	No burnout	Si burnout	p-valor	Años	p-valor	Años	p-valor
Número centinelas	N=57	N=13		N=51	N=19		correlación (valor r)		correlación (valor r)	
Visitas por jornada	30.1 (DE±7.26)	30.0 (DE±8.58)	0.87	30.0 (DE±7.49)	30.3 (DE±7.58)	0.76	0.03	0.97	-0.09	0.40
Motivos por jornada	39.9 (DE±9.89)	39.2 (DE±11.2)	0.67	40.2 (DE±10.4)	38.7 (DE±9.13)	0.81	-0.06	0.56	-0.14	0.31
Visitas presenciales por jornada	8.96 (DE±3.41)	10.2 (DE±2.22)	0.13	9.21 (DE±3.23)	9.22 (DE±3.37)	0.89	0.10	0.23	-0.08	0.60
N visitas	N=7844	N=1817		N=7205	N=2456		odds factor		odds factor	
Complejidad global	2811 (35.8%)	700 (38.5%)	0.03	2520 (35.0%)	991 (40.4%)	<0.01	0.99	<0.01	0.99	<0.01
Complejidad clínica	1561 (19.9%)	424 (23.3%)	<0.01	1393 (19.3%)	592 (24.1%)	<0.01	0.99	0.06	0.99	<0.01
Complejidad comunicativa	439 (5.60%)	67 (3.69%)	<0.01	386 (5.36%)	120 (4.89%)	0.39	0.98	<0.01	1	0.87
Complejidad emocional	469 (5.98%)	127 (6.99%)	0.12	445 (6.18%)	151 (6.15%)	1.00	0.99	0.15	0.99	0.17

continúa

Tabla 54 | Relación entre la actividad asistencial, el *burnout* y el perfil del médico centinela del año 2021

MAYO 2021 n=70 (ver tabla 8)									
	Género		Burnout			Edad		Antigüedad en lugar de trabajo	
	Mujer	Hombre	p-valor	No burnout	Si burnout	p-valor	Años	p-valor	Años
Complejidad por pluriconsulta	404 (5.15%)	106 (5.83%)	0.26	392 (5.44%)	118 (4.80%)	0.24	0.99	0.23	0.98
Complejidad por interrupciones	129 (1.64%)	21 (1.16%)	0.16	128 (1.78%)	22 (0.90%)	<0.01	0.99	0.44	1
Complejidad social	187 (2.38%)	76 (4.18%)	<0.01	194 (2.69%)	69 (2.81%)	0.81	0.97	<0.01	0.99
N jornadas evaluadas	N=248	N=58		N=228	N=78		Correlación (valor r)		Correlación (valor r)
Tiempo descanso (min)	11.6 (DE±11.2)	13.7 (DE±9.23)	0.07	11.8 (DE±11.5)	12.4 (DE±8.93)	0.29	-0.11	0.03	-0.06
Fatiga final (0-10)	6.07 (DE±2.13)	5.21 (DE±2.57)	0.03	5.53 (DE±2.24)	7.01 (DE±1.86)	<0.01	-0.10	0.99	-0.24
Fatiga final - Fatiga Inicial (0-10)	2.96 (DE±1.99)	2.81 (DE±1.98)	0.55	3.09 (DE±2.07)	2.49 (DE±1.65)	0.02	0.05	0.79	0.06

continúa

Tabla 54 | Relación entre la actividad asistencial, el *burnout* y el perfil del médico centinela del año 2021

MAYO 2021 n=70 (ver tabla 8)										
	Género			Burnout			Edad		Antigüedad en lugar de trabajo	
	Mujer	Hombre	p-valor	No burnout	Si burnout	p-valor	Años	p-valor	Años	p-valor
N motivos visita	N=10512	N=2351		N=9565	N=3298		odds factor		odds factor	
Adecuación motivo			<0.01			<0.01	1.02	<0.01	1.01	<0.01
No	1380 (13.2%)	389 (16.7%)		1216 (12.8%)	553 (16.8%)					
Si	9087 (86.8%)	1939 (83.3%)		8293 (87.2%)	2733 (83.2%)					
Resolución			<0.01			<0.01	media	<0.01	media	<0.01
Resuelto	4834 (46.0%)	1319 (56.1%)		4765 (49.8%)	1388 (42.1%)		48.52 (DE±9.01)		11.91(DE±8.8)	
Seguimiento	4674 (44.5%)	863 (36.7%)		3968 (41.5%)	1569 (47.6%)		48.73 (DE±8.5)		11.16(DE±8.46)	
Derivación	1004 (9.55%)	169 (7.19%)		832 (8.70%)	341 (10.3%)		49.53 (DE±9.23)		12.6(DE±9.31)	

La utilización y valoración de los test estadísticos utilizados figuran en el **anexo 9**.

5.4.3

Resultados del año 2023

En la semana de mayo de 2023 (resultados condicionados porque sólo 29 centinelas registraron el *burnout* de 45 que participaron) los centinelas varones tendieron a registrar menos complejidad, a descansar más (como en 2019 y 2021 pero sin ser significativo), a mostrar menos fatiga, a resolver más y derivar menos. Los médicos centinelas que padecen *burnout* registran más complejidad, se fatigan más al finalizar la consulta, resuelven menos y derivan más. En este año la edad no se correlaciona con la complejidad, pero si el médico tiene más edad, la visita tiene más posibilidades de considerarse adecuada y de resolverse en el centro. El médico centinela que lleva más tiempo en el puesto de trabajo registra menos adecuación, más complejidad, dispone de más tiempo de descanso y deriva más (**tabla 55**).

Tabla 55 | Relación entre la actividad asistencial, el *burnout* y el perfil del médico centinela del año 2023

MAYO 2023 *n=45/n=29 (ver tabla 8)										
	Género			Burnout			Edad		Antigüedad en lugar de trabajo	
	Mujer	Hombre	p-valor	No burnout	Si burnout	p-valor	Años	p-valor	Años	p-valor
Número centinelas	N=38	N=7		N=25	N=4		Correlación (valor r)		Correlación (valor r)	
Visitas por jornada	31.2 (DE±5.14)	32.3 (DE±4.95)	0.59	32.4 (DE±5.17)	28.6 (DE±5.00)	0.22	0.04	0.70	-0.06	0.63
Motivos por jornada	42.5 (DE±8.20)	40.7 (DE±9.41)	0.67	42.6 (DE±7.22)	36.6 (DE±8.17)	0.13	-0.06	0.98	0.04	0.55
Visitas presenciales por jornada	15.5 (DE±2.71)	18.0 (DE±3.05)	0.04	16.5 (DE±2.92)	15.7 (DE±4.85)	0.45	0.09	0.64	-0.12	0.42
Número visitas	N=5415	N=1031		N=3542	N=571		odds factor		odds factor	
Complejidad global	1529 (28.2%)	254 (24.6%)	0.02	855 (24.1%)	234 (41.0%)	<0.01	1	0.45	1.01	<0.01
Adecuación global	4439 (82.0%)	841 (82.1%)	0.98	2886 (81.6%)	480 (84.1%)	0.18	1.01	<0.01	0.98	<0.01

continúa

Tabla 55 | Relación entre la actividad asistencial, el *burnout* y el perfil del médico centinela del año 2023

MAYO 2023 *n=45/n=29 (ver tabla 8)									
	Género		Burnout			Edad		Antigüedad en lugar de trabajo	
	Mujer	Hombre	p-valor	No burnout	Si burnout	p-valor	Años	p-valor	Años
N jornadas evaluadas	N=176	N=32		N=112	N=19		Correlación (valor r)		Correlación (valor r)
Tiempo descanso (min)	9.61 (DE±8.01)	10.8 (DE±8.23)	0.43	10.1 (DE±8.15)	7.63 (DE±6.74)	0.22	0.03	0.71	0.18
Fatiga final (0-10)	6.32 (DE±2.09)	3.87 (DE±2.26)	<0.01	5.68 (DE±2.32)	7.42 (DE±1.74)	0.01	-0.06	0.7	0.41
Fatiga final - Fatiga Inicial (0-10)	3.68 (DE±2.35)	3.10 (DE±2.31)	0.15	3.51 (DE±2.41)	4.11 (DE±2.51)	0.31	0.04	0.92	0.09
Número de motius	N=7288	N=1283		N=4616	N=695				
Resolución			<0.01			<0.01	media	<0.01	media
Resuelto	3527 (48.4%)	768 (59.9%)		2376 (51.5%)	283 (40.7%)		53.12 (DE±9.46)		12.91(DE±8.9)
Seguimiento	3083 (42.3%)	416 (32.4%)		1841 (39.9%)	326 (46.9%)		52.92 (DE±8.31)		13.51(DE±8.7)
Derivación	678 (9.30%)	99 (7.72%)		399 (8.64%)	86 (12.4%)		51.88 (DE±8.86)		13.48(DE±9.1)

La utilización y valoración de los test estadísticos utilizados figuran en el **anexo 9**.

* La n=45 para los cruces en los que el *burnout* no es necesario (son los participantes que registraron la actividad asistencial). El registro de *burnout* sólo lo hicieron 29 de esos 45.

5.4.4

Resultados agrupados (totales)
de los años 2019, 2021 y 2023

Si agrupamos los tres años de estudio por semanas de trabajo, con todas las jornadas y visitas realizadas, podemos ver que el registro de la complejidad por género no presenta diferencias, salvo que los hombres muestran tendencia a fatigarse menos y dar por resueltas más visitas. Los médicos centinelas que padecen *burnout* tienden a ver menos pacientes de forma presencial (aunque no resulta significativo), registran más percepción de complejidad, se fatigan más al final de la jornada, resuelven menos y derivan más. A mayor edad, existen menos posibilidades de registrar complejidad y más de registrar fatiga diferencial (fatiga final menos fatiga inicial). Para el tiempo en el lugar de trabajo los datos son similares a los que ofrecen los cruces de la edad, sin ser significativo en la complejidad pero sí en la resolución (**Tabla 56**).

Tabla 56 | Relación entre la actividad asistencial, el *burnout* y el perfil del médico centinela : datos agregados de los años 2019, 2021 y 2023

DATOS AGREGADOS (totales) MAYO 2019, MAYO 2021 Y MAYO 2023 *n=147/n=163 (ver tabla 8)										
	Género			Burnout			Edad		Antigüedad en lugar de trabajo	
	Mujer	Hombre	p-valor	No burnout	Si burnout	p-valor	Años	p-valor	Años	p-valor
Número centinelas	N=135	N=28		N=118	N=29		Correlación (valor r)		Correlación (valor r)	
Visitas por jornada	29.7 (DE±6.14)	29.6 (DE±6.95)	0.96	29.6 (DE±6.40)	29.5 (DE±6.57)	0.96	0.09	0.23	-0.04	0.80
Motivos por jornada	40.5 (DE±9.01)	38.5 (DE±9.69)	0.23	40.4 (DE±9.12)	37.8 (DE±8.50)	0.24	0.02	0.76	-0.03	0.80
Visitas presenciales por jornada	13.6 (DE±5.08)	14.9 (DE±5.07)	0.27	14.1 (DE±5.32)	12.0 (DE±4.89)	0.06	0.13	0.13	-0.02	0.97
Número visitas	N=18279	N=3816		N=16060	N=3702		odds factor		odds factor	
Complejidad global	6045 (33.1%)	1226 (32.1%)	0.27	5099 (31.7%)	1478 (39.9%)	<0.01	0.99	<0.01	1	0.06

continúa

Tabla 56 | Relación entre la actividad asistencial, el *burnout* y el perfil del médico centinela : datos agregados de los años 2019, 2021 y 2023

DATOS AGREGADOS (totales) MAYO 2019, MAYO 2021 Y MAYO 2023 *n=147/n=163 (ver tabla 8)										
	Género			Burnout			Edad		Antigüedad en lugar de trabajo	
	Mujer	Hombre	p-valor	No burnout	Si burnout	p-valor	Años	p-valor	Años	p-valor
N jornadas evaluadas	N=598	N=124		N=518	N=124		Correlación (valor r)		Correlación (valor r)	
Tiempo descanso (min)	11.1 (DE±10.2)	13.8 (DE±8.75)	<0.01	11.8 (DE±10.5)	11.6 (DE±8.70)	0.77	-0.03	0.37	-0.01	0.47
Fatiga final (0-10)	6.10 (DE±2.16)	4.88 (DE±2.42)	<0.01	5.65 (DE±2.25)	6.87 (DE±1.98)	<0.01	-0.02	0.26	-0.08	0.27
Fatiga final - Fatiga Inicial (0-10)	3.30 (DE±2.33)	2.95 (DE±1.90)	0.11	3.24 (DE±2.33)	3.03 (DE±1.96)	0.31	0.15	0.02	0.09	0.01
Número de motivos	N=24958	N=4899		N=21681	N=4916					
Resolución			<0.01			<0.01	media	0.71	media	<0.01
Resuelto	12075 (48.4%)	2707 (55.3%)		10931 (50.4%)	2215 (45.1%)		49.86 (DE±8.83)		12.27 (DE±8.2)	
Seguimiento	10617 (42.5%)	1822 (37.2%)		8914 (41.1%)	2193 (44.6%)		49.83 (DE±8.43)		11.89 (DE±8.0)	
Derivación	2266 (9.08%)	370 (7.55%)		1836 (8.47%)	508 (10.3%)		49.19 (DE±8.57)		12.81 (DE±8.6)	

La utilización y valoración de los test estadísticos utilizados figuran en el **anexo 9**.
 *163 centinelas con actividad asistencial completa y 147 con la actividad asistencial semanal + registro de *burnout*.

5.4.5

Resultados agrupados de los años 2019, 2021 y 2023 pero sólo con jornadas ordinarias y visitas presenciales

Si realizamos el mismo análisis pero sólo considerando visitas presenciales hechas en jornadas ordinarias, podemos apreciar cómo los hombres tienden a descansar más y fatigarse menos que las mujeres, registrar menor complejidad percibida y derivar menos. La tendencia con la edad es la siguiente: a mayor edad menos visitas, menor fatiga, menor complejidad y mayor resolución. Los médicos centinela con *burnout* realizan menos visitas presenciales y registran menos motivos de consulta, se fatigan más y resuelven menos. (**tabla 57**).

Tabla 57 | Relación entre la actividad asistencial, el *burnout* y el perfil del médico centinela de las jornadas ordinarias y las visitas presenciales: datos agregados de los años 2019, 2021 y 2023

DATOS AGREGADOS MAYO 2019, MAYO 2021 Y MAYO 2023 SÓLO DE JORNADAS ORDINARIAS Y VISITAS PRESENCIALES										
	Género			Burnout			Edad		Antigüedad en lugar de trabajo	
	Mujer	Hombre	p-valor	No burnout	Si burnout	p-valor	Años	p-valor	Años	p-valor
Número centinelas	75	16		115	26		Correlación (valor r)		Correlación (valor r)	
Visitas presenciales por jornada	13.8 (DE±5.13)	15.2 (DE±5.27)	0.24	14.3 (DE±5.38)	11.4 (DE±4.64)	<0.01	0.18	0.04	0.03	0.61
Motivos por jornada	231 (DE±9.26)	23.8 (DE±8.72)	0.8	23.7 (DE±9.57)	18.7 (DE±7.19)	<0.01	0.12	0.17	0.03	0.39
Número visitas	N=5896	N=1395		N=5460	N=927		Odds factor		Odds factor	
Complejidad global	2673 (DE±45.3%)	580 (DE±41.6%)	0.01	2334 (DE±42.7%)	503 (DE±54.3%)	<0.01	0.99	0.01	1	1

continúa

Tabla 57 | Relación entre la actividad asistencial, el *burnout* y el perfil del médico centinela de las jornadas ordinarias y las visitas presenciales: datos agregados de los años 2019, 2021 y 2023

DATOS AGREGADOS MAYO 2019, MAYO 2021 Y MAYO 2023 SÓLO DE JORNADAS ORDINARIAS Y VISITAS PRESENCIALES										
	Género			Burnout			Edad		Antigüedad en lugar de trabajo	
	Mujer	Hombre	p-valor	No burnout	Si burnout	p-valor	Años	p-valor	Años	p-valor
N jornadas evaluadas	N=426	N=89		N=373	N=83		Correlación (valor r)		Correlación (valor r)	
Tiempo descanso (min)	10.6 (DE±9.90)	13.8 (DE±8.34)	<0.01	11.3 (DE±10.2)	11.2 (DE±8.66)	0.88	-0.05	0.24	-0.08	0.47
Fatiga final (0-10)	6.11 (DE±2.14)	4.88 (DE±2.41)	<0.01	5.71 (DE±2.25)	6.73 (DE±2.04)	<0.01	-0.02	0.56	-0.08	0.54
Fatiga final - Fatiga Inicial (0-10)	3.33 (DE±2.39)	3.02 (DE±1.79)	0.29	3.30 (DE±2.43)	2.93 (DE±1.81)	0.13	0.16	0.02	0.15	<0.01
Número de motivos	N=9782	N=2090		N=8818	N=1493					
Resolución			<0.01			<0.01	media	0.01	media	<0.01
Resuelto	3961 (40.5%)	933 (44.6%)		3706 (42.0%)	530 (35.5%)		49.86 (DE±8.83)		12.34 (DE±8.08)	
Seguimiento	4687 (47.9%)	957 (45.8%)		4166 (47.2%)	773 (51.8%)		49.83 (DE±8.43)		11.81 (DE±7.96)	
Derivación	1134 (11.6%)	200 (9.57%)		946 (10.7%)	190 (12.7%)		49.19 (DE±8.57)		12.55 (DE±8.28)	

5.5

Análisis multivariante

Modelo Logístico Mixto sobre los determinantes de la complejidad percibida de una visita médica de atención primaria (sin tener en cuenta las características del paciente)

16734 visitas analizadas en los años 2019, 2021 y 2023, no consideramos las visitas realizadas en jornada de teletrabajo. Tampoco se consideran visitas no presenciales ni de Validación Médica, por ser potencialmente de carácter administrativo y no clínico. Tampoco la Videoconsulta, puesto que sólo hay 11 en los tres años. Las visitas las han realizado 90 médicos centinelas diferentes.

Según la definición de complejidad de la **tabla 5** de Material y métodos, este subestudio analiza las visitas consideradas como complejas o no complejas. En 2019 y 2021 (la complejidad se registraba en cada motivo de consulta) se identifica la visita como compleja, aquella para cualquier tipo de complejidad registrada en los motivos de consulta. En 2023 la variable como ya era dicotómica (SI/NO) y global de la visita realizada, no hizo falta reconvertirla.

Outcome Y: Vista compleja: 0 = No, 1= Sí. Autopercebida según la definció anterior.

Variables:

- **Año** en el que se ha hecho la visita.
- **Edad y género** del médico que hace la visita.
- *Burnout* (0=No, 1=Sí). 53 centinelas no sufren *burnout* en ninguno de los 3 años, 21 sufren *burnout* en alguno de los tres años. El resto, 16 tienen algún año sin *burnout* (no observado).
- **Tipo de visita:** Presencial, Domicilio, eConsulta, Telefónica.
- **Visita telemática** (Sí: si la visita es eConsulta o Telefónica. NO: si la visita es Presencial o Domicilio).

- **Motivo(s) de la visita:** Cada visita puede tener de 1 a 4 motivos diferentes. Los motivos posibles son: administrativo, físico agudo, psicosocial y seguimiento crónico. Para asociar cada visita con un único motivo para el análisis, se ajustó un modelo preliminar con las visitas que sólo tienen un motivo, por tal de ordenar los motivos según la probabilidad de considerar una visita compleja. Así se determinó que el motivo administrativo es aquel que hace menos probable que la visita se marque como compleja, seguido del motivo “seguimiento crónico”, el motivo “físico agudo” y finalmente el motivo “psicosocial”. Con este orden se definió la variable “motivo complejo”, que elige de entre los motivos de una visita aquel “más complejo” según el orden Administrativo<físico-agudo<seguimiento crónico<psicosocial (físico agudo parecido a seguimiento crónico, el motivo psicosocial presenta diferencias importantes).
- **Motivo_comp:** Motivo “más complejo” de entre los motivos de la visita. Motivo único de la visita elegido cómo se explica anteriormente. Si la visita tiene sólo un motivo, no hay que hacer ninguna elección.
- **Motivo_admin:** Variable dicotómica. Sí o NO. Variable que indica si el motivo más complejo (motivo_comp) es administrativo o no. Si el *motivo_admin*=Sí, esto quiere decir que la visita tiene un único motivo y que es administrativo. Si el *motivo_admin*=NO, entonces la visita tiene algún motivo que no es administrativo y puede tener uno o más motivos.
- **Número de motivos de la visita:** Categórica con los niveles: 1,2,3-4.
- Otras variables que pueden caracterizar la visita o el médico: **tipo de jornada, turno en el que se ha realizado la visita, antigüedad laboral...**

Las variables que presentan diferencias más relevantes respecto a la complejidad son el año de registro, padecer *burnout*, el tipo de visita, el motivo de visita y el número de motivos de visita (**tabla 58**).

Tabla 58 | Análisis descriptivo de las variables de estudio respecto a la complejidad registrada

	No compleja	Sí Compleja	p
	N=10231	N=6412	
Género			0.243
Mujer	8343 (82.3%)	5318 (83.1%)	
Hombre	1790 (17.7%)	1085 (16.9%)	
Edad	50.2 (8.81)	49.7 (8.58)	0.001
Año			<0.001
2019	2735 (26.7%)	1764 (27.5%)	
2021	4263 (41.7%)	3048 (47.5%)	
2023	3233 (31.6%)	1600 (25.0%)	
Burnout			<0.001
0. No	7563 (83.8%)	4557 (78.5%)	
1. Si	1463 (16.2%)	1247 (21.5%)	
Tipo de Jornada		<0.001	
Ordinaria	7284 (72.3%)	4702 (74.6%)	
Doblaje	514 (5.10%)	320 (5.08%)	
Domicilios	263 (2.61%)	109 (1.73%)	
Mixta	792 (7.86%)	511 (8.11%)	
Urgencias	894 (8.87%)	484 (7.68%)	
COVID	334 (3.31%)	178 (2.82%)	
Turno			0.758
Mañana	6727 (66.1%)	4178 (65.7%)	
Tarde	2901 (28.5%)	1847 (29.0%)	
Otros	552 (5.42%)	339 (5.33%)	
Tipo de Visita		<0.001	
Presencial	5588 (54.6%)	4295 (67.0%)	
Telefónica	3362 (32.9%)	1636 (25.5%)	
Domicilios	89 (0.87%)	188 (2.93%)	
eConsulta	1192 (11.7%)	293 (4.57%)	

continúa

Tabla 58 | Análisis descriptivo de las variables de estudio respecto a la complejidad registrada

	No compleja	Sí Compleja	p
	N=10231	N=6412	
Visita telemática (eConsulta i/o telefónica)	<0.001		
No	5677 (55.5%)	4483 (69.9%)	
Si	4554 (44.5%)	1929 (30.1%)	
Motivo-complejidad		<0.001	
Administrativo	1956 (19.3%)	281 (4.39%)	
Físico-Agudo	3893 (38.3%)	2029 (31.7%)	
Psicosocial	206 (2.03%)	768 (12.0%)	
De seguimiento crónico	4103 (40.4%)	3316 (51.9%)	
Número de motivos de visita	0.000		
1	7621 (75.0%)	3180 (49.7%)	
2	2066 (20.3%)	1844 (28.8%)	
3	471 (4.64%)	1370 (21.4%)	
Antigüedad	12.3 (8.54)	11.9 (8.08)	0.003
Tener hijos		0.189	
No	1040 (14.4%)	692 (15.3%)	
Si	6180 (85.6%)	3829 (84.7%)	

Los efectos que sugiere la **tabla 58** sobre la complejidad (como que los médicos con *burnout* tienden a categorizar más visitas como complejas) pueden ser debidos por efectos confusores. Además se ha de tener en cuenta que a pesar de tener un elevado número de visitas, éstas están realizadas por un número relativamente pequeño de médicos (90). Para esclarecer qué variables caracterizan las visitas complejas, ajustamos un modelo logístico mixto, utilizando las variables que son más relevantes de la **tabla 58**.

- **Modelos identificados.** *Outcome:* Complejidad percibida (NO o SI) (Y). Se identifican inicialmente dos potenciales modelos en función de las variables explicativas. Uno tiene en cuenta el año de la visita y el otro no.

5.5.1

Modelo a)

- **Variables del Modelo a):** Año_2021, Año_2023, *burnout* (0 ó 1), visita telemática (SI o NO), motivo administrativo (SI o NO), número motivos de visita (1, 2 ó 3). Se considera interacción entre las variables motivo administrativo y *burnout*, es decir se considera que el *burnout* tiene un efecto diferente según si el motivo es administrativo o no.

Tabla 59 | Tabla de estimaciones de los coeficientes del **modelo a)**

	<i>Estimate</i>	<i>Std. Error</i>	<i>Exp (Estimate) Odds Ratio (OR)</i>	<i>p.valor</i>
(Intercept: Referencia)	-2.218	0.151	0.109	<0.01
Año_2021	0.660	0.061	1.936	<0.01
Año_2023	-0.066	0.068	0.936	0.33
<i>Burnout</i> _SI	-0.182	0.193	0.834	0.35
Visita telemática_SI	-0.523	0.048	0.593	<0.01
Motivo administrativo_NO	1.276	0.085	3.581	<0.01
Núm motivos visita_2	0.642	0.047	1.901	<0.01
Núm motivos visita_3	2.027	0.072	7.588	<0.01
<i>Burnout</i> _SI:Motivo administrativoNO	0.458	0.187	1.581*	0.01

*No se corresponde con el Odds Ratio. Corrige el efecto del *burnout* en el caso de que el motivo no sea administrativo.

- **Interpretación de la tabla 59:** El nivel de referencia (*intercept*) del modelo 1, es una visita hecha en el año 2019, no telemática, con un único motivo de consulta, que el motivo es administrativo y está realizada por un médico sin *burnout*.

Nota explicativa: Cada variable del modelo tiene asociado un coeficiente que se estima usando los datos y que se recoge en la columna *Estimate*. Éste determinará el efecto de la variable sobre la *outcome* (en este caso la percepción de complejidad de la visita). La columna *p.valor* contiene el *test* de significación de los coeficientes de las variables del modelo, es significativo si $p < 0.05$. Si el valor del coeficiente es positivo, significa que la probabilidad de que una visita sea considerada compleja (*outcome*=1 (SI)) es significativamente mayor a nivel correspondiente que al nivel de referencia. Los coeficientes que no son significativos, no son interpretables. La columna *exp(Estimate)* es el *Odds Ratio* (OR) del nivel correspondiente respecto al nivel de referencia.

- **Resultados Modelo a):** Todas las variables son significativas excepto el *Burnout_Sl* y el Año_2023. La probabilidad de considerar una visita compleja en 2021 es significativamente mayor que en 2019, con un OR de 1,93 (casi el doble). La probabilidad de considerar compleja a una visita no administrativa es mayor que si el motivo es sólo administrativo, concretamente el OR es de 3,58. Respecto a los motivos de visita, si tiene 2 motivos, es 1,9 veces mayor la posibilidad de ser compleja respecto a un motivo, pero si tiene 3 motivos es 7,6 veces más probable. La interpretación de la variable *burnout* es más complicada, ya que consideramos interacción entre esta variable y la variable motivo administrativo, o sea que el *burnout* provoca diferente resultado según si el motivo de visita es administrativo o no. La variable *burnout_Sl* recoge el efecto del *burnout* si el motivo es administrativo (motivo de referencia), y la variable *burnout_Sl:motivo_adminNO* corrige este efecto en los casos que el motivo no sea administrativo. *Burnout_Sl* no es significativa (p valor $0.35 > 0.05$) y por tanto no podemos asegurar que el *burnout* tenga un efecto sobre la percepción de complejidad si la visita sólo tiene un motivo administrativo. Por otro lado, el efecto del *burnout* si la visita tiene motivo no administrativo, se obtiene sumando los Estimates de *Burnout_Sl* y *burnout_Sl:motivo_adminNO* (efecto al nivel de referencia + corrección), esto es $(-0.182 + 0.458 = 0.28)$, el valor es positivo y es significativo (la significación se tiene que calcular aparte en este caso). En definitiva, la probabilidad de considerar que una visita con motivo no administrativo sea compleja es significativamente mayor si el centinela tiene *burnout*.
- **Gráficos de ajuste del Modelo a).** En la **figura 3** se muestra la probabilidad estimada de que una visita sea considerada compleja para cada grupo de visitas posible según las variables del modelo. Cada punto corresponde a un grupo de visitas diferente. Si el modelo se ajusta bien, los puntos han de caer sobre la diagonal. En términos generales las probabilidades estimadas concuerdan bastante bien con las muestrales.

En el **primer gráfico** de la **figura 3** se puede apreciar que las visitas del año 2021 (puntos verdes) se ajustan mejor al modelo, que las de 2019 y 2023. Esto tiene sentido, porque tiene más representación (más del 40% de las visitas son de 2021). Que las visitas de 2019 y 2023 estén por debajo de la línea, significa que hay una subestimación de la probabilidad de considerar una visita compleja, es decir, el modelo calcula que las visitas son menos complejas de lo que realmente son. Esto se acentúa para el caso de las visitas con *burnout*. La subestimación del efecto del *burnout* se debe probablemente a que en el año 2021 es donde más casos de *burnout* hay (aproximadamente un tercio, mientras en que 2019 y 2023 es una sexta parte). Esto hace que el año 2021 recoja en parte el efecto del *burnout* e impida que el modelo recalculé bien su efecto en los otros años.

En el **segundo gráfico**, el motivo de visita y el número de motivos tienen un efecto coherente sobre la percepción de complejidad de las visitas. Las visitas con algún motivo NO administrativo tiene mayor probabilidad que las que sólo tienen motivo administrativo y las visitas con tres motivos, tienen probabilidades más elevadas.

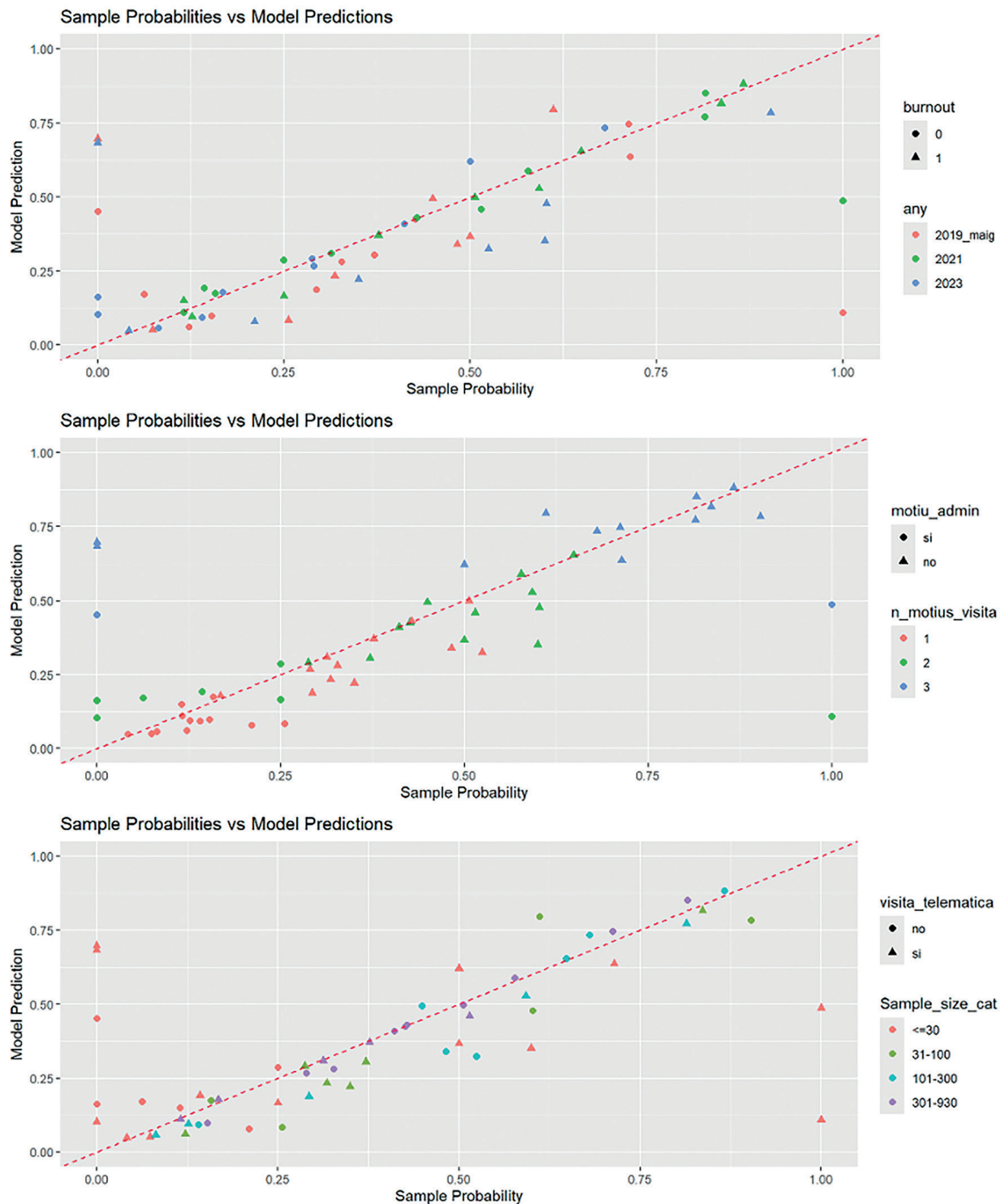


Figura 3 | En estas tres gráficas se muestra la probabilidad estimada de que una visita sea considerada compleja para cada grupo de visitas posible, según las variables del **modelo a)**.

El **tercer gráfico** sirve para tener en cuenta que la estimación muestral actúa de referencia y que esta referencia es válida si el número de visitas del grupo es suficientemente grande, esto se indica en la variable *Sample_size_cat*. (ver **figura 2**).

5.5.2

Modelo b)

Para resolver el problema de la subestimación del *burnout* en el año 2021, se considerará un modelo sin la variable año.

- **Variables del Modelo b):** *Burnout* (0 ó 1), visita telemática (SI o NO), motivo complejidad (administrativo, físico-agudo, de seguimiento crónico o psicosocial), número de motivos por visita (1, 2 ó 3). No se considera, a diferencia del modelo 1, la interacción entre las variables motivo y *burnout* para simplificarlo, aunque sabemos que en realidad está presente.

Tabla 60 | Tabla de estimaciones de los coeficientes del **modelo b)**

	<i>Estimate</i>	<i>Std. Error</i>	<i>Exp (Estimate)</i>	<i>p.valor</i>
	<dbl>	<dbl>	<dbl>	<chr>
Referencia (<i>Intercept</i>)	-2.091	0.146	0.124	<0.01
<i>Burnout</i> : SI	0.483	0.094	1.621	<0.01
Visita_telegráfica: SI	-0.318	0.044	0.727	<0.01
Motivo_complejo: Físico_agudo	1.218	0.080	3.382	<0.01
Motivo_complejo: Psicosocial	3.082	0.124	21.805	<0.01
Motivo_complejo: Seguimiento_crónico	1.466	0.081	4.332	<0.01
Número de motivos de visita: 2	0.490	0.050	1.633	<0.01
Número de motivos de visita : 3	1.781	0.076	5.935	<0.01

El nivel de referencia (**tabla 60**) es una visita con un único motivo, que es administrativo, no es telemática y está realizada por un médico sin *burnout*.

- **Resultados del Modelo b):** Aquí todas las variables son significativas. Al no considerar la variable “año”, los efectos de las variables analizadas pueden considerarse como la “media” de los tres años (**tabla 60**).

Al no considerar la interacción entre *burnout* y motivo de visita, el efecto *burnout* (variable *Burnout SI*) es también el efecto “medio” del burnout en todos los motivos de visita. Observamos que este efecto medio es significativo y positivo e indica que si un médico tiene *burnout*, su probabilidad de considerar una visita como compleja es significativamente mayor que la de un médico sin *burnout* (realmente sabemos que esto es cierto por los motivos no administrativos y que el *burnout* no tiene un efecto si el motivo es sólo administrativo). Por el contrario, el modelo da más información sobre el efecto del tipo de motivo y podemos ver (indicado en el orden del valor de los *Estimates* y los *Odds Ratios -Exp(Estimate)*) que el motivo que tiene un efecto más positivo es el motivo psicosocial (incrementa más la probabilidad de considerar una visita compleja respecto a la visita con sólo motivo administrativo) seguido del motivo de seguimiento crónico y del físico agudo. En concreto el modelo estima que lo odds de considerar una visita compleja si se tiene un motivo psicosocial se 21.8 veces más grande que si tiene sólo un motivo administrativo. Los efectos de las variables visita telemática y número de motivos son muy similares a los del Modelo 1, así como el valor de *Intercept*.

En la **figura 4**, observamos que el ajuste a los datos es mejor que en el modelo 1 y que se corrige la subestimación del modelo 1. En general la estimación del modelo concuerda más con la muestral y los puntos se ajustan más a la diagonal. En el **último gráfico** observamos cómo los grupos de visitas con más representación tienen una probabilidad estimada menor a 0.5, y que los grupos con menos representación son los que tienen las probabilidades más elevadas. El modelo se ajusta más a los grupos más representados y podría no explicar tan bien los grupos menos representados y con más percepción de complejidad.

En el **primer gráfico** de la **figura 3**, observamos claramente el efecto del tipo de motivo sobre la percepción de complejidad, siendo el motivo administrativo lo considerado menos complejo (probabilidad < 0.25) y el psicosocial lo considerado más complejo (probabilidad aproximadamente > 0.75), mientras que el rango intermedio de probabilidades (0.25 a 0.75) lo ocupan los motivos físico agudo y de seguimiento crónico, quedando la ordenación entre estos dos tipos de motivos menos clara. Observamos también que dentro del mismo motivo, los grupos de visitas con *burnout* son las que tienden a tener la probabilidad más alta de ser consideradas complejas. En segundo gráfico se observa claramente como dentro del mismo motivo, la probabilidad siempre se ordena también según el número de motivos de visita, esto indica que los efectos del motivo_complejo y el número de motivos son aditivos (no hay interacción entre las dos variables), en general se observa como las visitas con 3 motivos tienen una percepción de complejidad elevada (probabilidad estimada complejidad > 0.55). En el **primer gráfico** también se observa que dentro del mismo motivo, los grupos de visitas con *burnout* son las que tienden a tener la probabilidad más alta de ser consideradas complejas.

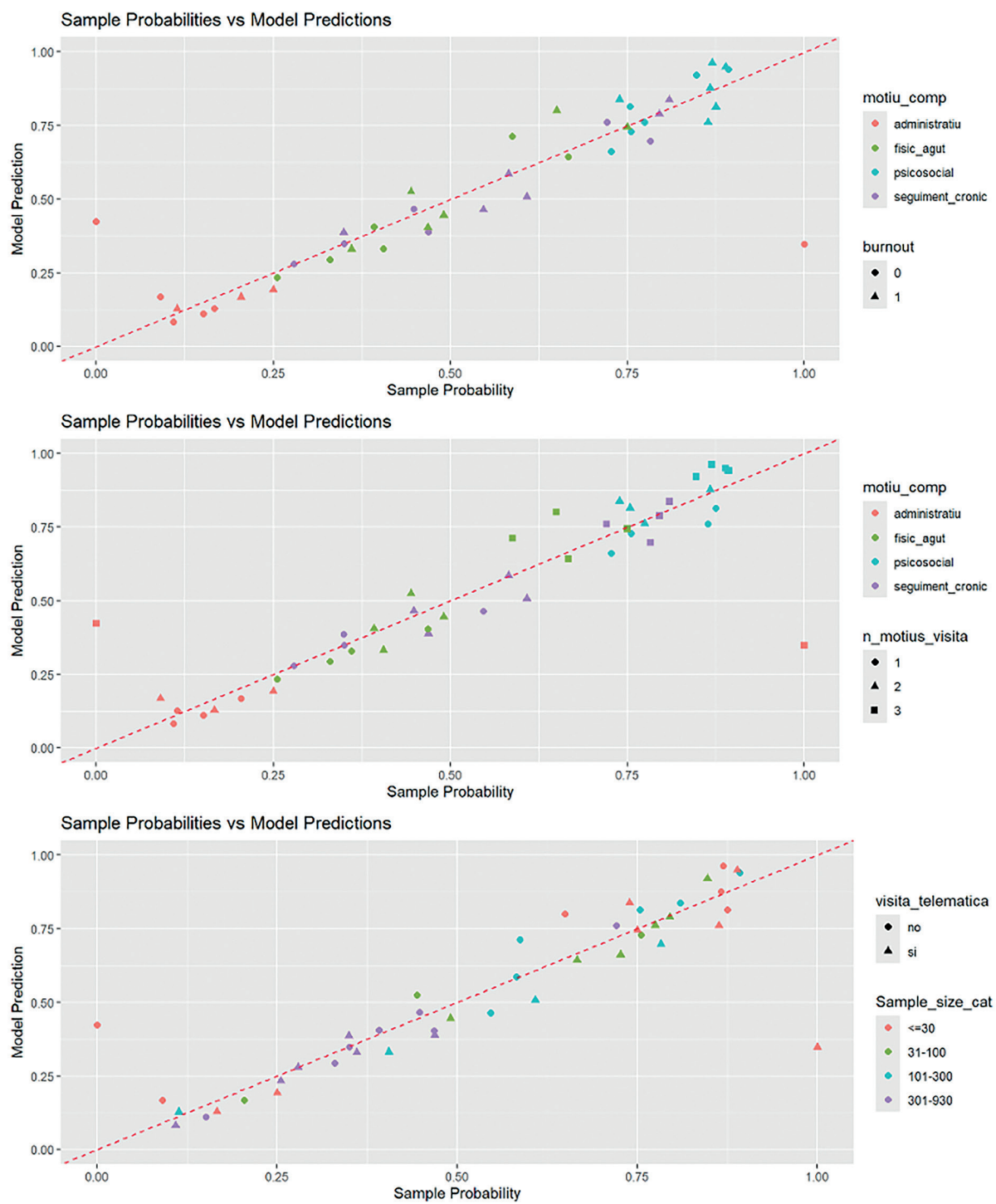


Figura 4 | Gráficos de ajuste del **Modelo b).**

5.5.3

Modelo c)

Buscamos un modelo que recoja lo mejor posible el efecto del *burnout*, pero que incluya el año y no subestime las observaciones del 2019 y del 2023. Para ello, se introducen dos modificaciones:

1. Dicotomizamos el año en “2021” y en “2019+2023”, de esta manera ambos grupos tendrán una representación similar y el modelo no subestimaré las observaciones de los años 2019 y 2023. Esta categorización es coherente con los efectos observados (2019 y 2023 tienen un efecto similar sobre la complejidad).
2. Cambiamos el motivo de referencia a “seguimiento crónico” y así tener un motivo de referencia significativo.

Con estas modificaciones obtenemos el **Modelo c)**. En este modelo se incluye la interacción entre *burnout* y tipo de motivo (creemos que es relevante) y no se simplifica el tipo de motivo puesto que también pensamos que es importante poder cuantificar las diferencias entre cada motivo.

- **Variables del Modelo c):** Año_2021, *Burnout* (0 ó 1), visita telemática (SI o NO), motivo_complejidad_administrativo, motivo_complejidad_fisico agudo, motivo_complejidad_psicosocial, número de motivos visita_2, número de motivos visita_3 (**tabla 61**).

Tabla 61 | Tabla de estimaciones de los coeficientes del **modelo c)**

	<i>Estimate</i>	<i>Std. Error</i>	<i>Exp (Estimate)</i>	<i>p.valor</i>
(Intercept)	-0.850	0.133	0.427	<0.01
Año_2021	0.713	0.054	2.039	<0.01
Burnout_SI	0.257	0.114	1.293	0.02
Visita_telematica_SI	-0.586	0.049	0.556	<0.01
Motivo_complejidad_fisico_agudo	-0.280	0.051	0.756	<0.01
Motivo_complejidad_administrativo	-1.358	0.089	0.257	<0.01
Motivo_complejidad_psicosocial	1.574	0.110	4.826	<0.01
Número_motivos de visita:2	0.474	0.050	1.606	<0.01
Número_motivos_visita:3	1.769	0.076	5.868	<0.01
Burnout_SI: Motivo_complejidad_fisicoagudo	-0.055	0.110	0.947	0.62
Burnout_SI: Motivo_complejidad_administrativo	-0.492	0.195	0.611	0.01
Burnout_SI: Motivo_complejidad_psicosocial	0.190	0.302	1.209	0.53

Siguiendo los mismos procedimientos de análisis que en el **modelo a)** y el **modelo b)** a partir de las variables expuestas, podemos concluir que el **modelo c)** subestima las probabilidades de las observaciones del 2019+2023 con *burnout*, o sea, no soluciona el problema del **modelo a)**. Parece que el **modelo c)** recoge el efecto del *burnout* a través del efecto aleatorio del médico: los médicos centinela que han tenido *burnout* alguno de los años, obtienen una moda condicional más elevada, lo que genera que se tenga más percepción de complejidad. Esta percepción no es como consecuencia del *burnout* con el coeficiente poblacional de la variable *burnout* en el modelo, si no con el efecto individual de cada médico y eso disminuye el coeficiente de *burnout*. Esto es una anomalía del modelo, ya que no se habrían de observar diferencias según el *burnout* ni de ninguna otra variable en las modas condicionales, puesto que se supone que para todos los individuos el efecto aleatorio es independiente e igualmente distribuido (en el grupo *burnout* y no *burnout*) y con media nula. En definitiva, en el **modelo c)**, el *burnout* es significativo si la visita tiene algún motivo no administrativo y tiene un efecto positivo sobre la percepción de complejidad. Esto refuerza la idea que este efecto existe y nos dice que seguramente es mayor al estimado.

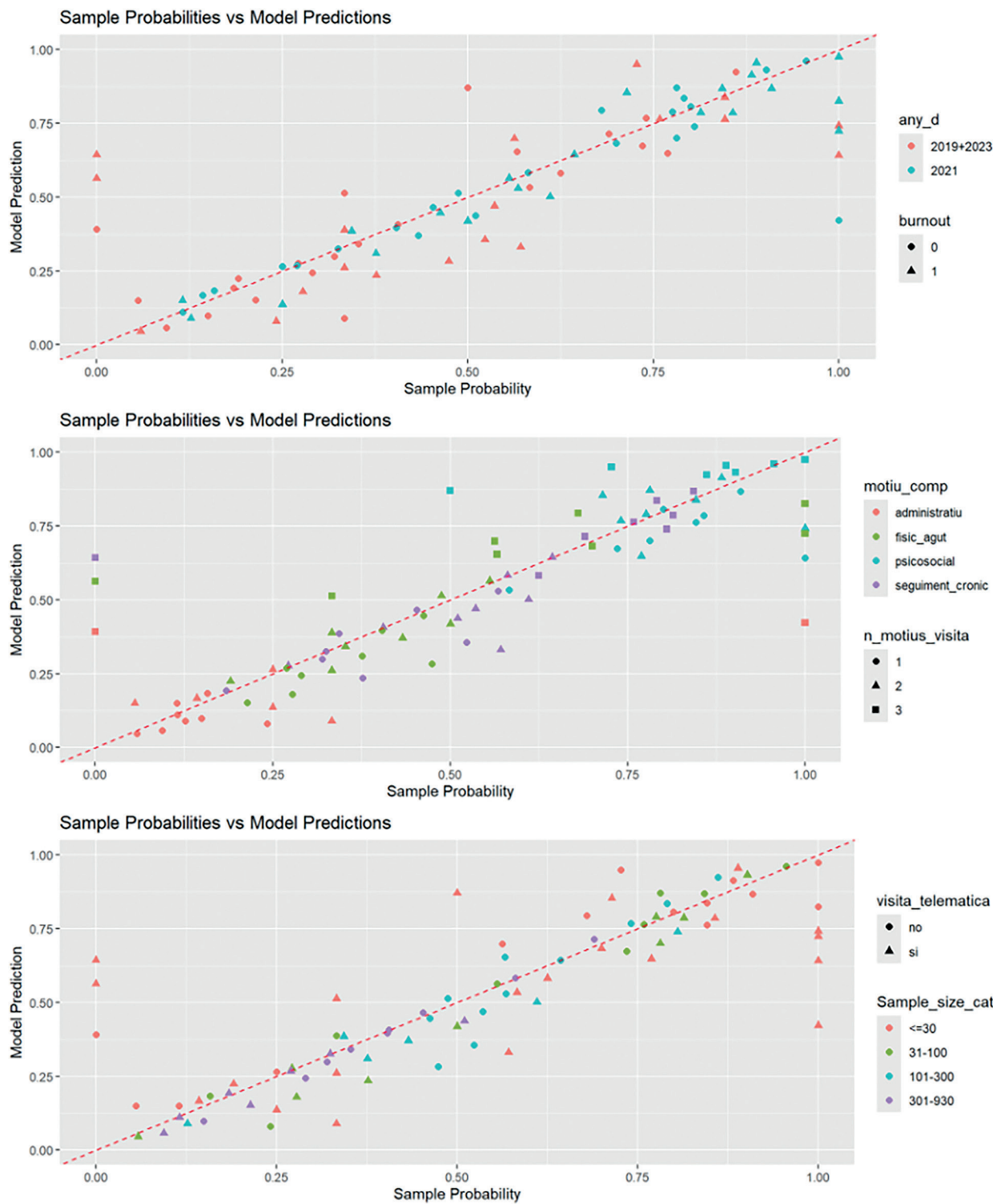


Figura 5 | Gráficos de ajuste del **Modelo c)**.

Discusión

6.1

Representatividad de los médicos centinelas

La muestra de médicos centinelas no fue escogida de forma aleatoria, si no siguiendo el modelo de vigilancia epidemiológica, donde la representatividad de los centros es tan importante como los propios participantes, con la intención de cubrir el territorio de estudio (inicialmente la comarca del Maresme) con dos médicos centinelas por centro. En los sistemas de vigilancia epidemiológica los médicos que participan suelen hacerlo de forma voluntaria, recogiendo muestras en períodos de tiempo determinados.

Al analizar la muestra de médicos centinelas del año 2021 (**tabla 11**) y compararla con el total de médicos que trabajaban en los equipos de atención primaria participantes, se puede apreciar que no existen diferencias significativas en edad ni en género y que podría considerarse una muestra de médicos representativa del territorio. El predominio de mujeres es un hecho conocido a nivel nacional en la población de médicos de medicina familiar y comunitaria, pudiéndose apreciar que el porcentaje de mujeres es mayor en el grupo de centinelas (81,4%) que en el grupo de los no centinelas (67,9%) y que a nivel nacional (65%)⁷⁸ (**Figura 6**).



Figura 6 | Ratio de mujeres médicas de familia en España en el año 2021.

Respecto al desgaste profesional, el grupo control de NO centinelas que rellenaron voluntariamente el cuestionario de Maslach, presentó una afectación similar al grupo participante, lo que supone otro dato a favor de que la muestra de centinelas es representativa. En el año 2023 no sucede exactamente igual. En él se muestra una tendencia a padecer *burnout* mayor, que no llega a ser estadísticamente significativa. Ese año tuvimos problemas de registro sumado una menor participación que en los años anteriores. Varios centinelas que registraron la actividad semanal, no registraron su *burnout* en el mismo momento (fue posterior) y no se pudo tener en cuenta su para el análisis.

6.2

Actividad asistencial

Los resultados reflejan cómo ha variado la actividad asistencial del médico de familia durante los años del estudio. La agenda se ha modificado sustancialmente: las visitas presenciales han disminuido y han aumentado todas las demás (visitas telefónicas, telemáticas y no presenciales, así como el tiempo no agendado). La patología psicosocial ha aumentado y se detecta mayor complejidad asistencial tras la postpandemia inmediata (clínica, comunicativa y emocional). El número de visitas totales y los motivos de consulta han aumentado ligeramente y ha empeorado el retraso al acabar la jornada de consulta. La efectividad médica se ha mantenido constante, con una resolución superior al 90%. En año 2023 el tiempo de descanso profesional se ha reducido.

La visita presencial, casi desaparecida durante el confinamiento¹⁴⁴, presenta una tendencia al alza. En 2019 las visitas presenciales representaban el 67% del total de visitas realizadas, en 2021 el 27% y en 2023 nos encontramos cercanos al 50%. Los datos de la Central de Resultats⁸³ reflejan para la zona del Maresme Central que en 2019 el 83,9% de las visitas fueron presenciales, que en 2021 éstas se redujeron al 37,8% y que en 2023 subieron al 60%. Las gráficas de la evolución de la presencialidad de nuestros datos son calcadas a las del gobierno, pero las del Observatorio se encuentran un 10% por debajo (**figura 7**). Probablemente se deba a que aproximadamente un 10% de las visitas agendadas como 9C en los listados del eCAP, reconocidas por el sistema automático como una visita presencial, hayan sido realmente de otro tipo.

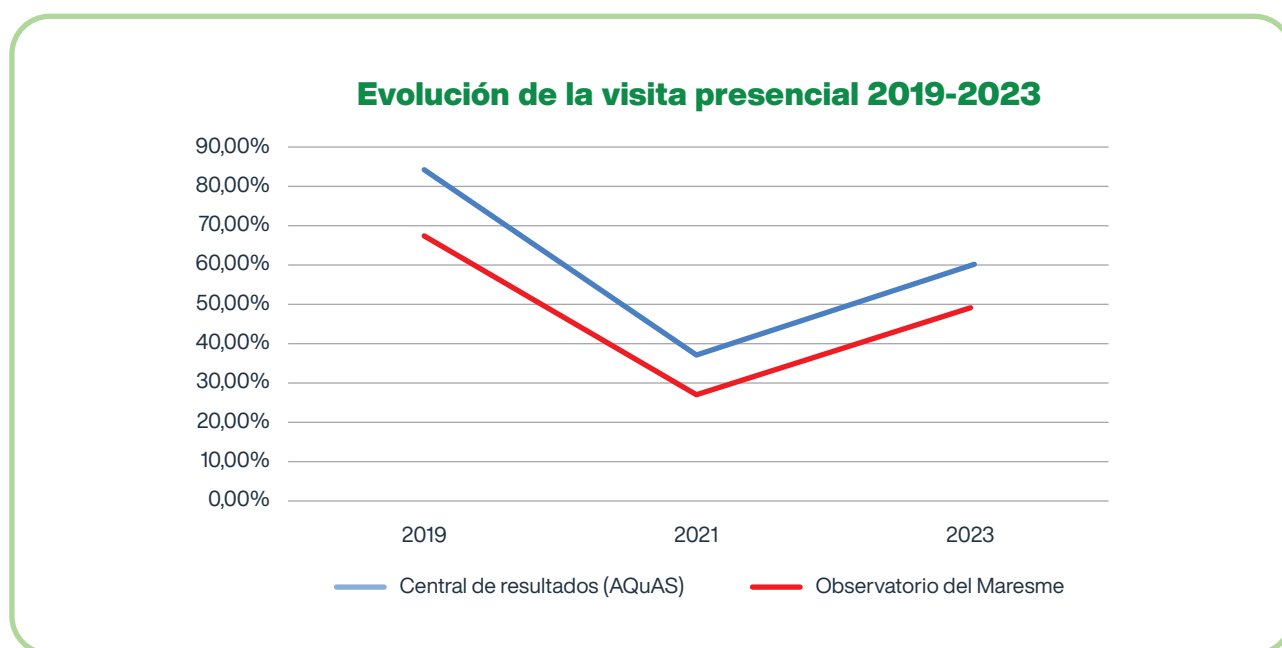


Figura 7 | Evolución de la visita presencial desde 2019 a 2023 comparando los datos de nuestro estudio y los de la agencia gubernamental AQuAS.

Las consultas telefónicas han aumentado desde la irrupción de la pandemia, la consulta no presencial (que mayoritariamente son demandas administrativas) ha aumentado muy discretamente y la eConsulta (o visita telemática) subió mucho en 2021, pero en 2023 se redujo. Los resultados anteriores han supuesto pasar de unas 144 (122-166) visitas por semana en 2019 de promedio, a 157 (130-184) en 2023.

No hemos encontrado ninguna publicación que compare los promedios diarios de visitas, tipos de visita y motivos de consulta antes y después de la pandemia, en un mismo territorio en la línea de los resultados que se presentan en nuestro estudio. Sólo un estudio reciente es parcialmente comparable y fue llevado a cabo por iniciativa de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), analiza la actividad de la consulta del médico de familia de 17 comunidades del territorio español. Un total de 172 médicos respondieron de forma telemática a un cuestionario que recogía la actividad de un día del mes de junio de 2021¹⁴⁵. El número medio de visitas diarias fue de 43 con un rango entre 24 y 65, con una media de 2,72 motivos de consulta por visita. Las visitas presenciales representaban un 35% y las telefónicas un 50%. Los problemas clínicos representaron el 41,6% de los motivos totales, y el 29% fueron problemas burocráticos. En este estudio consideran que la burocracia que es uno de los principales factores de *burnout* profesional. En nuestro estudio, si nos centramos para comparar la semana de mayo de 2021, el promedio de visitas diarias fue de 30 con un rango entre 7 y 66 con una media de 1,3 motivos de consulta por visita. Los motivos administrativos representaron el 23% del total de visitas. El estudio de semFYC difiere del nuestro en que es un corte analítico de un solo día, dirigido a sus socios, a todas las comunidades autónomas (existiendo gran variabilidad en la gestión de las agendas, cargas de trabajo y sistemas informáticos) y además que el método de registro de fue diferente. En otro estudio griego publicado en 2010, el número diario promedio de visitas totales fue de 27¹⁴⁶.

Se constata en la bibliografía la necesidad de disminuir las tareas administrativas de los médicos de familia y/o de reorganizarse para resolverlas, ya que obstaculiza una atención eficiente a los pacientes^{147,148}.

La carga de trabajo de los médicos centinelas sólo se puede comparar con otros médicos que tengan una dedicación horaria similar. Es muy difícil comparar entre países con modelos laborales y de gestión de la jornada diferente pero aun así. A principios de los años 90, el promedio de visitas semanales en España era de 134 (113-161), teniendo en cuenta que la mayor parte eran visitas presenciales (no existía informatización, ni eConsulta, y en muchas visitas la tarea consistía en hacer recetas manuales). En aquellos tiempos, el menor número de visitas semanales lo tenían los noruegos, con 60. En el extremo superior, superando las 200 visitas por semana estaban los médicos alemanes^{149,150}. En Finlandia en 1995 el promedio semanal de visitas era de 72¹⁵¹. A principios del siglo XXI, España tenía una media de 154 pacientes por semana y médico, frente a los 98 de Portugal o 90 de Suecia¹⁵², siendo mayoritariamente visitas presenciales. En nuestro estudio las visitas presenciales semanales han pasado de ser 96 en 2019 a 80 en 2023.

Entrando en los sistemas de información de atención primaria (SIAP) del Ministerio de Sanidad del Gobierno de España⁷⁸ y accediendo a las publicaciones anuales, se puede visualizar a nivel del territorio español cómo varía el porcentaje de visitas domiciliarias, visitas en el centro y telemáticas [incluyen las modalidades de consulta telefónica, correo electrónico, vídeo consulta: por ordenador, por una App... (**figuras 8, 9 y 10**)]. La visita telemática ocupaba un 9% del total de las visitas realizadas en 2019, pasando a un 37% en 2021 y cayendo a un 31% en 2023. En nuestro estudio, si sumamos la visita telefónica y la eConsulta (para asimilarlo al concepto de visita telemática del gobierno) vemos como para 2019 obtenemos porcentajes similares, en 2021 obtenemos un 46,4% de las visitas (casi un 10% más) y en 2023 representan el 23,4%, con una línea de tendencia muy similar. Las visitas domiciliarias en España representan el 1,5% en 2019 y 2023, llegando al 3% en 2021. Nosotros obtenemos resultados similares, lo que contribuye a reafirmar la buena representatividad de la muestra de este estudio.

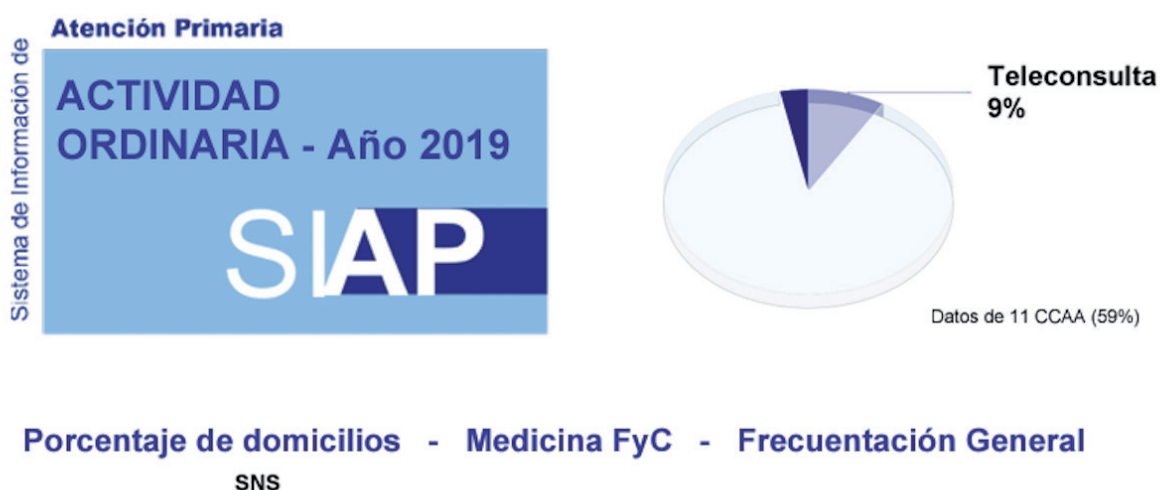


Figura 8 | Actividad ordinaria de los equipos de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud (SNS) español del año 2019 para la teleconsulta, visita a domicilio y visita al centro.



Figura 9 | Actividad ordinaria de los equipos de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud (SNS) español del año 2021 para la teleconsulta, visita a domicilio y visita al centro.

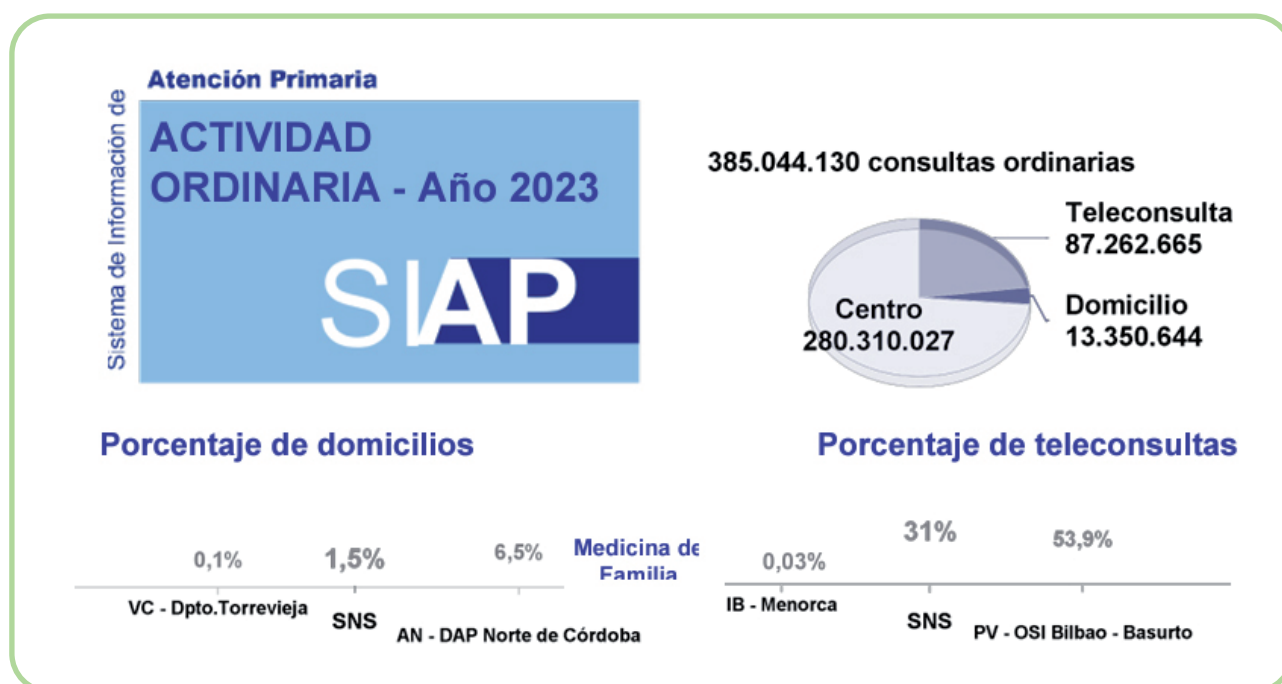


Figura 10 | Actividad ordinaria de los equipos de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud (SNS) español del año 2023 para la teleconsulta, visita a domicilio y visita al centro.

La máxima aproximación que puede hacer el SIAP a nivel de Catalunya, es a una de las 7 regiones sanitarias, que en nuestro caso será Barcelona. El número de visitas diarias promedio, con 219 centros de salud, en 2018 fue de 22 visitas, en 2021 de 27 y en 2023 de 22. Las **figuras 11** y **12** corresponden al resumen de los informes anuales, correspondientes a los años 2021 y 2023. Del año 2019 no existe un resumen similar, al igual que tampoco se publicaron ese año las visitas diarias promedio.

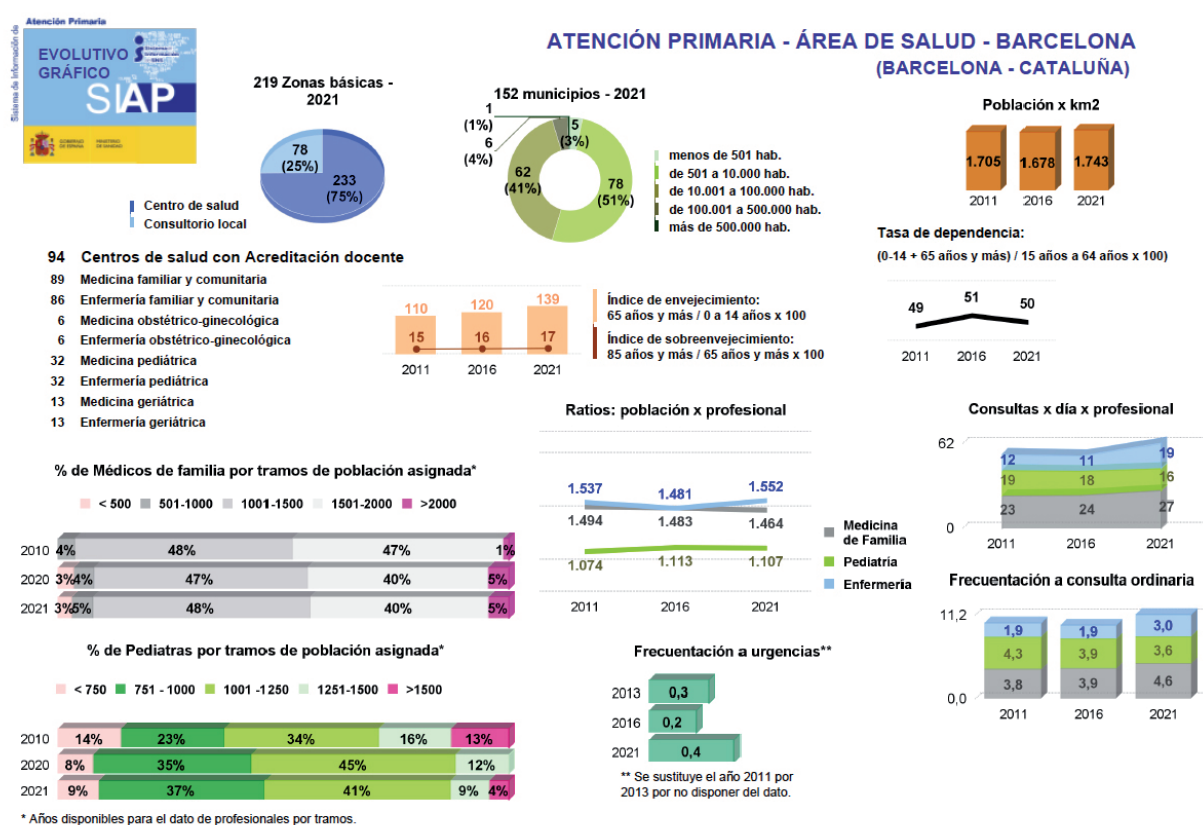


Figura 11 | Actividad de atención primaria de la región sanitaria de Barcelona durante el año 2021.

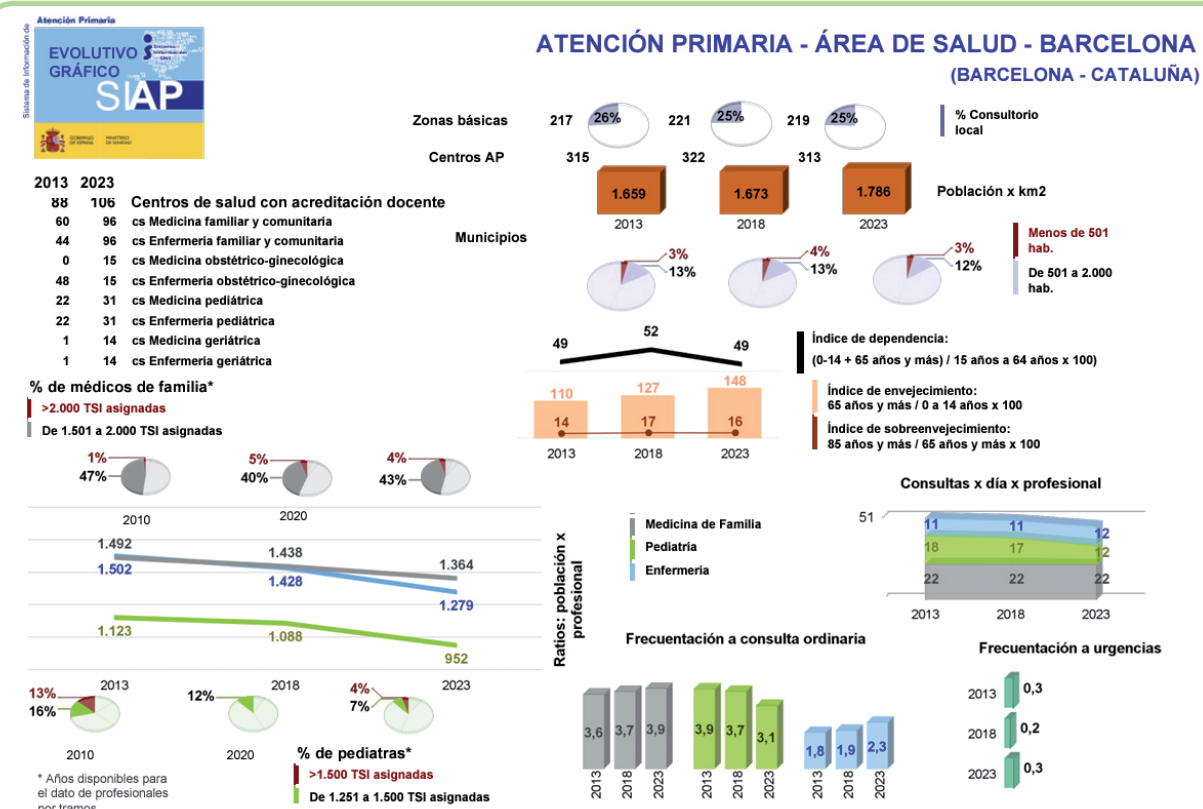


Figura 12 | Actividad de atención primaria de la región sanitaria de Barcelona para el año 2023.

Los datos oficiales más cercanos que hemos podido conseguir, son el promedio de visitas diarias de 130 médicos de familia que trabajan en 10 centros del Servei d'Atenció Primària del Maresme, perteneciente al Institut Català de la Salut y que participan en el Observatorio. Los registros institucionales suministrados nos clasifican las visitas tal y como están gestionadas en el software de gestión de las consultas de atención primaria que utiliza casi la totalidad de los más de 300 centros de asistencia primaria de Cataluña (eCAP). Este sistema abarca 5 tipos de visita. Con un 9 delante y una grafía detrás la nomenclatura es la siguiente: 9C visita en el centro (presencial), 9D visita a domicilio, 9T visita telefónica, 9R visita reservada (en principio es presencial en el centro de gestión exclusiva por el profesional) y 9E visita no presencial (incluye la visita telemática eConsulta). No todos los profesionales disponen de la misma proporción de visitas, ni los circuitos de los equipos las utilizan siempre con las mismas finalidades. En la **tabla 62** se visualizan los 5 tipos de visita de cada año de estudio. No son datos comparables (datos anuales respecto a una semana de trabajo ni de centros participantes) pero sí orientan a que no existe disparidad de registro.

Tabla 62 | Visitas diarias promedio del Servei d'Atenció Primària (SAP) Mataró-Maresme en los años 2019, 2021 y 2023 comparado con nuestro estudio.

	2019	2021	2023
Resultados SAP			
Visita al centro (9C)	18,05	6,88	13,24
Visita telefónica (9T)	2,57	10,60	5,85
Visita reservada al centro (9R)	0,97	1,27	1,19
Visita domiciliaria (9D)	0,35	0,27	0,27
Visita no presencial (9E)	4,33	10,75	7,86
VISITAS DIARIAS TOTALES SAP	26,27	29,77	28,41
Resultados estudio			
Visitas DIARIAS TOTALES OBS	27.8	30.1	31.5

Si nos centramos en las demandas de los pacientes, el médico centinela atiende cada año más motivos de consulta: 39,2 por día en 2019, 39,8 diarios en 2021 y a 42,3 por día en 2023. Si nos centramos en los médicos centinela, durante los años 2019 y 2021 se registró, además, la demanda realizada por el profesional (podríamos definirla como proactividad asistencial). Si a las demandas de los pacientes, le añadimos la proactividad, los motivos o demandas gestionadas por jornada suben a 42 en 2019 y a 46 en 2021. En 2021 esta proactividad aumentó casi el doble (del 11,5% del total de visitas en 2019 al 19,2% en 2021). Esto se deba

probablemente al retraso generado por la pandemia respecto a pruebas complementarias, seguimiento de patologías y nuevos diagnósticos que quedaron pendientes por el paso de la pandemia¹⁵³. En 2023 no se registró la proactividad.

La que ha venido para quedarse es la eConsulta, con sus potencialidades y sus limitaciones (muy potente para resolver consultas burocráticas, pero no aplicable a todas las consultas ni a todo tipo de personas, con riesgo de accesibilidad inequitativa)¹⁵⁴. La eConsulta permite realizar consultas diferidas no presenciales en una plataforma online donde se pueden adjuntar imágenes e informes y que ha conseguido mejorar la comunicación entre pacientes y profesionales. Hasta el año 2020, en Catalunya, su utilización era escasa, pero su uso se triplicó durante los primeros meses del estado de alarma y demostró su utilidad en ese sentido durante la pandemia^{155,156} y permitió compensar la disminución de las visitas presenciales, sobre todo entre ciudadanos más jóvenes²⁴. Estudios recientes afirman que la telemedicina ayuda a disminuir listas de espera, mejora la accesibilidad de los pacientes y que las eConsultas son tan eficaces como las visitas presenciales^{157,158} aunque no significa que las eConsultas sirvan para resolver todos los tipos de demanda¹⁵⁹. Los médicos consideran la consulta electrónica de gran valor para el día a día, pero también la viven como un problema. El paciente demanda una respuesta rápida y no siempre hay disponible un espacio de agenda diaria para resolverlas. Esto aumenta las consultas pendientes de resolver tras la jornada laboral o genera más carga de trabajo (mayor estrés y alargar horario no recompensado)¹⁶⁰.

Consultando a la Central de Resultats de la Generalitat de Catalunya, podemos conocer que en el año 2019 la utilización de la eConsulta por parte de la población del Maresme fue de un 0,5%, en el año 2021 de un 14,2% y justo al inicio de 2023, de un 34%. Los profesionales tenían habilitado el sistema de eConsulta en un 36,4% en 2019, un 87,7% en 2021 y a principios de 2023 en un 98%⁸³. La central de resultados no da datos sobre el número promedio de visitas telemáticas diarias o semanales. El porcentaje de utilización reflejado por los centinelas fue del 11,2% de las visitas realizadas en 2021 y del 6,1% en 2023, en una clara tendencia bajista en su utilización una vez superada la pandemia.

El tiempo dedicado a gestionar otras actividades no presenciales (y que no está agendado en el listado de una jornada laboral pero que acaba desarrollando el médico de familia, como son la revisión de analíticas, resultados de pruebas complementarias, seguimiento de indicadores asistenciales, renovación adelantada de recetas médicas) aumentó en la postpandemia inmediata, de 12 minutos en 2019 a 20 minutos en 2021. Este dato no suele publicarse y los estudios lo engloban en la actividad no presencial general (o toda aquella que se realiza sin el paciente delante) por lo que no podemos compararlo con otros estudios de atención primaria. En Noruega, en el año 2018, el porcentaje de horas dedicadas a la visita presencial en el centro de salud por semana, superaba por poco el 50% del total de tiempo dedicado a todas las demás tareas asistenciales semanales¹⁰¹. En nuestro caso, en el año 2019, el tiempo dedicado a la vista presencial fue del 75% de una jornada de consulta de 5 horas (si consideramos los tiempos de resolución de visitas aceptados entre el gobierno catalán y los sindicatos –tras los acuerdos de salida de huelga de diciembre de 2018– donde una visita presencial ocupa 12 minutos y el resto de las visitas 6 minutos).

6.3

Complejidad asistencial

El presente estudio explora un tema muy prevalente en la literatura, pero desde un enfoque totalmente distinto: la percepción de complejidad percibida por visita realizada, atendiendo al tiempo disponible de agenda e independiente de las características del paciente. Es un término muy subjetivo y que informaría de manera indirecta de la “tensión o el estrés” asistencial diario. En la línea de valorar el estrés de la actividad laboral y la experiencia del profesional, un reciente estudio noruego consideraba las visitas complejas o conflictivas como aquellas en las que la multimorbilidad, el dolor crónico o el desacuerdo sobre la prescripción de fármacos potencialmente adictivos, podrían tensionar nuestra práctica asistencial¹⁶¹. La complejidad se traduce en la falta de tiempo asistencial para resolverlas, ya sea por la dificultad clínica, por un elevado número de motivos de consulta, por problemas de comunicación, por problemas emocionales, por problemas sociales o por interrupciones continuadas. En la práctica se sabe que puede ser más fácil atender en un momento determinado a un paciente con 5 enfermedades graves bien controladas que a otro con menos pero con factores psicosociales o discapacidades que interfieren en la comunicación o el tratamiento¹⁶².

Desde hace décadas, las organizaciones sanitarias utilizan sistemas de estratificación de la población para planificar políticas sanitarias. La multimorbilidad está asociada a un mayor consumo de recursos asistenciales¹⁶³. Así, el agrupador Clinical Risk Groups (CRG), importado de las compañías de seguros norteamericanas, muestra una alta sensibilidad para clasificar a un paciente con alto grado de complejidad¹⁶⁴. En Cataluña existe una clasificación más reciente de morbilidad denominada Grupos de Morbilidad Ajustados (GMA) más adaptada a nuestro entorno sanitario. Ésta estratifica a la población en 6 grupos de morbilidad, divididos a su vez en 5 niveles de complejidad¹⁶⁵. Todos los métodos son generados a partir de la información registrada en el sistema y ayudarían a redistribuir mejor los recursos según las necesidades asistenciales de grupos poblacionales.

A partir de las anteriores clasificaciones y de otras tantas de la bibliografía, existen multitud de estudios que hablan de pacientes complejos, donde su abordaje multidisciplinar obliga a una coordinación entre servicios y donde el dolor crónico o los condicionantes socioeconómicos determinan también dicha complejidad (no sólo por el hecho de tener diagnosticadas diferentes comorbilidades)^{166,167,168}. Aunque un paciente esté clasificado como complejo, hay visitas que en ese momento pueden no presentar complejidad y viceversa.

Alrededor de un tercio de las visitas realizadas en los tres años de nuestro estudio son percibidas como visitas complejas por los médicos centinelas. Se percibió significativamente más complejidad asistencial en 2021 (OR = 1,92) y menos en 2023 (OR=0,93), probablemente coincidiendo tras la pandemia inmediata con el aumento de comorbilidades y de la patología social^{169,170,171}, a pesar de haberse realizado menos visitas presenciales que en el resto de años de estudio (en los tres años de estudio, las visitas más complejas son las domiciliarias seguidas de las presenciales).

Si analizamos el peso de las visitas en la complejidad global registrada, en 2019, el 83,2% correspondía a visitas presenciales, seguidas de las visitas telefónicas y las visitas no presenciales con un 6,5% en ambos casos. En el año 2021, con una reducción drástica de la presencialidad y un gran aumento de la consulta telefónica, el 39,9% de la complejidad corresponde a visitas presenciales seguidas de las visitas telefónicas con un 36,8%. En tercer lugar, está la visita no presencial con un 12,2% y en cuarto y quinto lugar, la eConsulta y la visita a domicilio, con un 7,4% y 2,7% respectivamente (aunque la visita domiciliaria sea la más compleja, su peso es bajo debido al menor número de visitas totales). En 2023, los porcentajes se asemejan más a 2019.

Analizando la complejidad según el tipo de visita, podemos afirmar que las visitas domiciliarias son las que han registrado más complejidad en los tres años de estudio, seguidas de las visitas presenciales y telefónicas. Diversos estudios alertan de los imprevistos en las visitas domiciliarias, del esfuerzo que representan y una disminución progresiva en su realización, así como un aumento en su delegación^{172,173,174,175}. La eConsulta realizada en 2021 registró una complejidad del 23,9%, que cayó al 8,4% en 2023.

Si desglosamos por el tipo de complejidad, podemos ver cómo la complejidad clínica, la emocional y la comunicativa son las que aumentaron de forma significativa, coincidiendo con los problemas de salud mental y de pobreza y que suele condicionar a los médicos de familia para definir a sus pacientes complejos¹⁶⁸. En el período de tiempo estudiado entre 2019 y 2021, la complejidad clínica y la comunicativa subieron significativamente. También aumentaron la social y la emocional, esta última en menor medida.

En los años 2019 y 2023, los varones centinelas registraron significativamente menos complejidad que las mujeres, pero en 2021 fue al revés. Sabiendo que el número de visitas presenciales en 2021 fue menor que en los otros dos años, y teniendo en cuenta que las visitas presenciales son mucho más complejas que el resto, reanalizamos las asociaciones entre género y complejidad sólo con las jornadas ordinarias y las visitas presenciales. Como resultado, en 2019 y 2023 se mantiene la asociación, pero en 2021 se pierde la significación. La bibliografía consultada refiere que a las mujeres, los pacientes les realizan más demandas que a los hombres, y que los profesionales con menos experiencia perciben visitas más conflictivas^{113,161}. No podemos sacar conclusiones respecto al género ni a la edad del profesional en relación con la complejidad, pero podemos intuir que el año 2021 fue un año “diferente” a los otros dos, donde el impacto reciente de la pandemia pudo alterar las dinámicas y las percepciones habituales.

En el año 2023 las visitas complejas disminuyeron respecto a los dos años anteriores. Posibles causas de este cambio: -el menor *burnout* de los médicos centinelas participantes, -la mayor veteranía (experiencia profesional y tiempo de seguimiento con el cupo asignado), -la menor tensión asistencial (vuelta a la normalidad de la consulta externa hospitalaria), o el conjunto de todas ellas.

Finalmente, tras el análisis multivariante de los determinantes que impactan sobre la complejidad percibida por el médico centinela, podemos afirmar que las visitas con los motivos no administrativos, presentar más de un motivo de consulta por visita (dos motivos OR=1,6, tres motivos OR=5,85) y la consulta por motivos psicosociales (OR=4,98) son todos ellos, de forma independiente, factores que aumentan la probabilidad de que el médico centinela perciba mayor complejidad en su jornada laboral independientemente de las patologías de base del paciente. En ese mismo análisis multivariante, padecer *burnout* aumentó significativamente la percepción médica de complejidad (OR=1,59), pero sólo para el año 2023.

6.4

Actividad asistencial

El concepto de derivación de un motivo de consulta incluye todo lo que no se puede resolver en el propio centro de salud. No es sólo la solicitud de visita a otro colega hospitalario, sino también la realización de una prueba complementaria que se envía fuera del centro y por eso la comparación con otros estudios es más difícil. En la bibliografía habitual, el concepto de resolución se estudia contabilizando las derivaciones a otras especialidades médicas, y no las pruebas complementarias solicitadas ni la interconsulta sin paciente. La interconsulta sin paciente es un nuevo concepto de derivación, similar a una consultoría entre ámbitos sanitarios y que prácticamente no existía de forma generalizada antes de la pandemia en Catalunya. Suelen estar bien valoradas por los profesionales y optimizan las visitas¹⁷⁶. Muchas de las respuestas son recomendaciones del colega de segundo nivel para realizar pruebas complementarias que ha de llevar a cabo el médico de familia antes de la derivación. En nuestro estudio, las interconsultas sin paciente, no se han considerado como derivaciones, salvo en la solicitud a dermatología, porque el circuito está así constituido y suelen acabar en visita presencial. La consulta de manejo de una patología, sin visita del paciente fuera del centro de salud no fue considerada como derivación.

Con todo, la variabilidad puede ser muy grande por diferentes condicionantes. Se sabe que en las zonas desfavorecidas los médicos de familia derivan más¹⁷⁷. Dependiendo del país, el año de estudio y los sistemas de comunicación, las comparaciones son difíciles. Si definimos la resolución como el número de derivaciones entre el número de visitas realizadas, ésta se situaba por ejemplo entre el 3% y el 19% a finales de los años 80 en España¹⁴⁹, manteniéndose alrededor del 5-6% en años posteriores¹⁷⁸. En países como Estados Unidos, la derivación se sitúa entre el 9,9% y el 15,5%^{179,180}, dependiendo del modelo sanitario contratado y en Brasil es del 4,42%¹⁸¹.

Nuestros datos de derivación se sitúan entre un 8,16% y un 9,46%, pero aquí se incluyen también las pruebas complementarias fuera del centro, con lo que el porcentaje de derivación médica es menor y tampoco se cuentan las interconsultas sin paciente, excepto en el caso

de dermatología. Las causas del aumento de un punto porcentual no pueden explicarse con nuestro estudio, pero probablemente influya el infradiagnóstico generado durante los meses de confinamiento¹⁵³, provocando un aumento de detección posterior o el retraso de pruebas pendientes y la imposibilidad de conseguir una visita hospitalaria en la postpandemia.

Si nos comparamos con otros sistemas sanitarios, donde el médico de familia desempeña el papel central de coordinación sanitaria, como en Australia, allí se producen aumentos anuales de derivaciones superiores al 6% en los últimos 5 años¹⁸². En nuestro entorno sólo disponemos de la base de datos del ministerio de Sanidad (SIAP) y se puede comprobar como en Cataluña, las interconsultas en 2023, han aumentado hasta 2,9 millones, desde los 2,6 millones de 2019.

Aunque nuestros datos no son extrapolables, es destacable el gran trabajo de los profesionales que forman parte del Observatorio ya que, en todos estos años de estudio, más del 90% de los motivos de consulta se resuelven en los centros de atención primaria: el 50% el mismo día de la visita y un 40% continúan en seguimiento en el propio centro.

6.5

Adecuación

Los médicos de familia llevamos más de dos décadas preguntándonos cómo optimizar el tiempo de consulta para adecuarla a las necesidades asistenciales que demanda la población¹⁸³ y planteando nuevos modelos organizativos^{184,185,186}. El aumento progresivo del número de consultas, el aumento de la frecuentación de los pacientes y unos profesionales cansados emocionalmente y preocupados por su futuro profesional han llevado a analizar el detalle de las visitas para adecuarlas lo mejor posible al profesional que tenga competencias para resolverlas^{187,182}.

En el Observatorio también nos hicimos la misma pregunta y decidimos hacérsela a los centinelas. Les pedimos que dijese si era adecuado o no, que fueran ellos quienes debían resolver la demanda o si por el contrario, podría resolverla otro profesional del centro de trabajo o del entorno sanitario. Se exceptuaron las competencias exclusivas y que la ley actual no permite que se realicen por otro profesional, considerándolas adecuadas, aunque creyeran que deberían resolverse de otra forma.

La adecuación fue valorada de forma diferente en 2019 y 2021 que en 2023. En los dos primeros años, se analizó la adecuación de cada motivo de visita médica, sin embargo, aunque en 2023 se disponía de los motivos de visita, se analizó la adecuación de la visita médica en global. De este modo no serían comparables entre ellos, salvo en 2019 y 2021, donde la adecuación sufre una reducción significativa de 4 puntos, pasando del 90,9% de motivos de visita adecuados en 2019 a un 86,2% en 2021. Esa adecuación es significativamente mayor

en los motivos físicos agudos así como para las visitas domiciliarias y presenciales. En el año 2023, al valorar la visita en su conjunto como adecuada o no, probablemente el peso del motivo de consulta predominante genere la valoración final. Así, los centinelas consideraron que el 82,3% de las visitas, eran adecuadas. Tanto si nos comparamos con los datos que publicamos del año 2017, donde también se evaluó la adecuación de la visita en su conjunto y que representó el 92% del total de las visitas analizadas¹¹⁸, o con los datos de 2019 y 2021 es el actual estudio con los matices correspondientes, podemos afirmar que existe una tendencia bajista desde antes de la pandemia hasta la actualidad.

Los resultados se asemejan a los publicados en un estudio guipuzcoano de 2011 con la participación de 38 médicos pertenecientes a 17 centros de salud de la comarca¹⁸⁸. Existe un volumen importante de trabajo de la consulta del médico de familia que podría resolverse en un nivel de atención diferente. Para ellos supone el 20% de las visitas, para nosotros hasta el 17,6% en 2023. Los datos no se distancian demasiado, teniendo en cuenta que ellos también utilizan su percepción subjetiva de adecuación y pertenecen a un territorio muy diferente que en la última década han implantado estrategias con mayor o menor éxito para desburocratizar las consultas de los médicos de familia.

Para los centinelas con *burnout* la adecuación es mayor en 2019 y menor en 2021. En 2023 no existió relación entre médicos centinelas con o sin *burnout*. Con el género del centinela tampoco hubo asociación, pero con la edad se apreciaba una mayor tolerancia (visitas registradas como más adecuadas en centinelas de mayor edad).

En el estudio de semFYC de 2022, sobre un día de jornada asistencial en junio de 2021, se definen los *motivos de poco valor* a aquellos que pueden ser resueltos de forma más eficiente por otros miembros del equipo de salud y describe un listado con más de 60 motivos de consulta que no serían adecuados, como por ejemplo consultas sobre vacunas, certificados de vacunación, informar sobre fechas de citas de otros especialistas o programar analíticas, preguntar por visitas hospitalarias que no se acudió, informes de asistencia a clases, justificantes de colegios, prescripción de medicación hospitalaria al día siguiente de urgencias, etc¹⁴⁵. Del mismo modo definieron *motivos organizativos*, a aquellos motivos que puede resolver otro miembro del equipo de forma más coste-efectiva (coincide con nuestra definición) y que aquí sí el profesional marcaba en la hoja de recogida de datos, llegando a suponer un 16% del total de motivos registrados, muy similar a los datos obtenidos por nuestro equipo, que fue del 14%.

La mayoría de los estudios sobre adecuación hacen referencia a las visitas en los sistemas de urgencias, ya sean hospitalarios o centros de atención primaria, pero no respecto a la consulta ordinaria de un médico de familia. Los estudios de la década de los años 80 y 90 calculaban que entre un 20 y un 80% de las visitas en sistemas de urgencias eran inadecuadas y que debían resolverse en los equipos de atención primaria¹⁸⁹. Hay que tener en cuenta que no se había completado la reforma de la Atención Primaria, considerándola fundamental para mejorar la calidad de la adecuación¹⁹⁰. En otros países, donde el modelo estaba ampliamente implantado y desarrollado presentaban cifras de adecuación muy elevadas en las derivaciones hospitalarias¹⁹¹. Hoy día, la figura del médico de familia, evidencia una práctica asistencial diferente, con menos derivaciones agudas hospitalarias que otros

profesionales equivalentes en aquella época¹⁹². Se llegaron a crear protocolos para que los pacientes fueran enviados directamente a los centros de salud sin apenas visitarse, pero no resultaron seguros¹⁹³. En países como Canadá, revisan y actualizan sus protocolos de actuación con la guía *Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale*, pero no para desviar pacientes, si no para priorizar actuaciones¹⁹⁴. Otras guías de actuación validadas y muy utilizadas a nivel internacional son el *Emergency Severity Index* y el *Manchester Triage System*¹⁹⁵. Todos estos sistemas de triaje cuentan con la participación de sanitarios (médicos, enfermeras, asistentes) pero parece que no será así en el futuro, ya que con la llegada de la inteligencia artificial estos sistemas cambiarán. Por ejemplo, con el ChatGPT se empiezan a obtener resultados prometedores en evaluaciones críticas (ESI-1 y ESI-2)¹⁹⁶.

Existen incalculables protocolos de actuación (probablemente tantos como hospitales) entre atención primaria y hospitalaria para multitud de patologías, que marcan el manejo entre el servicio hospitalario y los médicos de familia del área de influencia¹⁹⁷¹⁹⁸. En muchas ocasiones, no adecuarse al protocolo impide que el paciente sea visitado en el servicio solicitado por el médico primarista.

6.6

Relevancia o valor de la visita médica

La relevancia clínica, cuyo concepto se relaciona con la trascendencia del acto médico sobre la salud del paciente tras la visita realizada, fue registrada por los centinelas sólo en el corte de mayo de 2023. Se trata de uno de los pocos estudios en médicos de familia donde se analiza el valor subjetivo que representa para el sanitario la visita que acaba de realizar. Los médicos centinela consideran que el 50% de las visitas son poco o nada relevantes (incluso descartando del total de las visitas, las visitas de Validación Médica -firma electrónica a solicitudes de recetas de enfermería- y las visitas no presenciales -donde se mezclan informes de todo tipo, partes de baja, recetas caducadas, rechazos de derivaciones, etc-). Si analizamos por los tipos de jornada, el día que se realizan sólo urgencias es donde más se producen visitas irrelevantes e imprescindibles de forma simultánea. Respecto al tipo de visita (seguimos sin contar la visita no presencial ni de validación médica), la eConsulta es la que muestra más porcentaje de visitas sin relevancia que, sumadas a las visitas poco relevantes, rozan el 70% del total de las eConsultas. En el extremo opuesto, casi el 50% de las visitas a domicilio eran imprescindibles y muy relevantes. Esto está en sintonía con el gran valor que otorgan pacientes y profesionales a este tipo de visita^{199,200,201}. Si analizamos la asociación de la relevancia con el *burnout*, (sólo en el grupo de mujeres centinela, puesto que no hay número suficiente de varones) las mujeres que tienen desgaste profesional registran más visitas relevantes que las que no lo padecen. Complejidad y la relevancia van asociadas. Las visitas más complejas son las más relevantes y viceversa. Las médicas con *burnout* registran más relevancia y por tanto, más complejidad.

En nuestro estudio no se ha tratado de clasificar en visitas de alto, medio o bajo valor en base a un listado de acciones sanitarias clasificadas previamente. Así lo hacían en el estudio norteamericano que analizaba la asociación de 12 años de visitas de pacientes atendidos en atención primaria, el valor de los servicios suministrados y la experiencia del paciente²⁰². Por ejemplo, medir la presión arterial, en este estudio se consideraba una actividad de alto valor clínico. Sin embargo, en nuestro estudio ese acto médico podría considerarse una acción de poca trascendencia conociendo el contexto del paciente y su trayectoria. Es una percepción totalmente subjetiva, que el médico resume rápidamente tras el acto asistencial.

La apreciación que un médico de familia tiene sobre una actividad o paciente se ha demostrado de gran valor predictivo. La herramienta NECPAL (Necesidades Paliativas) reconocida internacionalmente en el mundo de los cuidados paliativos y de la atención primaria, desarrollada hace más de una década en Cataluña y actualizada recientemente, realiza una evaluación subjetiva del pronóstico de supervivencia respondiendo a una simple pregunta^{203,204}. Esa pregunta la responde quien conoce mejor al paciente, que suele ser el médico de familia.

En un estudio español de 2008 sobre las consultas realizadas por 6 médicos de familia durante 10 días en jornada normal, se detectó que casi el 30% del tiempo médico se dedicaba a realizar actividad que para el profesional no tenía sentido. Aun no siendo extrapolable, ya que la muestra es pequeña y de un solo centro de salud, es un dato muy preocupante, ya que puede contribuir a la desmoralización y pérdida de atractivo de la profesión¹⁸³. El síndrome del *Boreout*²⁰⁵ o de aburrimiento se compone de tres elementos: aburrimiento, falta de retos y falta de interés profesional. El aburrimiento puede considerarse como no tener nada que hacer, pero también se refiere al contenido específico del trabajo de un empleado, como tareas sin sentido, aburridas o monótonas. La falta de retos se refiere al sentimiento que se experimenta cuando las tareas están por debajo de las capacidades²⁰⁶. Apenas existe bibliografía médica al respecto, probablemente porque no consideramos que un sanitario puede llegar nunca a aburrirse. Si durante meses y años realizamos de forma sistemática un porcentaje elevado de visitas de poco valor, podemos contribuir a aumentar el desgaste profesional^{207,208}.

6.7

Resiliencia

Nuestros datos para la semana de mayo de 2023 aportan una resiliencia moderada de los médicos centinela participantes, con un promedio de 31.3 puntos. Es una cifra similar a la puntuación obtenida por el colectivo médico rural estadounidense que engloba estudiantes, médicos residentes y médicos asistentes, con 30,6 puntos. Los médicos en activo suelen ser más resilientes que la población general²⁰⁹ y comparados con otros colectivos sanitarios, los

médicos de familia suelen ser más resilientes por ejemplo, que los farmacéuticos²¹⁰. Pero esto no ocurre con los estudiantes de medicina, ya sean norteamericanos o canadienses, que obtienen peores resultados (28,2 puntos y 29,7 puntos respectivamente) respecto a los 31,8 puntos de la población comunitaria²¹¹.

Determinados colectivos de la población general obtienen peores puntuaciones, como las personas cuidadores familiares de pacientes con demencia²¹², con 24,9 puntos de media y dependiendo de la franja etárea esta puntuación también puede variar. En un estudio esloveno reciente, desarrollado en la comunidad, la franja de población más resiliente fue la de los 18-25 años, con una media de 34 puntos, seguidos de la franja entre 26-45 años, con 31 puntos y finalizando con la de 46-60 años, con 19 puntos²¹³.

Existen pocos estudios que exploren la resiliencia de los profesionales de atención primaria y los pocos que hay, además de utilizar variados instrumentos de medición (que dificultan más la comparación) se suelen basar en las características personales de los sujetos sin explorar los retos sociales y laborales que componen una parte importante de la resiliencia profesional⁶⁰. Así se desprende del estudio que evalúa la resiliencia de médicos de familia que trabajan áreas sociales desfavorecidas, donde el equipo de trabajo es en realidad un “equipo de apoyo” clave para superar las adversidades del día a día⁶³. La resiliencia personal y la resiliencia profesional se entrelazan y necesitan apoyo mutuo, valores compartidos y satisfacción profesional²¹⁴.

Al igual que sucede en la bibliografía consultada, la resiliencia y el *burnout* en nuestro estudio, van de la mano en una relación negativa⁶⁰. Los médicos centinela que padecen desgaste profesional son menos resilientes y los que presentan mayores puntuaciones en el test de resiliencia CD-RISC-10 sufren menos *burnout*.

6.8

Factores de estrés laboral

El paso de la pandemia por COVID-19 ha tensado aún más un entorno sanitario ya sobrecargado que sigue siendo muy estresante para muchos servicios de atención primaria. Los médicos cada vez reciben mayores demandas, aumenta la burocracia, aumenta la responsabilidad, aumentan las horas de trabajo fuera del horario habitual y cada vez se encuentran más alejados de la atención al paciente²¹⁵. Se ha demostrado que la percepción de justicia de los empleados de cualquier entorno laboral se relaciona positivamente con el compromiso organizacional, el rendimiento o la satisfacción laboral²¹⁶.

Según la Comisión Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo se define el estrés laboral como “las nocivas reacciones físicas y emocionales que ocurren cuando las exigencias del trabajo no igualan las capacidades, los recursos o las necesidades del trabajador”. La ausencia de un proceso de recuperación tras el estrés continuado puede causar estrés crónico. Cuando la persona debido al estrés crónico se ve exhausta y desbordada, se describe el llamado *burnout* o desgaste profesional²¹⁷.

Se llama alostasis al mantenimiento de los principales mediadores hormonales de la respuesta al estrés durante un período de tiempo. Cuando ese tiempo es más largo, se llama carga alostática, y puede acelerar procesos patológicos²¹⁸. Como indicadores clínicos están el aumento de la tensión arterial, la disminución de la variabilidad de la frecuencia cardíaca o el aumento de catecolaminas, el cortisol o el fibrinógeno, entre otros. Los paciente que padecen *burnout* tienen una carga alostática mayor^{219,220}. En un estudio realizado con 15 biomarcadores se observó un aumento de carga alostática asociada al aumento de los síntomas de estrés crónico y *burnout*, pero no asociado a los síntomas de depresión²²¹.

En el año 2022, preocupados por los factores estresantes del entorno laboral del médico de familia, se generó un cuestionario creado a partir de la literatura consultada^{31,217,222,223,224}, donde figuraban factores de riesgo laboral relacionados con el desarrollo de *burnout* (**anexo 7**). Los médicos debían puntuar entre 0 y 10 sobre el impacto que tiene en su vida laboral cada uno de los ítems, siendo 0, ningún impacto o importancia, y siendo 10, de grandísima importancia. De este modo se conocería la importancia de esos condicionantes laborales en el día a día de los médicos centinela.

Preocupados por el aumento de *burnout* registrado desde 2019 a 2021, en el año 2022 se decidió preguntar a los centinelas por el peso de los factores de estrés laboral conocidos. Contestaron 53 centinelas. En la **tabla 63** se puede apreciar esa ponderación, así como el valor otorgado a los ítems.

Tabla 63 | Factores de riesgo de *burnout* evaluados por su importancia según médicos centinelas en el año 2022

Factores	Centinelas (n = 53)
Falta de conocimiento	4.50 (DE±2.57)
Monotonía	4.69 (DE±2.88)
Falta de sentido del trabajo	3.56 (DE±3.33)
Jornada excesivamente larga	4.88 (DE±2.79)
Presencia de imprevistos	6.56 (DE±2.63)
Falta de tiempo	7.71 (DE±2.15)

continúa

Tabla 63 | Factores de riesgo de *burnout* evaluados por su importancia según médicos centinelas en el año 2022

Factores	Centinelas (n = 53)
Agresiones al trabajo	3.35 (DE±2.57)
Falta de apoyo de compañeros	2.87 (DE±3.15)
Falta de apoyo de dirección	4.23 (DE±3.47)
Falta de control en mis funciones	5.24 (DE±3.24)
Falta de posibilidad de promoción	3.67 (DE±3.36)
Falta de participación en decisiones que afectan al trabajo	5.86 (DE±3.02)

La falta de tiempo como primera opción, la presencia de imprevistos en el día a día y la falta de participación en las decisiones del equipo, son los tres factores de riesgo de *burnout* que más preocuparon a los médicos centinela en el año 2022.

6.9

Burnout

En mayo del año 2021, pasado más de un año del inicio de la pandemia por COVID-19, el *burnout* profesional de los médicos centinelas multiplicaba por más de dos las cifras de 2019. En la actualidad estas cifras siguen alejadas del 6% del año 2015²²⁵ y 2017¹⁶⁰. Comparado con el máximo *burnout* alcanzado en noviembre de 2020¹¹⁹ que alcanzó el 58%, en 2021 se redujo a la mitad, un 29%. El Agotamiento Emocional, piedra angular del desgaste profesional, se mantuvo superior al 50% en 2019 y 2021, bajando al 45% en 2023, sin ser estas diferencias estadísticamente significativas. Lo que sí ha sido diferenciador y donde los porcentajes han variado más, es en la despersonalización o cinismo, marcando en 2021 la diferencia de prevalencia respecto a los años 2019 y 2023. Con un mes de diferencia respecto a nuestro estudio, entre junio y julio de 2021, la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (CAMFiC) y el Institut Universitari per a la Recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Gurina (IDIAP Jordi Gol) lanzaron una encuesta a 4700 médicos de familia a la que respondieron 522 médicos de familia (el 11%). El 17,8% de los encuestados presentaban afectación simultánea de las tres escalas en su máxima puntuación y en un 67,5%, altos niveles de agotamiento

emocional. La despersonalización llegó al 42,7%²²⁶. En dicho estudio volvieron a evidenciar que el sexo femenino es un determinante establecido para desarrollar *burnout* y que la edad se asocia de forma inversa (una menor edad se asocia a un mayor riesgo de padecerlo). Nuestros datos también se alinean con la bibliografía, pero al ser una muestra pequeña, las diferencias no son significativas. La última revisión de 16 estudios y más de 7000 médicos de familia en época prepandémica mostraba un 37% de niveles de agotamiento emocional alto, un 28% de alta despersonalización y un 26% de baja realización personal de los estudiados²²⁷.

Se sabe que el *burnout* impacta sobre la actividad laboral y la salud en general^{228,217}. Cuando analizamos los centinelas que padecen *burnout* y su agenda asistencial, podemos afirmar que existe una asociación probabilística entre el *burnout* detectado y la forma de trabajar. El registro global del total de visitas y de los motivos de consulta en todos los tipos de jornada estudiados no parece diferenciarse, pero existe una tendencia en los tres años analizados en los que el médico con *burnout* realiza menos visitas presenciales que los médicos que no lo padecen. Al analizar sólo las jornadas ordinarias y sólo las visitas presenciales, los centinelas que padecen *burnout* realizan menos visitas y registran menos motivos de consulta en los tres años estudiados, una asociación que resulta significativa.

Los médicos centinelas que padecen *burnout* derivan más pacientes a otro nivel asistencial fuera del centro de salud. Esta asociación es significativa en cualquiera de los años estudiados, en el conjunto global de visitas y jornadas, así como en el conjunto de jornadas ordinarias con visitas presenciales. También podemos afirmar que en todos los años observados, el médico centinela con *burnout* percibe significativamente más complejidad en su trabajo, especialmente la complejidad clínica, tanto antes como después de la pandemia. Esto sucede tanto en el conjunto de la actividad semanal, como en el desglose de jornadas ordinarias y visitas presenciales y se corrobora con el análisis multivariante.

Aunque se sabe que existe más prevalencia de *burnout* entre los médicos de familia que trabajan en áreas deprimidas con pacientes más desfavorecidos⁴⁰, en nuestro estudio no podemos sacar esas conclusiones por el bajo número de centinelas en esos entornos. En esos centros la patología psicosocial es más prevalente y suele haber también más escasez de profesionales y mayor carga de trabajo, que también puede contribuir a ello. Como describen en una reciente publicación sobre los médicos de familia daneses, trabajar más de 5 días por semana o realizar jornadas de más de 7,5 horas al día, aumenta el riesgo de padecer *burnout*²²⁹.

Finalmente, el médico centinela que padece *burnout* acaba la jornada con más fatiga que el que no lo padece, algo que pese a ser de sentido común, se confirma con nuestros datos. No podemos saber cómo ha evolucionado el estado de salud de la población adscrita a estos profesionales, pero se sabe que los médicos sin *burnout* y con mayor empatía obtienen mejores resultados en salud que los que padecen *burnout*²²⁵.

Para reducir la carga laboral excesiva que contribuye a aumentar el *burnout* de los médicos de atención primaria, existe consenso: disponer de más personal de apoyo bien formado, aumentar la formación en enfermería adecuada para que pueda trabajar de forma independiente (más número de profesionales no significa más ayuda si todos delegan más) y conseguir retener a los médicos de familia en los centros de salud, evitando las rotaciones continuadas de personal^{230,231}.

Aunque no se ha registrado el detalle de la actividad administrativa realizada en este estudio, en las reuniones del grupo del Observatorio (OMFaM), existen dos temas que están preocupando especialmente a los médicos centinela. El primero es la gestión de las bajas laborales. Parece ser que la falta de medios o el desbordamiento de la actividad de control de las bajas laborales que se realizan en los servicios de inspección centrales de Catalunya, ha provocado el traspaso de una parte de la actividad de control que los inspectores ejercían, a los médicos de atención primaria. Se han activado nuevos plazos, se han generado nuevos informes y se trabaja con un nuevo software de comunicación entre instituciones que genera un volumen de trabajo administrativo que antes no existía y que se les ha impuesto al colectivo de médicos de familia consumiendo un tiempo asistencial muy valioso y ya de por sí bastante reducido por la ocupación de temas administrativos tal y como se puede apreciar con los datos de este estudio. El segundo tema que preocupa es el retorno o el rechazo habitual de solicitudes de interconsulta hospitalaria para la valoración de pacientes. Esta situación es más o menos intensa según el hospital, según el servicio hospitalario que gestione las derivaciones y según el profesional solicitante. Se trata de una situación anómala que ocurre en la mayor parte de los hospitales de Cataluña y que se extiende sin control ante una escasez de profesionales agudizada tras la pandemia. En definitiva estos dos ejemplos organizativos “institucionales” no hacen más que aumentar la percepción de ser un secretario del sistema en lugar de una pieza fundamental que contribuya a la mejora de la salud poblacional, lo que puede acentuar el desencanto profesional que se extiende por toda Europa.

Otras estrategias para mejorar el bienestar y disminuir el *burnout* son la participación en la toma de decisiones (sentirse valorados y escuchados) y disponer de autonomía organizativa. Se sabe que las intervenciones basadas en la organización son más eficaces para reducir el agotamiento profesional que las intervenciones individuales²³².

6.9.1

Reflexión

Muchos médicos de familia que padecen *burnout* pasan totalmente desapercibidos ante la sociedad, ante su colectivo y ante su institución. Los médicos con un elevado *burnout* se entregan tanto como el que más para sacar la consulta adelante y hacer lo mejor posible su trabajo. Hemos encontrado algunos detalles diferenciadores entre los médicos afectados y los que no lo están, pero prácticamente inapreciables en la actividad diaria de un equipo de atención primaria. Para mí, esto no hace más que aumentar el valor de un colectivo que ha sobrevivido a los recortes más intensos tras la crisis de 2008, que ha superado una pandemia inimaginable y que tiene que seguir reinventándose por la falta de profesionales y por una sociedad que cambia a ritmo vertiginoso. La resiliencia, el compromiso y la vocación de todos los profesionales implicados explican porqué el sistema sanitario de este país, a pesar de todo lo sucedido y de disponer de menor presupuesto que el de otros países vecinos, sigue siendo tan valorado por nuestra sociedad y por la población del resto del mundo que entra en contacto con nosotros.

6.10

Perspectivas de futuro

La actividad presencial aumenta cada año y la intención institucional es llegar a la situación prepandémica con la máxima accesibilidad, pero de momento sin fórmulas para disminuir la actividad no presencial, la burocracia, la telemedicina o las visitas telefónicas, que han aumentado de forma considerable. Un exceso de digitalización puede empeorar el agotamiento de los médicos de familia como se describe en una revisión sobre el tema: las cargas administrativas y de documentación, de complejidad de uso, la consulta electrónica, la carga cognitiva y la exigencia para realizarlo en un tiempo determinado contribuyen a aumentar el *burnout* profesional²³³. Si a lo anterior le sumamos la actividad administrativa aumentada, los circuitos asistenciales cambiantes, las alertas del sistema o las interfaces informáticas complejas que requieren una carga cognitiva considerable, la fatiga emocional estará servida. La conciliación de la vida familiar y laboral (prioridad entre los médicos más jóvenes) se ve afectada negativamente por el tiempo que requieren las tareas no presenciales durante y después del horario de consulta. Esa interacción virtual, a menudo no se contabiliza como productividad y no suele ser reembolsada.

Australia, que lleva años tomando medidas para mejorar el acceso de la población a la medicina de familia, ha aumentado en las últimas décadas de forma importante el número de médicos del país y sin embargo, no dispone de profesionales suficientes, puesto que el

número de horas de consulta no ha subido en la misma proporción que el número de nuevos profesionales contratados²³⁴. En un estudio Suizo concluyen que para que los profesionales mantengan cierta esperanza en mejorar su profesión y mejore el atractivo para jóvenes estudiantes, se debería adecuar el tiempo de visita a la complejidad y a las demandas del paciente. Debería mantenerse el enfoque holístico, preventivo y rentable siempre en colaboración con el paciente²³⁵. Pero este enfoque requiere tiempo y no puede lograrse en breves espacios de consulta, especialmente en consultas sobre cuestiones psicosociales, que pueden llevar mucho tiempo y suponer un reto emocional para el propio médico de familia. Ellos plantean reducir el número de consultas diarias y ampliar así el tiempo de consulta por paciente como estrategia para ganar control sobre el tiempo para tratar a pacientes que presentan numerosos problemas. Pero a día de hoy, el tiempo extra que se necesita en determinadas circunstancias, lo gestiona el profesional sacándolo de otro tipo de visita, o de otras actividades (formación/sesiones) o de su propio tiempo libre, tal y como nos referencian los médicos centinelas de esta publicación.

Desde hace tiempo la falta de médicos se está cubriendo con profesionales de enfermería. Evaluado por primera vez por la Cochrane en 2005²³⁷ y actualizado en 2018²³⁸ la evidencia científica concluye que con la formación adecuada y cierto soporte médico, las enfermeras podían ofrecer una atención de la misma calidad que los médicos y con los mismos resultados de salud o incluso mejores en ambos apartados. Enfermería dispone de más tiempo, los visita más veces y genera más satisfacción al paciente. El estudio no puede determinar qué nivel de formación de enfermera produce mejores resultados ni evaluar los costes de asistencia (por diferencias de productividad y de salario) pero es una práctica que se extiende de forma heterogénea en los distintos servicios sanitarios europeos. En Cataluña un protocolo de tratamiento de patologías menores llevado a cabo por enfermería durante el año 2019 y 2020 demostró claramente su eficacia²³⁹ y se está desarrollando el perfil de la enfermera tecnológica, especializada en el ámbito de la telemedicina²⁴⁰. Sin embargo, también la escasez de profesionales de enfermería empieza a seguir la senda iniciada por medicina. Por ello otros actores del sistema sanitario están participando para dar salida a problemas de baja complejidad. En EEUU existen además de enfermeros especializados, médicos asistentes (advanced practice practitioners) tanto para atención primaria como para otras especialidades. En los últimos 10 años su presencia se ha multiplicado y están superando en nuevas visitas a los médicos de familia aunque no así en otras especialidades médicas o quirúrgicas²⁴¹.

Por último, están surgiendo iniciativas innovadoras y esperanzadoras que combinan lo expuesto anteriormente con la optimización de los roles profesionales y la introducción de la inteligencia artificial. Ésta última, es ya una realidad. Se ha probado como motor para analizar los motivos de consulta de los pacientes, proponiendo una cita con un profesional determinado, el modo en que lo atenderá y el tiempo que tardará en visitarse²⁴². Su implantación en los últimos años está creciendo de forma exponencial y ya estamos percibiendo los cambios que condicionarán nuestro entorno laboral a corto plazo. Con mucha probabilidad, varios de los problemas planteados en esta tesis serán superados por la inteligencia artificial. Aparecerán nuevos desafíos para la práctica asistencial de la medicina en general y de la medicina de familia en particular. Esperamos poder seguir observando esta apasionante transformación, para la que muchos no estamos todavía preparados y no somos capaces de imaginar.

6.11

Fortalezas del estudio

Se trata de un proyecto llevado a cabo por el interés de los propios profesionales que trabajan en primera línea de la sanidad catalana. El volumen de médicos de familia que siguen mostrando interés por el proyecto (pocas bajas voluntarias) sigue aumentando a pesar del sobreesfuerzo que representa la participación.

Permite obtener información cualitativa utilizando metodología cuantitativa (como la complejidad, la adecuación o la relevancia). Se podría haber utilizado sólo metodología cualitativa para ajustar mejor esta subjetividad, pero hubiera afectado la participación de un menor número de profesionales.

Se trata de un estudio multiproveedor de servicios (los médicos centinelas pertenecen a distintas empresas públicas proveedoras de servicios sanitario, siempre más difícil de llevar a cabo que si todos perteneciesen a la misma institución. Les permite saber cómo están sus profesionales y cómo viven su trabajo. Disponemos de información valiosa sobre cómo se sienten los profesionales en su día a día.

La aportación de datos asistenciales y profesionales de cuatro proveedores de servicio diferentes que operan en la comarca y no de una sola institución. Estos proveedores tienen de referencia tres hospitales comarcales diferentes y con diferentes órganos de gobierno.

La cuantificación de las visitas realizadas por los profesionales es concordante con los datos de la central de resultados y explica la rigurosidad de los datos recogidos.

La información complementaria que aporta a los sistemas automatizados podría servir para ajustar las políticas en salud. Un ejemplo, si asumimos que un 10% de las visitas presenciales que registra el SISCAT (Sistema Sanitari Integral d'utilització pública de Catalunya) no lo son (como presuponemos en este estudio), podremos ajustar mejor los objetivos de presencialidad que las instituciones demandan a los profesionales. Un sistema como el Observatori a escala nacional, serviría para ajustar los indicadores de la Central de Resultats y así el gobierno poder planificar mejor los objetivos asistenciales del país.

La recogida de datos en tiempo real evita el sesgo de recuerdo y además ha sido muy bien aceptada por los participantes.

La realización de un registro semanal desde antes de la pandemia en el mismo mes, permite visualizar una semana "normal" de la vida de un médico de familia y permite comparar la evolución en el tiempo, sin que intervengan los factores de la estacionalidad (vacaciones de profesionales, días festivos, aumento de enfermedades infecciosas, etc).

La representatividad en el territorio del Maresme, está garantizada por la red de centinelas. El perfil de los médicos centinela en la simple comparación realizada con el total de la plantilla médica participante en 2021 no arroja las diferencias de edad significativas.

El proyecto resulta atractivo a otras profesiones que forman parte de los equipos de atención primaria mostrando su explícito interés participativo en varias ocasiones: *“¡Por favor, nosotros también queremos reflejar nuestro día a día laboral!”* -exclamó un miembro del personal administrativo- y *“¡El colectivo de enfermería debería estar representado en el Observatorio!”* -comentó un cargo directivo.

A pesar de la vivencia de la pandemia y el agotamiento laboral por todo lo ocurrido creemos que los médicos centinela cumplieron los objetivos planteados. Se puede apreciar cierta variabilidad en la recogida de datos dependiendo del año de estudio, no habiendo podido mantener la misma intensidad de participación, pero no desmerece en absoluto el grandísimo esfuerzo realizado por este grupo de médicos centinelas, cuya generosidad ha superado nuestras expectativas.

6.12

Limitaciones del estudio

La participación de los médicos centinela adscritos al proyecto roza el 50% de media. Sería deseable que fuese mayor. Por vicisitudes de la vida laboral y familiar, cuando se necesita realizar la actividad, no siempre pueden.

La participación voluntaria o selección por conveniencia. Trabajar con voluntarios que se saben observadores, y observados, conlleva un efecto *Hawthorne* que podría alterar la validez de los resultados. Pero desde nuestro punto de vista, la motivación por pertenecer al observatorio influye en una mayor exhaustividad en la recogida de la información que al final repercute en una mayor exactitud de la misma. Por la propia naturaleza del estudio, trabajar con una muestra aleatoria de los profesionales de la comarca, parece extremadamente difícil al no recibir remuneración alguna.

Problemas de registro. Mejorar el sistema, automatizarlo e informatizarlo para evitar problemas como en 2023.

Desconocer la carga de trabajo de los médicos participantes, respecto al número total de pacientes asignados como la complejidad y el entorno social de los mismos, así como si durante las semanas de estudio el número de bajas profesionales o cambios organizativos condicionaron los registros.

Variabilidad de los registros. A pesar de la puesta en común con reuniones grupales entre los centinelas sobre el registro de las variables antes de la realización del estudio, este procedimiento se puede mejorar mediante entrevistas individuales de seguimiento. Al pertenecer a 4 entidades proveedoras de servicios, algunos circuitos internos con sus respectivos hospitales pueden diferir. También la posibilidad para realizar determinadas exploraciones o tratamientos en los propios centros de salud puede variar (incluso en la misma institución) y lo que para unos es una derivación a otro nivel, para otros no lo es.

La subjetividad de algunas variables de registro. Definir la complejidad, la adecuación o la relevancia de una visita, implica personalizar. Parámetros como los propios conocimientos del profesional, el conocimiento del paciente, las circunstancias de la consulta de ese día o la falta de sueño, por poner unos ejemplos, podrían variar el criterio tras horas de consulta. Estos parámetros inherentes al propio profesional podrían corregirse parcialmente si se crean nuevas definiciones y se realizan nuevos entrenamientos para disminuir la variabilidad.

La no remuneración y la falta de financiación, al ser un proyecto basado en profesionales puramente asistenciales, impiden una estabilidad a largo plazo. El registro manual de los datos provoca tal lentitud del procesamiento de datos que consume muchos recursos económicos o de tiempo personal. Falta de una estructura de difusión ágil de los resultados obtenidos en cada corte.

Conclusiones

1. Los médicos de los centros de asistencia primaria que pertenecen al Observatorio de Medicina de Familia de la comarca del Maresme han cambiado su forma de trabajar tras el paso de la pandemia: han aumentado las visitas y los motivos de consulta, han disminuido la visita presencial y han aumentado todas las visitas sin presencialidad (telefónicas, teleconsultas, administrativas, eConsultas).
2. Este trabajo constata los altos niveles de *burnout* alcanzados tras la pandemia, la gran cantidad de visitas burocráticas-administrativas (23%), la inadecuación de las visitas realizadas (10-18%) o el poco el valor percibido en las eConsultas (70%). Para los médicos centinela, el número de visitas que se podría haber resuelto por otros profesionales del centro de asistencia primaria ha ido en aumento. Se perciben gran cantidad de motivos de consulta administrativos y muchas visitas de poco valor clínico. La mayor complejidad, independiente de las patologías del paciente, se relaciona con la visita de demanda psicosocial, con el elevado número de motivos de consulta y con la patología crónica de seguimiento. Las visitas domiciliarias y presenciales se valoran como más complejas que el resto de visitas, así como más relevantes y adecuadas.
3. Los médicos centinelas varones tienden a registrar más tiempo de descanso, a percibir menos fatiga, a registrar menor complejidad en las visitas y a derivar menos que las médicas centinelas mujeres. A medida que aumenta la edad del profesional, aumenta la probabilidad de realizar menos visitas, sufrir menos fatiga, registrar menos complejidad y percibir mayor resolución. Los médicos centinelas que padecen *burnout* grave (afectación de las tres subescalas en grado elevado) realizan menos visitas presenciales, registran menos motivos de consulta, se fatigan más, perciben más complejidad, resuelven menos y derivan más que los que no padecen agotamiento emocional.
4. La resiliencia de los médicos centinela, que se manifiesta en valores moderados, no ha impedido que el *burnout* profesional explotase durante la pandemia. Aunque en actualidad ha ido disminuyendo, aun se duplican las cifras prepandémicas de los años 2016 y 2017. Los tiempos de descanso se han ido reduciendo, pero el nivel de fatiga se ha mantenido constante.

5. A pesar de que la mayor parte de los médicos de familia centinelas con agotamiento emocional grave son difícilmente distinguibles de los que no lo padecen, la prevalencia detectada en esta tesis debería obligar a plantear cambios organizativos en las diferentes empresas prestadoras de servicios así como la creación e implantación de programas institucionales/gubernamentales de detección y abordaje del *burnout* (como ocurre en algunos países europeos) por el bien de nuestros profesionales, de la medicina de familia y comunitaria y de nuestra sociedad.

Líneas de futuro

Estos son algunos de los objetivos que el grupo del Observatorio de Medicina de Familia del Maresme tiene sobre la mesa para los próximos años:

1. Conocer la percepción del paciente sobre la atención recibida del profesional y su estado emocional.
2. Contrastar percepciones con datos numéricos absolutos del sistema sanitario: percepción de resolución con derivaciones generadas, percepción de complejidad con el grado de complejidad clínica de los pacientes, etc.
3. Conocer los resultados en salud de la población adscrita a un profesional y relacionarlo con las variables no automatizadas del sistema desarrolladas en el Observatorio.
4. Modificar i desarrollar nuevas mediciones que permitan automatizar las percepciones de los profesionales para agilizar el procedimiento de recogida de datos.
5. Crear un programa de detección precoz del *burnout* y su abordaje: Conocemos las variables y podemos detectarlas.
 - a. Potenciar los registros automáticos que midan de forma indirecta el estrés persistente del médico (por ejemplo, la hora asignada del paciente y la hora de visita real o el tiempo de cada visita). El retraso sistemático debe alertarnos del potencial agotamiento del profesional o de la complejidad de su cupo asistencial.
 - b. Asociar la complejidad por patologías prevalentes de un contingente determinado con el tiempo medio de visita de los pacientes estratificados y probablemente aflorarían nuevos condicionantes que en estos momentos no son tenidos en cuenta.
6. Optimizar la red de centinelas y crear “Centros Centinela” donde todos los profesionales participen. Ampliación a nuevas categorías profesionales, sobre todo personal administrativo y enfermería.
7. Promover intervenciones para disminuir la carga profesional y el estrés laboral. Actuar sobre la organización y sobre los problemas de mayor peso en las consultas.
8. Colaborar con los organismos o instituciones de gestión masiva de datos para contrastar datos y realizar asociaciones. Temporizar las visitas, conocer las patologías de los pacientes visitados, entrevistarlos para conocer su satisfacción con el profesional o disponer de un segundo observador en la consulta, serían líneas posibles de investigación futuras.

Bibliografía

1. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res.* 2003;38(3):831-865. doi:10.1111/1475-6773.00149
2. Starfield B. *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology.* (Oxford University Press, ed.). New York; 1998.
3. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83(3):457-502. doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x
4. Lown M, Lewith G, Simon C, Peters D. Resilience: what is it, why do we need it, and can it help us? *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* 2015;65(639):e708-10. doi:10.3399/bjgp15X687133
5. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* 2022;72(715):e84-e90. doi:10.3399/BJGP.2021.0340
6. Hernansanz Iglesias F, Clavería Fontán A, Gérvas Camacho J, Márquez Calderón MS, Alvarez-Dardet C. [The future of the National Health System and its bedrock, primary care. SESPAS Report, 2012]. *Gac Sanit.* 2012;26 Suppl 1:3-5. doi:10.1016/j.gaceta.2012.01.008
7. Rajan D, Rouleau K, Winkelmann J, Jakab M, Kringos D, Khalid F. Implementing the primary health care approach: a primer. 2024.
8. Gérvas Camacho J. La Medicina General/de Familia en España al comienzo del siglo XXI: de las expectativas excesivas al desánimo insondable. *SEMERGEN.* 2003;29(7):357-359.
9. Hobbs FDR, Bankhead C, Mukhtar T, et al. Clinical workload in UK primary care: a retrospective analysis of 100 million consultations in England, 2007-14. *Lancet (London, England).* 2016;387 (10035):2323-2330. doi:10.1016/S0140-6736(16)00620-6
10. Barber P, González B. *Informe Oferta-Necesidad de Especialistas Médicos 2021-2035.* Universidad de las Palmas de Gran Canaria.; 2022.
11. Armesto S, Taira B, Durán A, Bernal-Delgado E. España: Análisis del sistema sanitario. *Sist Sanit en Transic.* 2011;12:1-240.
12. Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990-2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet (London, England).* 2017;390(10091):231-266. doi:10.1016/S0140-6736(17)30818-8

13. Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet (London, England)*. 2018;391(10136):2236-2271. doi:10.1016/S0140-6736(18)30994-2
14. Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP). Sanidad en Datos. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/home.htm>. Published 2020.
15. Bacigalupe A, Martín U, Font R, González-Rábago Y, Bergantiños N. [Austerity and healthcare privatization in times of crisis: are there any differences among autonomous communities?]. *Gac Sanit*. 2016;30(1):47-51. doi:10.1016/j.gaceta.2015.10.003
16. Repullo JR. [To guarantee the quality of the National Health System in times of crisis: only if we all commit ourselves]. *Rev Calid Asist organo la Soc Esp Calid Asist*. 2011;26(1):1-4. doi:10.1016/j.cali.2011.01.001
17. Fernández Castañer M, Salazar Soler A, Bartolomé Sarvisé C, et al. [Impact of the financial crisis on activity and efficiency at a high-technology university hospital]. *Rev Esp Salud Publica*. 2018;92.
18. Lopez-Valcarcel BG, Barber P. Economic Crisis, Austerity Policies, Health and Fairness: Lessons Learned in Spain. *Appl Health Econ Health Policy*. 2017;15(1):13-21. doi:10.1007/s40258-016-0263-0
19. Sisó-Almirall, Antoni, Mestres-Lucero, Jordi, Ortega-Vila, Yolanda, Solanes-Cabús, Mònica, Monedero-Boado, Jordi, Poblet-Calaf, Carmina, Basora-Gallisà, Josep, Deniel-Rosanas, Joan, Fernández- Pérez, Joaquim, Alarcón-Belmonte, Iris, Bayona-Huguet, Xavier, Mo. Reptes de Futur de l'Atenció Primària. 2020.
20. García-Sierra RM, Badia Perich E, Manresa Domínguez JM, et al. Estudio descriptivo de los trabajadores de servicios sanitarios de una dirección de atención primaria confinados por Covid-19. *Rev Esp Salud Publica*. 2020.
21. Raudenská J, Steinerová V, Javůrková A, et al. Occupational burnout syndrome and post-traumatic stress among healthcare professionals during the novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2020. doi:10.1016/j.bpa.2020.07.008
22. Morreel S, Philips H, Verhoeven V. Organisation and characteristics of out-of-hours primary care during a COVID-19 outbreak: A real-time observational study. *PLoS One*. 2020;15(8):e0237629. doi:10.1371/journal.pone.0237629
23. Shah SS, Safa A, Johal K, Obika D, Valentine S. A prospective observational real world feasibility study assessing the role of app-based remote patient monitoring in reducing primary care clinician workload during the COVID pandemic. *BMC Fam Pract*. 2021;22(1):248. doi:10.1186/s12875-021-01594-7
24. Solans O, Vidal-Alaball J, Roig Cabo P, et al. Characteristics of Citizens and Their Use of Teleconsultations in Primary Care in the Catalan Public Health System Before and During the COVID-19 Pandemic: Retrospective Descriptive Cross-sectional Study. *J Med Internet Res*. 2021;23(5):e28629. doi:10.2196/28629
25. López Seguí F, Walsh S, Solans O, et al. Teleconsultation Between Patients and Health Care Professionals in the Catalan Primary Care Service: Message Annotation Analysis in a Retrospective Cross-Sectional Study. *J Med Internet Res*. 2020;22(9):e19149. doi:10.2196/19149
26. Rajan D, Jakab M, Schmets G, et al. Political economy dichotomy in primary health care: bridging the gap between reality and necessity. *Lancet Reg Heal Eur*. 2024;42:100945. doi:10.1016/j.lanepe.2024.100945

27. McCartney G, Hearty W, Arnot J, Popham F, Cumbers A, McMaster R. Impact of Political Economy on Population Health: A Systematic Review of Reviews. *Am J Public Health*. 2019;109(6):e1-e12. doi:10.2105/AJPH.2019.305001
28. von dem Knesebeck O, Lüdecke D, Klein J. Social disparities in access and quality of consultation in outpatient care in Germany. *BMC Prim care*. 2024;25(1):299. doi:10.1186/s12875-024-02552-9
29. Montalvo Jaaskelainen, Federico, Gullón Tosio, Perdo, Lumbrreras Lacarra, Blanca, Ignacio Sánchez-Martínez F. INFORME SESPAS 2022: LA RESPUESTA A LA PANDEMIA DE COVID-19. Lecciones aprendidas. *Gac Sanit*. 2022;36(Suplemento 1):1-108.
30. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria para los años 2022 y 2023. 2021. www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/docs/Plan_de_Accion_de_Atencion_Primaria.pdf.
31. NTP0704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o burnout (I): definición y procesos de generación. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Economía Social. https://www.insst.es/documents/94886/326775/ntp_705.pdf/a6901ca1-e0a3-444d-96dd-419079da204d?version=1.0&t=1617977674002. Published 2005.
32. Raudenská J, Steinerová V, Javůrková A, et al. Occupational burnout syndrome and post-traumatic stress among healthcare professionals during the novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2020;34(3):553-560. doi:10.1016/j.bpa.2020.07.008
33. Shanafelt TD, West CP, Sinsky C, et al. Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Integration in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2017. *Mayo Clin Proc*. 2019;94(9):1681-1694. doi:10.1016/j.mayocp.2018.10.023
34. Maslach C. *Maslach Burnout Inventory*. (Jackson SE, ed.). Palo Alto (CA): Consulting Psychologists Press; 1986.
35. Maslach C, Jackson SE. The Maslach Burnout Inventory. *J Occup Behav*. 1981;2:99-113.
36. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001;52:397-422. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.397
37. Håkansson C, Lexén A. The combination of psychosocial working conditions, occupational balance and sociodemographic characteristics and their associations with no or negligible stress symptoms among Swedish occupational therapists - a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1):471. doi:10.1186/s12913-021-06465-6
38. Lastovkova A, Carder M, Rasmussen HM, et al. Burnout syndrome as an occupational disease in the European Union: an exploratory study. *Ind Health*. 2018;56(2):160-165. doi:10.2486/indhealth.2017-0132
39. World Health Organization. *Burn-out an "Occupational Phenomenon": International Classification of Diseases [Internet]*. Available from: https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/. Geneva; 2019.
40. Pedersen AF, Vedsted P. Understanding the inverse care law: a register and survey-based study of patient deprivation and burnout in general practice. *Int J Equity Health*. 2014;13:121. doi:10.1186/s12939-014-0121-3
41. Wright T, Mughal F, Babatunde OO, Dikomitil L, Mallen CD, Helliwell T. Burnout among primary health-care professionals in low- and middle-income countries: systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ*. 2022;100(6):385-401A. doi:10.2471/BLT.22.288300

42. Dolan S, Piñol D. Estudi dels factors de risc personals, socioculturals i organitzacionals de la síndrome d'esgotament professional (burnout) en el personal mèdic a Catalunya. *Inst d'Estudis Laborals-ESADE-Memòria Científica Final*. 2002:1-101.
43. SEMERGEN. Análisis sobre la situación de los Médicos de Familia en España. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria.
44. Rimmer A. GPs want longer consultations, BMA survey finds. *BMJ*. 2015;350:h1910. doi:10.1136/bmj.h1910
45. Sansom A, Calitri R, Carter M, Campbell J. Understanding quit decisions in primary care: a qualitative study of older GPs. *BMJ Open*. 2016;6(2):e010592. doi:10.1136/bmjopen-2015-010592
46. Wallace J, Lemaire J, A Ghali W. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: A missing quality indicator. *Lancet*. 2009;374:1714-1721.
47. Scheepers RA, Boerebach BCM, Arah OA, Heineman MJ, Lombarts KMJM. A Systematic Review of the Impact of Physicians' Occupational Well-Being on the Quality of Patient Care. *Int J Behav Med*. 2015;22(6):683-698. doi:10.1007/s12529-015-9473-3
48. Linzer M, Poplau S, Brown R, et al. Do Work Condition Interventions Affect Quality and Errors in Primary Care? Results from the Healthy Work Place Study. *J Gen Intern Med*. 2017;32(1):56-61. doi:10.1007/s11606-016-3856-2
49. Halbesleben JRB, Rathert C. Linking physician burnout and patient outcomes: exploring the dyadic relationship between physicians and patients. *Health Care Manage Rev*. 2008;33(1):29-39. doi:10.1097/01.HMR.0000304493.87898.72
50. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Trojanowski L. The relationship between physician burnout and quality of healthcare in terms of safety and acceptability: a systematic review. *BMJ Open*. 2017;7(6):e015141. doi:10.1136/bmjopen-2016-015141
51. Méndez Iglesias SM. Reflections on the burnout of Primary Care professionals after pandemic. *Aten Primaria*. 2022;54(6). doi:10.1016/J.APRIM.2022.102314
52. Cebolla A, Miragall M, Palomo P, et al. Embodiment and Body Awareness in Meditators. *Mindfulness (N Y)*. 2016;7(6):1297-1305. doi:10.1007/s12671-016-0569-x
53. Krasner MS, Epstein RM, Beckman H, et al. Association of an Educational Program in Mindful Communication With Burnout, Empathy, and Attitudes Among Primary Care Physicians. Vol 302.; 2009. www.jama.com.
54. Asuero AM, Queraltó JM, Pujol-Ribera E, Berenguera A, Rodríguez-Blanco T, Epstein RM. Effectiveness of a mindfulness education program in primary health care professionals: a pragmatic controlled trial. *J Contin Educ Health Prof*. 2014;34(1):4-12. doi:10.1002/chp.21211
55. Fuertes MC, Aranda G, Rezola N, Erramuzpe A, Palacios C, Ibañez B. [Long-term effects of a mindfulness and self-compassion program with Primary Healthcare professionals]. *An Sist Sanit Navar*. 2019;42(3):269-280. doi:10.23938/ASSN.0718
56. Awa WL, Plaumann M, Walter U. Burnout prevention: a review of intervention programs. *Patient Educ Couns*. 2010;78(2):184-190. doi:10.1016/j.pec.2009.04.008
57. Naehrig D, Schokman A, Hughes JK, Epstein R, Hickie IB, Glozier N. Effect of interventions for the well-being, satisfaction and flourishing of general practitioners-a systematic review. *BMJ Open*. 2021;11:46599. doi:10.1136/bmjopen-2020-046599

58. Li M, Yu X, Wang D, et al. Association among resilience, post-traumatic stress disorder, and somatization in frontline healthcare workers in COVID-19: The mediating role of perceived stress. *Front psychiatry*. 2022;13:909071. doi:10.3389/fpsyt.2022.909071
59. León MÁ, González-Gomez A, Ortega H, Padilla García JL, Peralta-Ramírez M. Propiedades psicométricas de la Escala de Resiliencia de Connor y Davidson (CD-RISC) en población española. *An Psicol*. 2018;35:33-40. doi:10.6018/analesps.35.1.314111
60. Robertson HD, Elliott AM, Burton C, et al. Resilience of primary healthcare professionals: a systematic review. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. 2016;66(647):e423-33. doi:10.3399/bjgp16X685261
61. Fortney L, Luchterhand C, Zakletskaia L, Zgierska A, Rakel D. Abbreviated mindfulness intervention for job satisfaction, quality of life, and compassion in primary care clinicians: a pilot study. *Ann Fam Med*. 2013;11(5):412-420. doi:10.1370/afm.1511
62. Gerber M, Jonsdottir IH, Lindwall M, Ahlborg G. Physical activity in employees with differing occupational stress and mental health profiles: A latent profile analysis. *Psychol Sport Exerc*. 2014;15(6):649-658. doi:https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2014.07.012
63. Eley E, Jackson B, Burton C, Walton E. Professional resilience in GPs working in areas of socioeconomic deprivation: a qualitative study in primary care. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. 2018;68(677):e819-e825. doi:10.3399/bjgp18X699401
64. Mosadeghrad AM, Afshari M, Isfahani P, et al. Strategies to strengthen the resilience of primary health care in the COVID-19 pandemic: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2024;24(1):841. doi:10.1186/s12913-024-11278-4
65. Añel Rodríguez RM, Astier Peña MP, Coll Benejam T. ¿Por qué resulta cada vez más complicado “hacer lo que hay que hacer” y “dejar de hacer lo que no hay que hacer”? Estrategias para revertir las prácticas de bajo valor. *Atención Primaria*. 2023;55(7). doi:10.1016/j.aprim.2023.102630
66. Chassin MR, Galvin RW. The urgent need to improve health care quality. Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. *JAMA*. 1998;280(11):1000-1005. doi:10.1001/jama.280.11.1000
67. Excellence. NI for H and C. NICE savings and productivity and local practice collections.
68. Almazán C, Caro-Mendivelso JM, Mias M, Barrionuevo-Rosas L, Moharra M, Gagnon M-P. Catalan experience of deaddoption of low-value practices in primary care. *BMJ open Qual*. 2022;11(1). doi:10.1136/bmjopen-2020-001065
69. Martins C, Godycki-Cwirko M, Heleno B, Brodersen J. Quaternary prevention: reviewing the concept. *Eur J Gen Pract*. 2018;24(1):106-111. doi:10.1080/13814788.2017.1422177
70. Donnon T, Al Ansari A, Al Alawi S, Violato C. The reliability, validity, and feasibility of multisource feedback physician assessment: a systematic review. *Acad Med*. 2014;89(3):511-516. doi:10.1097/ACM.0000000000000147
71. Overeem K, Wollersheim HC, Arah OA, Cruijsberg JK, Grol RPTM, Lombarts KMJMH. Evaluation of physicians' professional performance: an iterative development and validation study of multisource feedback instruments. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:80. doi:10.1186/1472-6963-12-80
72. Vayro C, Narayanan A, Greco M, et al. Colleague appraisal of Australian general practitioners in training: an analysis of multisource feedback data. *BMC Med Educ*. 2022;22(1):494. doi:10.1186/s12909-022-03559-5

73. Wollersheim H, Hermens R, Hulscher M, et al. Clinical indicators: development and applications. *Neth J Med*. 2007;65(1):15-22.
74. Plaza Tesías A, Guarga Rojas A, Farrés Quesada J, Zara Yanhi C. [Consensus on a process of benchmarking in primary care in Barcelona]. *Aten primaria*. 2005;35(3):130-139. doi:10.1157/13071938
75. Ichaso Hernández-Rubio MA de los S, García Armesto S. [Indicators in primary care: reality or desire. SESPAS report 2012]. *Gac Sanit*. 2012;26 Suppl 1:27-35. doi:10.1016/j.gaceta.2011.08.006
76. Damman OC, van den Hengel YK, van Loon AJM, Rademakers J. An international comparison of web-based reporting about health care quality: content analysis. *J Med Internet Res*. 2010;12(2):e8. doi:10.2196/jmir.1191
77. García-Vicente S, de Ramón-Frías R. [What indicators of primary care activity are offered in the Spanish National Health System? Comparison between regional governments health departments]. *Semergen*. 2021;47(8):539-550. doi:10.1016/j.semereg.2020.11.001
78. Portal Estadístico. Área de Inteligencia de Gestión. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. <https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/S/sistema-de-informacion-de-atencion-primaria-siap>. Published 2024.
79. Portal Estadístico. Área de Inteligencia de Gestión. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. <https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/S/base-de-datos-de-clinicos-de-atencion-primaria-bdcap>.
80. Birtwhistle RV. Canadian Primary Care Sentinel Surveillance Network: a developing resource for family medicine and public health. *Can Fam Physician*. 2011;57(10):1219-1220.
81. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya (OSSC). Central de Resultats. (AQuAS), Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. https://observatorisalut.gencat.cat/ca/central_de_resultats/. Published 2022.
82. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. *DECRET 130/2020*; 2020:14.
83. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS). CENTRAL DE RESULTATS. Àmbit Atenció Primària. Generalitat de Catalunya. <https://aquas.gencat.cat/>.
84. Daniel Díez J. *Informe de l'Observatori Del Sistema de Salut de Catalunya. Central de Resultats. Dades 2016. Àmbit d'atenció Primària.*; 2016.
85. Mirón Canelo JA, Sáenz González MC. Sistemas de información sanitaria: red de vigilancia epidemiológica y atención primaria. Situación actual. *Atención Primaria*. 1997;19(6):323-327. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-sistemas-informacion-sanitaria-red-vigilancia-14517>.
86. Hinton W, McGovern A, Coyle R, et al. Incidence and prevalence of cardiovascular disease in English primary care: a cross-sectional and follow-up study of the Royal College of General Practitioners (RCGP) Research and Surveillance Centre (RSC). *BMJ Open*. 2018;8(8):e020282. doi:10.1136/bmjopen-2017-020282
87. Correa A, Hinton W, McGovern A, et al. Royal College of General Practitioners Research and Surveillance Centre (RCGP RSC) sentinel network: a cohort profile. *BMJ Open*. 2016;6(4):e011092. doi:10.1136/bmjopen-2016-011092

88. Samaja J. Muestras y representatividad en vigilancia epidemiologica mediante sitios centinelas. *Cad Saude Publica*. 1996;12(3):309-319. doi:10.1590/S0102-311X1996000300004
89. RCGP RSC Primary Care Workload Observatory. RCGP Research and Surveillance Centre (RSC). Royal College of General Practitioners. <https://orchid.phc.ox.ac.uk/index.php/wlo/>. Published 2019.
90. O'Kelly M, Teljeur C, O'Kelly F et al. *Structure of General Practice in Ireland 1982–2015*; 2016. https://www.tcd.ie/medicine/public_health_primary_care/assets/pdf/structure-of-general-practice-2016.pdf.
91. Gibson J, Sutton M, Spooner S CK. *Ninth National GP Worklife Survey. University of Manchester: Policy Research Unit in Commissioning and the Healthcare System Manchester Centre for Health Economics*; 2018.
92. Pierse T, Barry L, Glynn L, Quinlan D, Murphy A, O'Neill C. A pilot study of the duration of GP consultations in Ireland. doi:10.1186/s40814-019-0532-4
93. La Schäfer W, Gw Boerma W, Kringos DS, et al. *QUALICOPC, a Multi-Country Study Evaluating Quality, Costs and Equity in Primary Care*; 2011. doi:10.1186/1471-2296-12-115
94. Schäfer WLA, Van Den Berg MJ, Groenewegen PP. The association between the workload of general practitioners and patient experiences with care: results of a cross-sectional study in 33 countries. doi:10.1186/s12960-020-00520-9
95. Groenewegen PP, Bosmans MWG, Boerma WGW, Spreeuwenberg P. The primary care workforce in Europe: a cross-sectional international comparison of rural and urban areas and changes between 1993 and 2011. *Eur J Public Health*. 2020;30(4):iv12-iv17. doi:10.1093/eurpub/ckaa125
96. Boerma WGW. Profiles of general practice in Europe : an international study of variation in the tasks of general practitioners. 2003. <https://doi.org/10.26481/dis.20030917wb>.
97. Hutton C, Gunn J. Do longer consultations improve the management of psychological problems in general practice? A systematic literature review. *BMC Health Serv Res*. 2007;7:71. doi:10.1186/1472-6963-7-71
98. Borgman J. Almost all U.S. physicians surveyed feel burned out on a regular basis, with many having considered career change, according to recent athenahealth Physician Sentiment Survey. AthenaHealth.
99. WORLD INEQUALITY DATABASE. <https://wid.world/>. Published 2023.
100. Crosbie B, O'Callaghan ME, O'Flanagan S, Brennan D, Keane G, Behan W. A real-time measurement of general practice workload in the Republic of Ireland: a prospective study. *Br J Gen Pract*. 2020;70(696):e489-e496. doi:10.3399/bjgp20X710429
101. Morken T, Rebnord IK, Maartmann-Moe K, Hunskaar S. Workload in Norwegian general practice 2018 - an observational study. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):434. doi:10.1186/s12913-019-4283-y
102. van Hassel D, van der Velden L, de Bakker D, Batenburg R. Age-related differences in working hours among male and female GPs: an SMS-based time use study. *Hum Resour Health*. 2017;15(1):84. doi:10.1186/s12960-017-0258-4
103. Swami M, Gravelle H, Scott A, Williams J. Hours worked by general practitioners and waiting times for primary care. *Health Econ*. 2018;27(10):1513-1532. doi:10.1002/hec.3782

104. Keenan I, Cullen L, Hogan G, O'Herlihy N, McCarthy C, Collins C. Profile of Irish female GPs and factors affecting long-term commitment: a descriptive study. *BJGP open*. 2024;8(3). doi:10.3399/BJGPO.2023.0229
105. Panattoni L, Stone A, Chung S, Tai-Seale M. Patients report better satisfaction with part-time primary care physicians, despite less continuity of care and access. *J Gen Intern Med*. 2015;30(3):327-333. doi:10.1007/s11606-014-3104-6
106. Murray A, Safran DG, Rogers WH, Inui T, Chang H, Montgomery JE. Part-time physicians. Physician workload and patient-based assessments of primary care performance. *Arch Fam Med*. 2000;9(4):327-332. doi:10.1001/archfami.9.4.327
107. Prasad K, Poplau S, Brown R, et al. Time Pressure During Primary Care Office Visits: a Prospective Evaluation of Data from the Healthy Work Place Study. *J Gen Intern Med*. 2020;35(2):465-472. doi:10.1007/s11606-019-05343-6
108. Deveugele M, Derese A, Van Den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J. Primary care Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. doi:10.1136/bmj.325.7362.472
109. Linzer M, Bitton A, Tu S-P, et al. The End of the 15-20 Minute Primary Care Visit. *J Gen Intern Med*. 2015;30(11):1584-1586. doi:10.1007/s11606-015-3341-3
110. Stevens S, Bankhead C, Mukhtar T, et al. Patient-level and practice-level factors associated with consultation duration: a cross-sectional analysis of over one million consultations in English primary care. *BMJ Open*. 2017;7(11):e018261. doi:10.1136/bmjopen-2017-018261
111. Mukhtar TK, Bankhead C, Stevens S, et al. Factors associated with consultation rates in general practice in England, 2013-2014: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. 2018;68(670):e370-e377. doi:10.3399/bjgp18X695981
112. Ganguli I, Sheridan B, Gray J, Chernew M, Rosenthal MB, Neprash H. Physician Work Hours and the Gender Pay Gap - Evidence from Primary Care. *N Engl J Med*. 2020;383(14):1349-1357. doi:10.1056/NEJMsa2013804
113. Rittenberg E, Liebman JB, Rexrode KM. Primary Care Physician Gender and Electronic Health Record Workload. *J Gen Intern Med*. 2022;37(13):3295-3301. doi:10.1007/s11606-021-07298-z
114. Delgado Sánchez A, Saletti-Cuesta L, Toro-Cárdenas S, López-Fernández LA, de Dios Luna del Castillo J, Mateo-Rodríguez I. [Validation of scale to evaluate the relationship between family-work in family physicians]. *Rev Esp Salud Publica*. 2011;85(2):149-162. doi:10.1590/S1135-57272011000200004
115. Cezar-Vaz MR, Xavier DM, Bonow CA, et al. Domains of Physical and Mental Workload in Health Work and Unpaid Domestic Work by Gender Division: A Study with Primary Health Care Workers in Brazil. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(16). doi:10.3390/ijerph19169816
116. Linzer M, Konrad TR, Douglas J, et al. Managed care, time pressure, and physician job satisfaction: results from the physician worklife study. *J Gen Intern Med*. 2000;15(7):441-450. doi:10.1046/j.1525-1497.2000.05239.x
117. Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gené-Badia J, Pasarín-Rua MI, Iglesias-Pérez B, Casajuana-Brunet J. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Fam Pract*. 2006;23(3):308-316. doi:10.1093/fampra/cmi112

118. Casanova Uclés A, Montero Alía JJ, Gros Garcia T, et al. Observatori de la medicina de família al Maresme: Una anàlisi de la complexitat assistencial. *Butlletí de l'Atenció Primària de Catalunya*. 2019;37(4/2):1-9.
119. Montero Alía JJ, Casanova Uclés A, Seda Gombau G, et al. Observatori de la Medicina Familiar i Comunitària al Maresme (OMFAM): Impacte de la pandèmia COVID-19 sobre el *burnout* professional. *Butlletí de l'Atenció Primària de Catalunya*. 2021;39(3/3):1-8.
120. Montero-Alía JJ, Casanova-Uclés A, Jiménez-González MM, et al. The Covid-19 Pandemic Accelerates Changes in Delivery of Primary Health Care Started in 2019: Face-To-Face, Telehealth and Physician Workload after 12 Months. *Med Res Arch Vol 11 No 1 January Issue, Vol11 Issue 1*. 2023. doi:10.18103/mra.v11i1.3326
121. Samaja J. Muestras y representatividad en vigilancia epidemiologica mediante sitios centinelas. *Cad Saude Publica*. 1996;12(3):309-319. doi:10.1590/S0102-311X1996000300004
122. Campbell-Sills L, Stein MB. Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *J Trauma Stress*. 2007;20(6):1019-1028. doi:10.1002/jts.20271
123. Agresti A. An Introduction to Categorical Data Analysis, Second Edition. January 2007. doi:10.1002/0470114754
124. Pearson K. X. On the criterion that a given system of deviations from the probable in the case of a correlated system of variables is such that it can be reasonably supposed to have arisen from random sampling . *London, Edinburgh, Dublin Philos Mag J Sci*. 1900;50(302):157-175. doi:10.1080/14786440009463897
125. Fisher RA. The Logic of Inductive Inference. *J R Stat Soc*. 1935;98(1):39-82. doi:10.2307/2342435
126. Kruskal WH, Wallis WA. Use of Ranks in One-Criterion Variance Analysis. *J Am Stat Assoc*. 1952;47(260):583-621. doi:10.1080/01621459.1952.10483441
127. Hosmer D, Lemeshow S. Applied Logistic Regression. *Hoboken*. Vol 354.; 2000. doi:10.1002/0471722146
128. Kendall MG. A New Measure of Rank Correlation. *Biometrika*. 1938;30(1/2):81-93. doi:10.2307/2332226
129. Maslach C, Jackson S. Le MBI: Maslach Burnout Inventory. *Palo Alto*. 1981;2:49-78.
130. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1996.
131. Seisdedos N. MBI. *Inventario Burnout de Maslach*. (TEA Ediciones, ed.). Madrid; 1997.
132. Gil-Monte P, Peiro J. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema*, ISSN 0214-9915, Vol 11, No 3, 1999, pages 679-689. 1999;11.
133. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, et al. Prevalence of burnout among physicians a systematic review. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2018. doi:10.1001/jama.2018.12777
134. Connor KM, Davidson JRT. Development of a new Resilience scale: The Connor-Davidson Resilience scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003. doi:10.1002/da.10113
135. Notario-Pacheco B, Solera-Martínez M, Serrano-Parra MD, Bartolomé-Gutiérrez R, García-Campayo J, Martínez-Vizcaino V. *Reliability and Validity of the Spanish Version of the 10-Item Connor-Davidson Resilience Scale (10-Item CD-RISC) in Young Adults.*; 2011. doi:10.1186/1477-7525-9-63

136. Soler Sánchez MI, Meseguer de Pedro M, García Izquierdo M. Propiedades psicométricas de la versión española de la escala de resiliencia de 10 ítems de Connor-Davidson (CD-RISC 10) en una muestra multiocupacional. *Rev Latinoam Psicol.* 2016;48(3):159-166. doi:10.1016/j.rlp.2015.09.002
137. Ye ZJ, Qiu HZ, Li PF, et al. Validation and application of the Chinese version of the 10-item Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC-10) among parents of children with cancer diagnosis. *Eur J Oncol Nurs Off J Eur Oncol Nurs Soc.* 2017;27:36-44. doi:10.1016/j.ejon.2017.01.004
138. Vajpeyi Misra A, Mamdouh HM, Dani A, et al. Impact of COVID-19 pandemic on the mental health of university students in the United Arab Emirates: a cross-sectional study. *BMC Psychol.* 2022;10(1):312. doi:10.1186/s40359-022-00986-3
139. Neuner-Jehle S, Senn O, Rosemann T. [New “choosing wisely” recommendations of inappropriate interventions: the perspective of general practioners in Switzerland]. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes.* 2016;118-119:82-86. doi:10.1016/j.zefq.2016.09.001
140. van Dulmen SA, Tran NH, Wiersma T, et al. Identifying and prioritizing do-not-do recommendations in Dutch primary care. *BMC Prim care.* 2022;23(1):141. doi:10.1186/s12875-022-01713-y
141. SemFYC. *Recomendaciones “No Hacer.”* Spain; 2014. https://e-documentossemfyc.es/wp-content/uploads/1e2fc3a18e3f__Doc33RecomendacionesNoHacer.pdf.
142. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. El Projecte Essencial: afegint valor a la pràctica clínica. Recomanacions. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. <https://hdl.handle.net/11351/1264>. Published 2014.
143. Byrnes PD, Crawford M, Sieh E. “If this..., then...” - Resource allocation in a finite world. *Aust Fam Physician.* 2013;42(12):846-849.
144. Mehrotra A, Chernew M, Linetsky D, Hatch H, Cutler D, Schneider EC. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Outpatient Care: Visits Return to Prepandemic Levels, but Not for All Providers and Patients. The Commonwealth Fund.
145. Galindo Ortego G, Cabases Ordóñez A, Párraga Martínez I, Martín Álvarez R, Arroyo de la Rosa A, Carbajo Martín L. Un día en la consulta de Medicina de Familia entre las olas de la pandemia . *Rev Clínica Med Fam .* 2022;15:47-54.
146. Oikonomidou E, Anastasiou F, Dervas D, et al. Rural primary care in Greece: working under limited resources. *Int J Qual Heal Care.* 2010;22(4):333-337. doi:10.1093/intqhc/mzq032
147. Fernemark H, Karlsson N, Skagerström J, et al. Psychosocial work environment in Swedish primary healthcare: a cross-sectional survey of physicians’ job satisfaction, turnover intention, social support, leadership climate and change fatigue. *Hum Resour Health.* 2024;22(1):70. doi:10.1186/s12960-024-00955-4
148. Anskär E, Lindberg M, Falk M, Andersson A. Time utilization and perceived psychosocial work environment among staff in Swedish primary care settings. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):166. doi:10.1186/s12913-018-2948-6
149. García Olmos L, Gervas Camacho J, Otero A, Pérez Fernández M. [The referral system: a study on relations between general practitioners and specialists]. *Rev Sanid Hig Publica (Madr).* 1994;68(2):267-278.
150. The European study of referrals from primary to secondary care. Concerned Action Committee of Health Services Research for the European Community. *Occas Pap R Coll Gen Pract.* 1992;(56):1-75.

151. Vehviläinen AT, Kumpusalo EA, Voutilainen SO, Takala JK. General practice consultations in central and northern Finland. *Scand J Prim Health Care*. 1995;13(3):197-204. doi:10.3109/02813439508996761
152. Orozco Beltrán D, Pedrera Carbonell V, Gil Guillén V, Prieto Erades I, Ribera Montés MC, Martínez Cánovas P. [Clinical management of consultations: clinical content and predictability (SyN-PC Study)]. *Aten primaria*. 2004;33(2):69-77. doi:10.1016/s0212-6567(04)79354-3
153. Sisó-Almirall A, Kostov B, Sánchez E, Benavent-Àreu J, González de Paz L. Impact of the COVID-19 Pandemic on Primary Health Care Disease Incidence Rates: 2017 to 2020. *Ann Fam Med*. 2022;20(1):63-68. doi:10.1370/afm.2731
154. Jiménez-Carrillo M, González-Rábago Y, González Miguel R, Baza Bueno M. [From face-to-face consultation to teleconsultation: Primary health care professionals' experiences in the Basque Country during the pandemic]. *Aten primaria*. 2023;55(10):102702. doi:10.1016/j.aprim.2023.102702
155. Gamucci Jiménez de Parga S, Garriga Casanovas A, Gómez Sans J, Aramendía Macua J, Guardiola Sala A, Orfila Pernas F. [Evaluation of users and health professionals on teleconsultation in primary care: A cross-sectional study]. *Aten primaria*. 2023;55(7):102642. doi:10.1016/j.aprim.2023.102642
156. López Seguí F, Vidal-Alaball J, Sagarra Castro M, García-Altés A, García Cuyàs F. General Practitioners' Perceptions of Whether Teleconsultations Reduce the Number of Face-to-face Visits in the Catalan Public Primary Care System: Retrospective Cross-Sectional Study. *J Med Internet Res*. 2020;22(3):e14478. doi:10.2196/14478
157. Gadenz SD, Basso J, de Oliveira PRBP, et al. Telehealth to support referral management in a universal health system: a before-and-after study. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1):1012. doi:10.1186/s12913-021-07028-5
158. Pfeil JN, Rados DV, Roman R, et al. A telemedicine strategy to reduce waiting lists and time to specialist care: A retrospective cohort study. *J Telemed Telecare*. 2023;29(1):10-17. doi:10.1177/1357633X20963935
159. Carrillo de Albornoz S, Sia K-L, Harris A. The effectiveness of teleconsultations in primary care: systematic review. *Fam Pract*. 2022;39(1):168-182. doi:10.1093/fampra/cmab077
160. Casanova Ucles A, Montero Alía J, Gros Garcia T, et al. Observatori de la Medicina de Família al Maresme: una anàlisi de la complexitat assistencial. *But Prim Cat*. 2019;37(4):1-9. <http://www.butlleti.cat/ca/Vol37/iss4/2>.
161. Johnsen TM, Norberg BL, Krogh FH, Vonen HD, Getz LO, Austad B. The impact of clinical experience on working tasks and job-related stress: a survey among 1032 Norwegian GPs. *BMC Prim care*. 2022;23(1):216. doi:10.1186/s12875-022-01810-y
162. Grant RW, Ashburner JM, Hong CS, Chang Y, Barry MJ, Atlas SJ. Defining patient complexity from the primary care physician's perspective: a cohort study. *Ann Intern Med*. 2011;155(12):797-804. doi:10.7326/0003-4819-155-12-201112200-00001
163. Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med*. 2002;162(20):2269-2276. doi:10.1001/archinte.162.20.2269
164. Sánchez Molla M, Candela García I, Orozco-Beltrán D, Gil-Guillén VF, Carratalá-Munuera C, García RN. Validez predictiva del *Clinical Risk Groups* en pacientes crónicos en el ámbito de la atención primaria. *Atención Primaria*. doi:10.1016/j.aprim.2023.102814

165. Monterde D, Vela E, Clèries M. Los grupos de morbilidad ajustados: nuevo agrupador de morbilidad poblacional de utilidad en el ámbito de la atención primaria. *Atención Primaria*. doi:10.1016/j.aprim.2016.06.003
166. Hudon C, Bisson M, Chouinard M-C, et al. Implementation analysis of a case management intervention for people with complex care needs in primary care: a multiple case study across Canada. *BMC Health Serv Res*. 2023;23(1):377. doi:10.1186/s12913-023-09379-7
167. Loeb DF, Bayliss EA, Candrian C, deGruy FV, Binswanger IA. Primary care providers' experiences caring for complex patients in primary care: a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2016;17:34. doi:10.1186/s12875-016-0433-z
168. Webster F, Rice K, Bhattacharyya O, Katz J, Oosenbrug E, Upshur R. The mismeasurement of complexity: provider narratives of patients with complex needs in primary care settings. *Int J Equity Health*. 2019;18(1):107. doi:10.1186/s12939-019-1010-6
169. Moore M, Gibbons C, Cheng N, Coffman M, Petterson S, Bazemore A. Complexity of ambulatory care visits of patients with diabetes as reflected by diagnoses per visit. *Prim Care Diabetes*. 2016;10(4):281-286. doi:10.1016/j.pcd.2015.11.006
170. Chapman KA, Machado SS, vanderMerwe K, Bryson A, Smith D. Exploring Primary Care Non-Attendance: A Study of Low-Income Patients. *J Prim Care Community Health*. 2022;13:21501319221082350. doi:10.1177/21501319221082352
171. O'Brien KH. Social determinants of health: the how, who, and where screenings are occurring; a systematic review. *Soc Work Health Care*. 2019;58(8):719-745. doi:10.1080/00981389.2019.1645795
172. Meuli N, Jungo KT, Merlo C, Streit S, Essig S. Frequency of home visits where general practitioners are exposed to a problem different from that foreseen - a Swiss cross-sectional study. *Swiss Med Wkly*. 2021;151:w30062. doi:10.4414/smw.2021.w30062
173. Theile G, Kruschinski C, Buck M, Müller CA, Hummers-Pradier E. Home visits - central to primary care, tradition or an obligation? A qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2011;12:24. doi:10.1186/1471-2296-12-24
174. Melchiorre MG, Socci M, Quattrini S, Lamura G, D'Amen B. Frail Older People Ageing in Place in Italy: Use of Health Services and Relationship with General Practitioner. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(15). doi:10.3390/ijerph19159063
175. Abrams R, Wong G, Mahtani KR, et al. Delegating home visits in general practice: a realist review on the impact on GP workload and patient care. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. 2020;70(695):e412-e420. doi:10.3399/bjgp20X710153
176. Reichel LAM, Buist P, Hidding CY, Peeters KMM, Jansen J, Cals JW. [Digital consultation between the general practitioner and medical specialist]. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2023;167.
177. Hippisley-Cox J, Hardy C, Pringle M, Fielding K, Carlisle R, Chilvers C. The effect of deprivation on variations in general practitioners' referral rates: a cross sectional study of computerised data on new medical and surgical outpatient referrals in Nottinghamshire. *BMJ*. 1997;314(7092):1458-1461. doi:10.1136/bmj.314.7092.1458
178. de Prado Prieto L, García Olmos L, Rodríguez Salvanés F, Otero Puime A. [Evaluation of referrals in primary care]. *Aten primaria*. 2005;35(3):146-151. doi:10.1157/13071940
179. Forrest CB, Nutting P, Werner JJ, Starfield B, von Schrader S, Rohde C. Managed health plan effects on the specialty referral process: results from the Ambulatory Sentinel Practice Network referral study. *Med Care*. 2003;41(2):242-253. doi:10.1097/01.MLR.0000044903.91168.B6

180. Shea D, Stuart B, Vasey J, Nag S. Medicare physician referral patterns. *Health Serv Res.* 1999;34(1Pt 2): 331-348.
181. Iglesias B, Ramos F, Serrano B, et al. A randomized controlled trial of nurses vs. doctors in the resolution of acute disease of low complexity in primary care. *J Adv Nurs.* 2013;69(11):2446-2457. doi:10.1111/jan.12120
182. Ekanayake SKDM, Ward AE, Heart D, Valery P, Soar J. Improving primary care referral to specialist services: a protocol for a 10-year global systematic review in the Australian context. *BMJ Open.* 2023;13(8):e068927. doi:10.1136/bmjopen-2022-068927
183. Álvarez Montero S, López Rodríguez I, Gutiérrez Sordo P, Luaces Gayán A, Fernández Peña MA, De Prada Rodríguez MA. [Bioethics of time management, does it make sense to do this in the clinic?]. *Aten primaria.* 2009;41(9):524-525. doi:10.1016/j.aprim.2008.11.004
184. Casajuana J. [Ten minutes, less!]. *Aten primaria.* 2001;27(5):297-298. doi:10.1016/s0212-6567(01)79370-5
185. Borrell I, Carrió F. [Agendas to be enjoyed. 10 minutes per patient in flexible agendas]. *Aten primaria.* 2001;27(5):343-345. doi:10.1016/s0212-6567(01)79379-1
186. Rodríguez García LC, Ferrándiz Santos J, González JJ, Mora Navarro G, García Álvarez G, Alonso Salazar MT. [Organizational procedures and health care management. A point of view from primary care centres]. *Aten primaria.* 2011;43(8):409-416. doi:10.1016/j.aprim.2010.07.010
187. Casajuana Brunet J. En busca de la eficiencia: dejar de hacer para poder hacer. FMC - Form Médica Contin en Atención Primaria. 2005;12(9):579-581. doi:https://doi.org/10.1016/S1134-2072(05)71255-X
188. Ros JM, Recio AO, Gil SP, Arambarri MJA, Eizaguirre JMM, Carretero MJ. [Primary care consultations: are they all by the doctor?]. *Aten primaria.* 2011;43(10):516-522. doi:10.1016/j.aprim.2010.09.021
189. Cantero Hinojos J, Sánchez-Cantalejo Ramírez E, Martínez Olmos J, et al. [Unnecessary attendance at a hospital emergency service and linked factors]. *Aten primaria.* 2001;28(5):326-332. doi:10.1016/s0212-6567(01)70384-8
190. Llorente Álvarez S, Alonso Fernández M, Buznego Álvarez B. Papel de la atención primaria en la frecuentación al servicio de urgencias de un hospital comarcal. *Atención Primaria.* 1996;18(5):243-247. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-papel-atencion-primaria-frecuentacion-al-14345>.
191. Lindström K, Hagman A, Berg L, Bengtsson C. Referral notes used as a tool for evaluating the co-operation between general practitioners and hospital physicians. *Scand J Prim Health Care.* 1994;12(3):214-218. doi:10.3109/02813439409003702
192. Blinkenberg J, Hetlevik Ø, Sandvik H, Baste V, Hunskaar S. Reasons for acute referrals to hospital from general practitioners and out-of-hours doctors in Norway: a registry-based observational study. *BMC Health Serv Res.* 2022;22(1):78. doi:10.1186/s12913-021-07444-7
193. Lowe RA, Bindman AB, Ulrich SK, et al. Refusing care to emergency department of patients: evaluation of published triage guidelines. *Ann Emerg Med.* 1994;23(2):286-293. doi:10.1016/s0196-0644(94)70042-7
194. Bullard MJ, Musgrave E, Warren D, et al. Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) Guidelines 2016. *CJEM.* 2017;19(S2):S18-S27. doi:10.1017/cem.2017.365
195. Kuriyama A, Urushidani S, Nakayama T. Five-level emergency triage systems: variation in assessment of validity. *Emerg Med J.* 2017;34(11):703-710. doi:10.1136/emered-2016-206295

196. Sarbay İ, Berikol GB, Özturan İU. Performance of emergency triage prediction of an open access natural language processing based chatbot application (ChatGPT): A preliminary, scenario-based cross-sectional study. *Turkish J Emerg Med.* 2023;23(3):156-161. doi:10.4103/tjem.tjem_79_23
197. Grady C, Han H, Kim DH, Coderre-Ball AM, Alam N. Family physicians collaborating for health system integration: a scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2023;23(1):68. doi:10.1186/s12913-023-09063-w
198. Grimshaw JM, Winkens RAG, Shirran L, et al. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *Cochrane database Syst Rev.* 2005;(3):CD005471. doi:10.1002/14651858.CD005471
199. Sairenji T, Wilson SA, D'Amico F, Peterson LE. Training Family Medicine Residents to Perform Home Visits: A CERA Survey. *J Grad Med Educ.* 2017;9(1):90-96. doi:10.4300/JGME-D-16-00249.1
200. Cline M, Pagels P, Gimpel N, Day PG. Utilizing Home Visits to Assess Social Determinants of Health During Family Medicine Residency. *Prim (Leawood, Kan).* 2020;4:31. doi:10.22454/PRiMER.2020.448665
201. Nakayama G, Masumoto S, Haruta J, Maeno T. [Relationship between the use of home-visit nursing services and family caregivers' experience of interprofessional care]. *Nihon Ronen Igakkai Zasshi.* 2022;59(2):209-218. doi:10.3143/geriatrics.59.209
202. Levine DM, Landon BE, Linder JA. Quality and Experience of Outpatient Care in the United States for Adults With or Without Primary Care. *JAMA Intern Med.* 2019;179(3):363-372. doi:10.1001/jamainternmed.2018.6716
203. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, et al. Identifying patients with chronic conditions in need of palliative care in the general population: development of the NECPAL tool and preliminary prevalence rates in Catalonia. *BMJ Support Palliat Care.* 2013;3(3):300-308. doi:10.1136/bmjspcare-2012-000211
204. Esteban-Burgos AA, Hueso-Montoro C, Mota-Romero E, Montoya-Juarez R, Gomez-Batiste X, Garcia-Caro MP. The prognostic value of the NECPAL instrument, Palliative Prognostic Index, and PROFUND index in elderly residents of nursing homes with advanced chronic condition. *BMC Geriatr.* 2023;23(1):715. doi:10.1186/s12877-023-04409-9
205. Rothlin P, Werder PR. Die Boreout-Falle: Wie Unternehmen Langeweile Und Leerlauf Vermeiden. (Redline Wirtschaft, ed.). *Redline Wirtschaft*; 2009.
206. Cabrera Noriega LE. Síndrome de Boreout: Diseño, confiabilidad y validación preliminar de un instrumento para su medición. *Rev la Univ Ind Santander Salud.* 2014;46:259-265.
207. Leiter M, Maslach C. Areas of Worklife: A Structured Approach to Organizational Predictors of Job Burnout. In: *Research in Occupational Stress and Well-Being.* Vol 3.; 2004:91-134. doi:10.1016/S1479-3555(03)03003-8
208. Schaufeli W, Enzmann D. *The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis.*; 1998. doi:10.1201/9781003062745
209. West CP, Dyrbye LN, Sinsky C, et al. Resilience and Burnout Among Physicians and the General US Working Population. *JAMA Netw open.* 2020;3(7):e209385. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.9385
210. Elkudssiah Ismail N, Hui WM, Goh KW, Jimam NS, Hermansyah A, Ming LC. Resilience among Malaysian Community Pharmacists and General Medical Practitioners Using the 10-Item Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): The First National Survey. *Behav Sci (Basel, Switzerland).* 2022;12(8). doi:10.3390/bs12080272

211. Houpy JC, Lee WW, Woodruff JN, Pincavage AT. Medical student resilience and stressful clinical events during clinical training. *Med Educ Online*. 2017;22(1):1320187. doi:10.1080/10872981.2017.1320187
212. Mariezcurrena-Fernández A, Lorea-González I, Remirez-de Ganuza A, Ijalba-Párriz P, Barea-Ullate V, Jiménez-Acosta A. Resiliencia y sobrecarga en cuidadores familiares de enfermos con demencias en Navarra. *Gerokomos*. 2022;33:88-94. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2022000200005&nrm=iso.
213. Kavčič T, Zager Kocjan G, Dolenc P. Measurement invariance of the CD-RISC-10 across gender, age, and education: A study with Slovenian adults. *Curr Psychol*. 2023;42(3):1727-1737. doi:10.1007/s12144-021-01564-3
214. Needham VH. The resilient general practice: working as a pack. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. 2019;69(679):65-66. doi:10.3399/bjgp19X700949
215. Koenig HG. Enhancing the well-being and resiliency of primary care providers. *Int J Psychiatry Med*. 2024;59(4):411-414. doi:10.1177/00912174241260759
216. Díaz-Gracia L, Barbaranelli C, Moreno-Jiménez B. Spanish version of Colquitt's Organizational Justice Scale. *Psicothema*. 2014;26(4):538-544. doi:10.7334/psicothema2014.110
217. Rodríguez Carvajal R, Rivas Hermosilla S de. Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención. *Med y Segur del Trab*. 2011;57:72-88.
218. McEwen BS. Allostasis and allostatic load: implications for neuropsychopharmacology. *Neuropsychopharmacol Off Publ Am Coll Neuropsychopharmacol*. 2000;22(2):108-124. doi:10.1016/S0893-133X(99)00129-3
219. Bärthel C, Henze G-I, Giglberger M, et al. Higher allostatic load in work-related burnout: The Regensburg Burnout Project. *Psychoneuroendocrinology*. 2022;143:105853. doi:10.1016/j.psyneuen.2022.105853
220. Garcia JC, Arteaga A. Allostatic load and physiological responses to work stress: an integrative review. *Rev Bras Med do Trab publicacao Of da Assoc Nac Med do Trab*. 2023;21(4):e2023945. doi:10.47626/1679-4435-2023-945
221. Juster R-P, Sindi S, Marin M-F, et al. A clinical allostatic load index is associated with burnout symptoms and hypocortisolemic profiles in healthy workers. *Psychoneuroendocrinology*. 2011;36(6):797-805. doi:10.1016/j.psyneuen.2010.11.001
222. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *J Intern Med*. 2018;283(6):516-529. doi:10.1111/joim.12752
223. Shanafelt TD, Noseworthy JH. Executive Leadership and Physician Well-being: Nine Organizational Strategies to Promote Engagement and Reduce Burnout. *Mayo Clin Proc*. 2017;92(1):129-146. doi:10.1016/j.mayocp.2016.10.004
224. Aronsson G, Theorell T, Grape T, et al. A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC Public Health*. 2017;17(1):264. doi:10.1186/s12889-017-4153-7
225. Yuguero O, Marsal JR, Esquerda M, Galvan L, Soler-González J. Cross-sectional study of the association between empathy and burnout and drug prescribing quality in primary care. *Prim Health Care Res Dev*. 2019;20:e145. doi:10.1017/S1463423619000793
226. Fernández-San-Martín MI, Masa-Font R, Aragonès E, Rodríguez-Barragán M, Basora J, Sisó A. Burnout en especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria de Cataluña durante la quinta ola de la pandemia COVID-19. *Rev Clínica Med Fam*. 2023;16:267-273.

227. Shen X, Xu H, Feng J, Ye J, Lu Z, Gan Y. The global prevalence of burnout among general practitioners: a systematic review and meta-analysis. *Fam Pract.* 2022;39(5):943-950. doi:10.1093/fampra/cmab180
228. Long L, Moore D, Robinson S, et al. Understanding why primary care doctors leave direct patient care: A systematic review of qualitative research. *BMJ Open.* 2020. doi:10.1136/bmjopen-2019-029846
229. Ibsen Bruun A, Vedsted P, Pedersen HS, Pedersen AF. Workload and GP burnout: a survey and register-based study in Danish general practice. *BJGP open.* 2024;8(1). doi:10.3399/BJGPO.2023.0077
230. Agarwal SD, Pabo E, Rozenblum R, Sherritt KM. Professional Dissonance and Burnout in Primary Care: A Qualitative Study. *JAMA Intern Med.* 2020. doi:10.1001/jamainternmed.2019.6326
231. Dillon EC, Tai-Seale M, Meehan A, et al. Frontline Perspectives on Physician Burnout and Strategies to Improve Well-Being: Interviews with Physicians and Health System Leaders. *J Gen Intern Med.* 2020;35(1):261-267. doi:10.1007/s11606-019-05381-0
232. Olson K, Marchalik D, Farley H, et al. Organizational strategies to reduce physician burnout and improve professional fulfillment. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care.* 2019;49(12):100664. doi:10.1016/j.cppeds.2019.100664
233. Budd J. Burnout Related to Electronic Health Record Use in Primary Care. *J Prim Care Community Health.* 2023;14:21501319231166920. doi:10.1177/21501319231166921
234. Dingwall S, Henderson J, Britt H, Harrison C. Adequacy of Australia's GP workforce: Estimating supply and demand, 2005-06 to 2015-16. *Aust Heal Rev.* 2020;44(2). doi:10.1071/AH18252
235. Gerber T, Giezendanner S, Zeller A. Measuring workload of Swiss general practice: a five-yearly questionnaire-based survey on general practitioners' self-reported working activities (2005-2020). *Swiss Med Wkly.* 2022;152:w30196. doi:10.4414/smw.2022.w30196
236. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane database Syst Rev.* 2005;(2):CD001271. doi:10.1002/14651858.CD001271.pub2
237. Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJ. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane database Syst Rev.* 2018;7(7):CD001271. doi:10.1002/14651858.CD001271.pub3
238. Fernández Molero S, Laserna Jiménez C, Baiget Ortega A, Flayeh Beneyto S, Ríos Jiménez A, Fabrellas Padrés N. Treatment of minor health problems by primary care nurses: A cross-sectional study. *J Clin Nurs.* 2023;32(11-12):2913-2921. doi:10.1111/jocn.16445
239. Vilar Pont M, Salgado Rodríguez MC, Paradell Blanc N, Pínsach Bosch L. Impacto de la implementación de las nuevas tecnologías para innovar y transformar la atención primaria: la enfermera tecnológica. *Atención Primaria Práctica.* doi:10.1016/j.appr.2021.100116
240. Rotenstein LS, Apathy N, Edgman-Levitan S, Landon B. Comparison of Work Patterns Between Physicians and Advanced Practice Practitioners in Primary Care and Specialty Practice Settings. *JAMA Netw open.* 2023;6(6):e2318061. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.18061
241. López-Pardo Pardo ME, Represas Carrera FJ, Bustelo Cerqueiras V, et al. Sistema inteligente para la gestión de la demanda en atención primaria. *J Healthc Qual Res.* 2023;38(3):144-151. doi:10.1016/j.jhqr.2022.10.003

Anexos

10.1

Anexo 1

Documento de compromiso del médico centinela

Compromiso participación en el Observatorio de la Medicina Familiar en el Maresme

Yo Dr./ Dra.

con núm colegial

y con ejercicio profesional en el Equipo de Atención Primaria:

.....

1. Acepto voluntariamente la participación en el Observatorio de la Consulta del Médico de Familia con una finalidad meramente científica y sin ningún tipo de retribución económica específica.
2. Me comprometo a hacer el registro propuesto de los indicadores de mi consulta de manera veraz y estrictamente fiel a la realidad de mi actividad asistencial.
3. Me comprometo a realizar la actividad de recogida de datos al menos por un año.
4. Como participante del Observatorio, constaré i se certificaráa todos los efectos, mi condición como investigador asociado en el proyecto.

Mataró, a de de 20.....

Hoja de recogida de datos demográficos y emocionales

En los años 2019 y 2021 no se preguntaba sobre la resiliencia (la parte sombreada pertenece al cuestionario el CD-RISC10, ver **anexo 8**).

MEDICINA ☐ ENFERMERIA ☐ GIS ☐ OMFAM CARACTERIZACIÓN MAYO del

TCAI ☐ TS ☐ ODN ☐ PEDIATRE ☐ REBEC ☐ FISIO ☐ NUTRICIONISTA ☐

SI ERES MÉDICO CENTINELA, num codi:

Año de LICENCIATURA

POR FAVOR, INDIQUE EL GRADO DE ACUERDO CON ESTAS FRASES ENTRE 0 Y 4, RESPECTO AL ÚLTIMO MES

0=" En absoluto", 1="Rara vez", 2="A veces", 3="A menudo", 4="Casi siempre".

1. Soy capaz de adaptarme cuando surgen cambios:
2. Puedo enfrentarme a cualquier cosa:
3. Cuando me enfrento a los problemas intento ver su lado cómico:
4. Enfrentarme a las dificultades puede hacerme más fuerte:
5. Tengo tendencia a recuperarme pronto después de enfermedades, heridas u otras dificultades:
6. Creo que puedo lograr mis objetivos, incluso si hay obstáculos:
7. Bajo presión, me mantengo enfocado/a y pienso claramente:
8. No me desanimo fácilmente ante el fracaso:
9. Creo que soy una persona fuerte cuando me enfrento a los desafíos y dificultades vitales:
10. Soy capaz de manejar sentimientos desagradables/dolorosos (ej: tristeza, temor, enfado):

AÑO DE NACIMIENTO :

GÈNERO: MUJER / HOMBRE / NO BINARI

ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO ACTUAL DE TRABAJO : ____ años.

ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA: ____ años / meses

TIPO CONTRATO : Fijo: ☐ Eventual: ☐ Interino : ☐ Indefinido: ☐

PERTENECE A: (subraya): ICS - XHUP Mataró - XHUP Calella - XHUP Badalona - XHUP Sabadell

XHUP Terrassa XHUP Tarragona

TIPO DE CENTRO DE TRABAJO: AREA BÀSICA: ☐ CONSULTORIO LOCAL: ☐ MIXTO: ☐

TIENES HIJOS? Si / NO

HIJOS PEQUEÑOS HIJOS ADOLESCENTES HIJOS GRANDES (marca tantos como tengas)

VIVES EN PAREJA? Si / NO

PRACTICAS DEPORTE DE FORMA REGULAR? Si / NO



Te invitamos a contestar con sinceridad las siguientes frases indicando con qué frecuencia has experimentado estas sensaciones.

0= NUNCA. 1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS. 2= UNA VEZ AL MES O MENOS.

3= UNAS POCAS VECES AL MES. 4= UNA VEZ A LA SEMANA. 5= POCAS VECES A LA SEMANA.

6= TODOS LOS DÍAS.

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	
8	Siento que mi trabajo me está desgastando	
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	
10	Siento que me he hecho más duro con la gente	
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo	
13	Me siento frustrado en mi trabajo	
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	

10.3

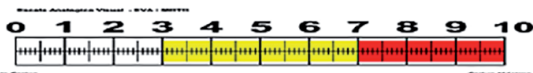
Anexo 3

Formulario 2 · Años 2019 y 2021

Hoja de recogida de datos asistenciales

OBSERVATORIO de Medicina de Familia en el Maresme 2021

Fatiga al INICIO de consulta



NUM CENTINELA:		Tipo de Jornada: (Ordinaria/ Urgencias/COVID-RESPI/Doble turno/Mixta)			Fecha			Turno						
Núm. Visita	Tipos visita P. Presencial T. Telefónica D. Domicilio eConsulta NP Resto No presencial. VM. Validación receta (= VV) VC. Videocons	MOTIVOS DE CONSULTA (número de motivos del paciente/ del profesional)	Motivos visita 1.Física aguda 2.Seguim. crónico 3.Psicossocial 4.Administrativa			Adecuación (sólo de los tres primeros motivos de consulta) SI o NO			Resolución 1-Resuelto 2-Seguimiento 3-Derivación a otro nivel asistencial.			Complejidad GLOBAL (de toda la visita) 0.No compleja (NC) 1. Complej. Clínica 2. C. Comunicativa 3. Complej. emocional 4. Com x Pluriconsulta 5. Com x Interrupción 6. Complej. Social		
1.			1 ^a	2 ^a	3 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a			
2.														
3.														
4.														
5.			1 ^a	2 ^a	3 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a			
6.														
7.														
8.														
9.			1 ^a	2 ^a	3 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a			
10.														
11.														
12.														
13.			1 ^a	2 ^a	3 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a			
14.														
15.														
16.														
17.			1 ^a	2 ^a	3 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a			
18.														
19.														
20.														
21.			1 ^a	2 ^a	3 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a			
22.														
23.														
24.														

Núm. Visita	Tipos visita P. Presencial T. Telefónica D. Domicilio eConsulta NP Resto No presencial. VM. Validación receta (= VV) VC. Videocons	MOTIVOS DE CONSULTA (número de motivos del paciente/ del profesional)	Motivos visita 1.Física aguda 2.Seguim. crónico 3.Psicossocial 4.Administrativa	Adecuación (sólo de los tres primeros motivos de consulta) SI o NO	Resolución 1-Resuelto 2-Seguimiento 3-Derivación a otro nivel asistencial.	Complejidad GLOBAL (de toda la visita) 0.No compleja (NC) 1. Complej. Clínica 2. C. Comunicativa 3. Complej. emocional 4. Com x Pluriconsulta 5. Com x Interrupción 6. Complej. Social
25		/	1 ^a 2 ^a 3 ^a	1 ^a 2 ^a 3 ^a	1 ^a 2 ^a 3 ^a	
26		/				
27		/				
28		/				
29		/	1 ^a 2 ^a 3 ^a	1 ^a 2 ^a 3 ^a	1 ^a 2 ^a 3 ^a	
30		/				
31		/				
32		/				
33		/	1 ^a 2 ^a 3 ^a	1 ^a 2 ^a 3 ^a	1 ^a 2 ^a 3 ^a	
34		/				
35		/				
36		/				
37		/	1 ^a 2 ^a 3 ^a	1 ^a 2 ^a 3 ^a	1 ^a 2 ^a 3 ^a	
38		/				
39		/				
40		/				
41		/	1 ^a 2 ^a 3 ^a	1 ^a 2 ^a 3 ^a	1 ^a 2 ^a 3 ^a	
42		/				
43		/				
44		/				
45		/	1 ^a 2 ^a 3 ^a	1 ^a 2 ^a 3 ^a	1 ^a 2 ^a 3 ^a	
46		/				
47		/				
48		/				

Núm. Visita	Tipos visita P. Presencial T. Telefónica D. Domicilio eConsulta NP Resto No presencial. VM. Validación receta (= VV) VC. Videocons	MOTIVOS DE CONSULTA (número de motivos del paciente/ del profesional)	Motivos visita			Adecuación			Resolución			Complejidad GLOBAL (de toda la visita) 0.No compleja (NC) 1. Complej. Clínica 2. C. Comunicativa 3. Complej. emocional 4. Com x Pluriconsulta 5. Com x Interrupción 6. Complej. Social
			1.Física aguda 2.Seguim. crónico 3.Psicossocial 4.Administrativa	(sólo de los tres primeros motivos de consulta)			SI o NO			1-Resuelto 2-Seguimiento 3-Derivación a otro nivel asistencial.		
49			1ª	2ª	3ª	1ª	2ª	3ª	1ª	2ª	3ª	
50												
51												
52												
53			1ª	2ª	3ª	1ª	2ª	3ª	1ª	2ª	3ª	
54												
55												
56												
57			1ª	2ª	3ª	1ª	2ª	3ª	1ª	2ª	3ª	
58												
59												
60												
61			1ª	2ª	3ª	1ª	2ª	3ª	1ª	2ª	3ª	
62												
63												
64												
65			1ª	2ª	3ª	1ª	2ª	3ª	1ª	2ª	3ª	
66												
67												
68												
69			1ª	2ª	3ª	1ª	2ª	3ª	1ª	2ª	3ª	
70												
71												
72												

TIEMPO DE RETRASO A LAS 5H del inicio de la CONSULTA, _____ MINUTOS.

ACTIVIDAD MÉDICA QUE NO DEJA REGISTRO EN EL CURSO CLÍNICO

(Todo lo que escribas en el curso clínico debería salir como visita no presencial si no estaba el paciente)

ACTIVIDAD	NÚMERO DE PRUEBAS	TIEMPO DEDICADO (minutos)
Revisión de analíticas (dejar un "visto")		
Revisión de informes o ingresos o cursos clínicos		
Derivaciones devueltas / anuladas		
Revisión de Self-Audit	Tiempo dedicado (min):	
Revisión listados EQA/EQPF	Tiempo dedicado (min):	

TIEMPO de descanso real de la jornada : _____ minutos

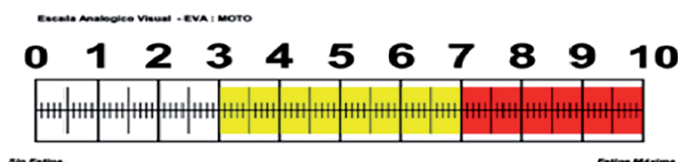
TIEMPO de trabajo extra-laboral la semana previa : _____ horas

Incidencia relevante: 0.Ninguna 1.Emergencia clínica 2. Informática 3. Organizativa 4. Otros : _____

Nº visitas no presentadas /no localizadas _____ Nº visitas forzadas (VISITAS QUE NO CABIAN): _____

Nº VISITAS PENDIENTES AL MARXAR : Telefónicas: _____ eConsultas _____ Domicilio _____ Otras tareas _____

MARCA EN ESTA REGLA
CON UNA CRUZ, TU SENSACIÓN
DE CANSANCIO AL FINALIZAR JORNADA



Observaciones generales de la jornada:

Anexo 4

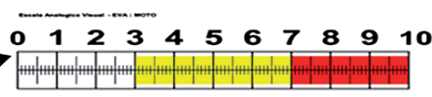
Formulario 2 - Año 2023

Modificaciones respecto a 2019 y 2021

Parcial. Cambios sufridos en la página principal de hoja de recogida de datos asistenciales respecto a los formularios de 2019 y 2021. Introducción de la variable relevancia y complejidad global a secas (sin especificar el tipo), así como la adecuación global de la visita (y no de cada motivo de consulta).



OBSERVATORIO M.F. Mayo 2023. Fatiga al INICIO de consulta



NUM CENTINELA:		Tipo de Jornada: (Ordinaria/ Urgencias/COVID-RESPI/Doble turno/Mixta)			Fecha		Turno				
+	Número de Visita	Tipos visita Presencial Telefónica Domicilio eConsulta NP Resto No presencial. VM. Validación receta	Número de MOTIVOS de CONSULTA	Motivos visita 1.Física aguda 2.Seguim. crónico 3.Psicosocial 4.Administrativa			Resolución 1-Resuelto 2-Seguimiento 3-Derivación a otro nivel asistencial.		Complejidad GLOBAL SI / NO	ADECUACIÓN DE LA VISITA GLOBAL SI / NO	RELEVANCIA DE LA VISITA: El resultado de la visita ha aportado "X" valor al conocimiento del estado de salud y social del paciente, al proceso diagnóstico o al control de sus enfermedades. 0. Ninguna relevancia. 1. Un poco relevante. 2. Bastante relevante 3. Muy relevante 4. VISITA IMPRESCINDIBLE.
				1º	2º	3º	1º	2º			
1											
2											
3											
4											
5				1º	2º	3º	1º	2º	3º		
6											
7											
8											
9				1º	2º	3º	1º	2º	3º		
10											
11											
12											
13				1º	2º	3º	1º	2º	3º		
14											
15											
16											
17				1º	2º	3º	1º	2º	3º		

Incluye normas para que el registro de la información de los **anexos 2 y 3** sea lo más homogénea posible.

Registro actividad de fecha/fecha

FATIGA al inicio de la consulta: marcar en la gráfica, de menos a más, la fatiga percibida antes de inicio de la consulta o de la actividad asistencial.

1. DATOS DE FILIACIÓN

- **Código de centinela:** El asignado a cada investigador, es único mientras permanezca en el proyecto.
- **Tipo de jornada:** Ordinaria (jornada habitual) / doblaje (jornada habitual +jornada extra)/urgencias generales/urgències COVID o respiratorio/ teletrabajo en domicilio.
- **Fecha:** Día exacto de recogida de datos.
- **Turno:** Mañana (8-15h), tarde (14-20h), otros: especificar horario.

2. OBSERVACIONES A RECOGER POR CADA VISITA

Las visitas se registrarán por orden de realización, independientemente de cómo esté en el listado de la agenda del profesional. Tras cada visita se completa el apartado pertinente.

Tipos de visita (7 opciones):

- **P:** Presenciales. Citas previas/espontaneas/urgentes (cualquier tipo de visita con el usuario en la consulta).
- **T:** Consultas Telefónicas (cualquier interacción con el paciente/usuario vía telefónica).
- **D:** Visitas domiciliarias. Cuando hemos ido presencialmente al domicilio del paciente.

- **NP:** No presenciales. Cualquier gestión con el usuario o su historia clínica que no represente contacto presencial o telefónico, independientemente de la nomenclatura que se utilice para agendarla, EXCEPTO la comunicación por la plataforma eConsulta, que se realizará en un registro específico.
- **eC:** eConsulta. Cuando utilizamos la plataforma de comunicación eConsulta.
- **VM:** Validación de medicación. El acto de revisar y validar la medicación que el profesional de enfermería envía a través del aplicativo e-cap, y que una vez realizado, se refleja en el listado como VV. Si no se realiza otra gestión (como comentar el caso con enfermería, revisar la historia clínica o visitar al paciente) no hay que completar ningún tipo de visita más.
- **VC:** VideoConsulta. Cuando utilizamos este modo de comunicación.

Número de demandas: Número de los diferentes motivos de consulta de la visita generados por el paciente.

Motivos de visita: Marcar cada motivo de consulta y categorizar (describir un máximo de 3 motivos por usuario y visita, si son más de 3 los motivos, se hacen constar en el número total de demandas del apartado anterior).

1. **Patología física aguda:** Consultes por patología somática aguda o primera consulta de un motivo de consulta físico subagudo o antiguo nunca consultado.
2. **Patología física crónica:** Seguimiento crónico de patología somática. Visita de control por enfermedad somática, visita de conciliación posterior a una visita especializada hospitalaria, agudización de pluripatología, resultados de pruebas relacionadas con el seguimiento de problemas de salud crónicos.
3. **Patología psíquica o emocional o psicosocial.**
4. **Gestión administrativo-sanitaria o consejo de salud:** Solicitud de informes, generación de bajas (IT), partes de confirmación de baja, renovación de receta electrónica, demanda de revisión de salud o consejos de salud, gestiones de residencias.

Adequación: Si /No (de hasta 3 motivos por usuario y visita).

Se trata de una valoración subjetiva donde el contenido del motivo de la consulta precisa nuestra intervención como médicos de familia o porque proporcionamos un valor añadido que otro profesional no puede dar.

Se considerará consulta inadecuada toda actividad que la pudiese haber resuelto cualquier otro profesional del equipo o de fuera de él (como realizar una receta hospitalaria o una derivación entre servicios).

Resolución: De cada uno de los motivos de consulta (máximo 3).

0. Resuelto. Consideramos que no ha de venir más por el motivo que consulta.
1. Seguimiento en el centro de salud. Solicitud de exploraciones complementarias, visita programada de control con el mismo profesional o por otro profesional del centro de salud (incluye enfermería, trabajo social, etc).
2. Derivación a otro nivel asistencial, que no depende del centro de salud.

Complejidad: Valoración subjetiva sobre la dificultad para resolver la visita en global. Ya sea por la dificultad del manejo de la patología, por el idioma, por el retraso generado o por múltiples motivos de consulta que para su correcto abordaje y resolución el tiempo ofrecido en la agenda de trabajo es insuficiente.

0. Consulta **NO compleja:** No nos ha representado un esfuerzo especial resolver las demandas del paciente en su conjunto y se ha podido resolver en el tiempo asignado.

Si la consulta es valorada como compleja, la clasificaremos en una de estas 6 categorías (sólo en 2019 y 2021):

1. Complejidad por problema **clínico**.
2. Complejidad por problema **comunicacional / idiomático**.
3. Complejidad por carga **emocional**.
4. Complejidad por gestión de **policonsulta**.
5. Complejidad por **interrupciones** de cualquier tipo que interfieran significativamente la visita médica.
6. Complejidad por problemática **social**.

Relevancia de la visita realizada: Valor subjetivo del profesional sobre su actuación hacia la demanda del paciente. Valor aportado al conocimiento del estado de salud y social del paciente, al proceso diagnóstico o al control de sus enfermedades.

Categorizada en:

0. nada relevante
1. poco relevante
2. bastante relevante
3. muy relevante
4. imprescindible.

Tiempo de retraso: Medir el tiempo (en minutos) a las 5 horas de iniciada la consulta presencial, anotando la diferencia entre la hora programada de la visita y la hora real de realización de la misma.

Actividad médica que no deja registro en el MEAP (historia clínica): Todo lo que se registre en el curso clínico del paciente, debería de verse reflejado como tipo de visita no presencial, y agendarlo. En este apartado figura el tiempo dedicado (**valorado en minutos**) sobre revisión de alertas analíticas, lectura de informes, lectura de ingresos, altas, retornos de derivaciones, revisión del self-audit farmacológico, revisión del estándar de calidad asistencial y/o de farmacia, etc.

3. OBSERVACIONES A RECOGER AL FINAL DE LA JORNADA

Tiempo de descanso real durante la jornada: Tiempo (en minutos) que hemos parado de la consulta durante la jornada laboral para beber o comer algo, hacer nuestras necesidades, refrescarnos, etc. Tiempo de cualquier actividad que no tenga que ver con el trabajo.

Incidencia relevante: Situación que se ha producido durante el transcurso de la jornada y que provoca un retraso asistencial significativo o una situación excepcional de estrés laboral.

0. Ninguna incidencia relevante.
1. Emergencia: Cualquier atención sanitaria de gravedad que haya supuesto un retraso considerable en la agenda.
2. Informática: Problemas informáticos que afecten el normal desarrollo de la actividad asistencial.
3. Organizativa: Cualquier problema de personal o de organización del equipo que aquel día haya afectado gravemente al desarrollo normal de la consulta.
4. Otros tipos de incidencia grave (especificar brevemente).

Número de visitas no presentadas y número de visitas forzadas presenciales o telefónicas:

Se considerará visita forzada cuando una visita presencial, domiciliaria o telefónica es asignada sin asignación de tiempo en la agenda.

Número de visitas pendientes de resolver: Llamadas pendientes, eConsultas pendientes de contestar, analíticas con alarma que no hemos podido revisar, domicilios aplazados, etc.

FATIGA al final de la consulta: Marcar en la gráfica, la puntuación de 0 a 10, de menos a más, sobre la fatiga percibida al final de la jornada asistencial.

Observaciones generales: Cualquier comentario o sugerencia referente a la jornada realizada (texto libre).

Las hojas de registro se enviarán de la siguiente manera:

1. **Hoja escaneada por mail al** observatorimfm@gmail.com
2. **Hoja fotocopiada empaquetado por valija a:**
Estudio Observatorio. Dr JJ Montero.
USR Metropolitana Nord.
CAP La Llantia. c/Mare de Deu de Guadalupe num 2, 08303 Mataró

El médico centinela siempre se quedará con la hoja original del registro.

Contacto con el equipo investigador y dudas: observatorimfm@gmail.com

Teléfono móvil: Juan José Montero Alía: xxxxxxxxx

Te invitamos a contestar con sinceridad las siguientes frases indicando con qué frecuencia has experimentado estas sensaciones.

0 = Nunca. **1** = Pocas veces al año o menos. **2** = Una vez al mes o menos.
3 = Unas pocas veces al mes. **4** = Una vez a la semana. **5** = Pocas veces a la semana.
6 = Todos los días.

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío.
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes..
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.
8	Siento que mi trabajo me está desgastando.
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo.
10	Siento que me he hecho más duro con la gente.
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo.
13	Me siento frustrado en mi trabajo.
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes.
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes.
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas.

Interpretación MBI

Está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones.

Mide los 3 aspectos del síndrome de *Burnout*:

1. Subescala de agotamiento o cansancio emocional. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Consta de 9 preguntas (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.) Puntuación máxima 54.
2. Subescala de despersonalización. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes frialdad y distanciamiento. Está formada por 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22.) Puntuación máxima 30.
3. Subescala de realización personal. Evalúa los sentimientos de autoeficiencia y realización personal en el trabajo. Se compone de 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.) Puntuación máxima 48.

Rangos de medida

- 0 = Nunca.
 1 = Pocas veces al año o menos.
 2 = Una vez al mes o menos.
 3 = Unas pocas veces al mes.
 4 = Una vez a la semana.
 5 = Unas pocas veces a la semana.
 6 = Todos los días.

Cálculo de puntuaciones

Se suman las respuestas dadas a los ítems que se señalan:

Aspecto evaluado	Preguntas a evaluar	Puntuación	<i>Burnout</i>
Agotamiento emocional	1-2-3-6-8-13-14-16-20		Más de 26
Despersonalización	5-10-11-15-22		Más de 9
Realización personal	4-7-9-12-17-18-19-21		Menos de 34

Valoración de puntuaciones

Altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera definen el síndrome de *Burnout*.

	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento emocional	0 – 18	19 – 26	27 – 54
Despersonalización	0 – 5	6 – 9	10 – 30
Realización personal	0 – 33	34 – 39	40 – 56

Respecto a los **12 factores de riesgo** de estrés **laboral** que salen en la lista inferior, ¿cómo crees que te afectan para desarrollar tu día a día en el centro de salud?

Puntúa de 0 a 10 cada ítem, donde 0 significa que no te afecta en absoluto y 10 donde la afectación es máxima.

1	Falta de conocimientos para desarrollar mi trabajo	
2	Monotonía de mi lugar de trabajo	
3	Falta de sentido de mi trabajo	
4	Jornada excesivamente larga	
5	La presencia de imprevistos	
6	Falta de tiempo para desarrollar bien mi trabajo	
7	En mi trabajo se sufren agresiones	
8	Falta de apoyo de mis compañeros	
9	Falta de apoyo de la dirección del centro	
10	Falta de control de en mis funciones profesionales	
11	Falta de posibilidad de promocionarme	
12	Falta de participación sobre las decisiones que se toman en mi trabajo	

Por favor, indique cual es su grado de acuerdo con las siguientes frases o caso durante el último mes. Si alguna en particular no le ha ocurrido, responda según crea que se hubiera sentido.

0 = Nunca **1** = Rara vez **2** = A veces **3** = Frecuentemente **4** = Siempre

1	Sé adaptarme a los cambios.	
2	Puedo afrontar lo que venga.	
3	Veo el lado positivo de las cosas.	
4	Hacer frente al estrés fortalece.	
5	Tiendo a recuperarme tras una enfermedad o dificultad.	
6	Puedo alcanzar los objetivos.	
7	Bajo presión, me centro y pienso con claridad.	
8	No me desanimo fácilmente por los fracasos.	
9	Me considero una persona fuerte.	
10	Puedo manejar los sentimientos desagradables.	

Interpretación CD RISC-10

Se trata de un cuestionario autoadministrado que identifica conductas resilientes en adultos menores de 65 años. El individuo ha de evaluar cómo se siente a la pregunta en el ú

Está constituido por 10 ítems que se responden de la misma manera con 5 opciones entre 0 y 4.

Rangos de medida

- 0 = Nada de acuerdo. .
- 1 = Rara vez.
- 2 = A veces.
- 3 = A menudo.
- 4 = Casi siempre.

Cálculo de puntuaciones

Se suman las respuestas dadas a los ítems y el resultado oscila entre 0 y 40 puntos.

Interpretación de las puntuaciones

Baja resiliencia: <25 puntos

Moderada resiliencia: 25-33 puntos

Elevada resiliencia: 33 puntos.

Anexo 9**Métodos estadísticos para estudiar los cruces de las Tablas 53, 54, 55, 56 y 57**

Visitas por jornada	Número medio (por centinela) de visitas por jornada.
Motivos por jornada	Número medio (por centinela) de motivos por jornada.
Visitas presenciales por jornada	Número medio (por centinela) de visitas presenciales por jornada.
Complejidad GLOBAL de la visita	Complejidad global visita (sí o no), se muestra recuento y porcentaje de sí.
Complejidad Clínica	Complejidad clinica visita (sí o no), se muestra recuento y porcentaje de sí.
Complejidad Comunicativa	Complejidad comunicativa visita (sí o no), se muestra recuento y porcentaje de sí.
Complejidad Emocional	Complejidad emocional visita (sí o no), se muestra recuento y porcentaje de sí.
Complejidad por Pluriconsulta	Complejidad pluriconsulta visita (sí o no), se muestra recuento y porcentaje de sí.
Complejidad por Interrupciones	Complejidad interrupciones visita (sí o no), se muestra recuento y porcentaje de sí.
Complejidad Social	Complejidad social visita (sí o no), se muestra recuento y porcentaje de sí.

Estadísticos y test de hipótesis usados

1. **Variable continua vs variable categórica** (ej. media de visitas por jornada vs género): mediana [percentil 25%; percentil 75%]. Test de hipótesis: Kruskal-Wallis (no paramétrico) (p-valor <0.05 indica que la distribución de la variable continua es diferente en los grupos que se comparan). La mediana es el percentil 50%.
2. **Variable categórica vs variable categórica** (ej. complejidad vs género): recuento de casos del grupo (porcentaje sobre el total del grupo columna). Test de hipótesis: Khi-cuadrado de Pearson. (p-valor <0.05 indica que las variables no son independientes)
3. **Variable continua vs variable continua** (ej. media de visitas por jornada vs edad): correlación (abreviado corre): Test asociación Tau de Kendall (no paramétrico). p-valor <0.05 indica que hay una asociación significativa entre las variables.
4. **Variable categórica vs variable continua:**
 - a) **Si la variable categórica tiene dos niveles** (ej. complejidad) se ajusta un modelo logístico de la variable categórica vs la continua y se toma como medida de asociación la exponencial del coeficiente de la variable continua del modelo $\exp(\text{Beta})$ (odds factor) y como medida de significación se toma el p-valor del test de significación del coeficiente Beta. El odds factor $\exp(\text{Beta})$ se interpreta como sigue:

 Por ejemplo en el caso complejidad vs Edad lo odds factor cumple que:

$$\text{Odds que una visita sea compleja cuando la Edad vale } X+1 = \text{odds factor} * (\text{odds que una visita sea compleja cuando la Edad vale } X)$$

 Es decir, cada vez que la edad aumenta en un año el odds de que una visita sea compleja se multiplica por el odds factor, así un odds factor >1 indica que además Edad más odds de que una visita sea compleja, y un odds factor <1 indica menos odds a más Edad. Un odds factor ==1 o un p.valor elevado (>0.1 por ejemplo) indica que la Edad no tiene efecto sobre la percepción de complejidad de una visita.
 - b) **Si la variable categórica tiene más de dos niveles** (ej. resolución vs edad): Se computan mediana [percentil 25%; percentil 75%] y se hace test de Kruskal Wallis.

- El doctorando recibió la **18 Beca per a la Capacitació en Investigació i Realització del Doctorat a l'Atenció Primària**, del IDIAP Jordi Gol, a la convocatòria de l'any 2017, que consistió en poder dedicar un 25% de su jornada laboral a la realización de la tesis doctoral con una duración de dos años.
- El proyecto: "Monitorización en Atención Primaria a partir de las observaciones directas de los profesionales: EL OBSERVATORIO DE LA MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA" presentado al **XIX Ajuts per a la Recerca de la CAMFiC del año 2018**, quedó finalista exaequo obteniendo financiación por un valor de 6.000 euros.
- El doctorando recibió el **Ajuts de Recerca MN 2018** por el proyecto Observatori de la Medicina Familiar i Comunitària al Maresme, de 120 h.
- El doctorando recibió el **"17è AJUT ICS A L'IMPULS D'ESTRATÈGIES DE RECERCA A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA MITJANÇANT LA INTENSIFICACIÓ D'INVESTIGADORS"**.

IDIAP Jordi Gol-ICS 2020. De la línea de investigación: PROFESSIONALISME I SISTEMA SANITARI: LÍNIA *BURNOUT* PROFESSIONAL (GRUP GREMSAS) para poder dedicar al proyecto un 25% de su jornada laboral durante dos años.

