



ORIGINAL

Asociación entre burnout y calidad asistencial en atención primaria

Kilian Griñan Ferre^a, Joan Torras Borrell^{b,c,*} y Jordi Aparicio Freixa^b^a Servei d'Urgències, Hospital Universitari de Terrassa. Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa, Barcelona, España^b EAP Sant Llàtzer, Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa, Barcelona, España^c Unitat Docent Multiprofessional d'Atenció Familiar i Comunitaria (AFiC), Consorci Sanitari de Terrassa (CST), Terrassa, Barcelona, España

Recibido el 20 de agosto de 2024; aceptado el 26 de noviembre de 2024

Disponible en Internet el 11 de enero de 2025

PALABRAS CLAVE

Burnout;
Atención primaria;
Health care

Resumen

Objetivos: Valorar la influencia del burnout en el médico de familia sobre su puntuación en el índice EQA.**Diseño:** Estudio observacional.**Sitio:** Estudio realizado en los centros de atención primaria del Consorcio Sanitario de Terrassa, en el Vallès Occidental, Cataluña.**Participantes:** Se incluyeron los médicos de atención primaria con una unidad básica asistencial. De los 107 médicos de familia que desempeñan sus funciones en los 8 centros de atención primaria del Consorcio Sanitario de Terrassa han participado 73 profesionales.**Intervenciones:** Se realizó una encuesta autoadministrada con elementos demográficos y laborales como edad, género, antigüedad en el centro de trabajo, el MBI y el último valor autodeclarado de EQA perteneciente al año 2023.**Medidas principales:** Se han analizado las variables sociodemográficas; años de experiencia y variables clínicas como el EQA, el test de Maslach y sus dimensiones agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Se ha administrado el test de Maslach Burnout Inventory. El nivel de significación estadística considerado ha sido del 5%.**Resultados:** Setenta y tres médicos de familia han realizado el test de Maslach, 54 (74%) presentaban burnout, de los cuales el 21,9% (16) son graves. Se ha encontrado una relación estadísticamente significativa entre el burnout y el EQA ($p=0,023$) y entre el agotamiento emocional y el EQA ($p=0,013$) en sus categorías leve y grave ($p=0,003$).**Conclusiones:** Los médicos de familia que presentan burnout obtienen un menor valor de EQA que no se asocia a la edad, sexo ni años de experiencia, pero sí al agotamiento emocional padecido.© 2024 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Joan.torras.borrell@gmail.com (J. Torras Borrell).

KEYWORDS

Burnout;
Primary care;
Health care

Association between burnout and quality of care in primary care**Abstract**

Objectives: To assess the influence of burnout in family physicians on their score on the EQA index.

Design: Observational study.

Site: Study conducted in the primary care centers of the Terrassa Health Consortium, in Vallès Occidental, Catalonia.

Participants: Primary care physicians with a basic care unit were included. Of the 107 family doctors working in the 8 primary care centers of the Terrassa Health Consortium, 73 professionals participated.

Interventions: A self-administered survey was carried out with demographic and occupational elements such as age, gender, length of service at the work center, the MBI and the last self-reported EQA value belonging to the year 2023.

Main measures: Sociodemographic variables were analysed; years of experience and clinical variables such as the EQA, the Maslach test and its dimensions emotional exhaustion, depersonalisation and personal fulfilment. The Maslach Burnout Inventory test was administered. The level of statistical significance considered was 5%.

Results: Seventy-three family doctors took the Maslach test, 54 (74%) had burnout, of which 21.9% (16) were severe. A statistically significant relationship was found between burnout and EQA ($P=.023$) and between emotional exhaustion and EQA ($P=.013$) in the mild and severe categories ($P=.003$).

Conclusions: Family physicians with burnout have a lower EQA value, which is not associated with age, sex or years of experience, but with the emotional exhaustion suffered.

© 2024 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Freudenberger describió por primera vez el burnout en 1974 como un síndrome producido por el desgaste y/o sobrecarga profesional en el colectivo de trabajadores¹, siendo Maslach y Jackson quienes lo caracterizaron a partir de la observación de ciertos síntomas que padecían los profesionales que trabajaban en atención al cliente². Los síntomas del burnout en el ámbito sanitario se agrupan en las dimensiones de agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) y realización personal (RP) entendida como la reducción de la percepción de eficacia profesional como consecuencia de una respuesta a la exposición prolongada al estrés laboral²⁻⁷.

El burnout en los médicos produce alteraciones en la vida profesional y personal: aumento de errores, absentismo laboral y menor productividad^{4,6-8,11,12,14}, además de una afectación de su salud física y psicológica, aumentando riesgo cardiovascular, adicción a sustancias, depresión y suicidio^{5,8,9,13,17}. Hay una elevada prevalencia de burnout entre médicos, pero aún hay una mayor afectación entre médicos de familia al presentar una alta carga de trabajo, una elevada complejidad, tiempos breves por visita y un sentimiento de desprotección y desconsideración por parte de las administraciones que comprometen los valores de su especialidad^{5,8,10-12,14-16}.

En el área metropolitana norte de Barcelona se realizó un estudio prospectivo sobre el burnout de médicos de atención primaria (AP) con cortes en 2016, 2019 y 2020, incluyendo también el efecto de la pandemia de COVID-19 sobre el burnout preexistente, multiplicando por 4 (del 10 al 50%)

los niveles de burnout⁸. En 2021, un estudio entre 2.716 facultativos de todas las especialidades del ámbito sanitario catalán mostró un burnout en el 70% de los profesionales siendo grave en un 33% de los casos, y la AP era el sector más afectado⁹. Los trabajos que relacionan el nivel de burnout con la calidad asistencial en AP no son abundantes, pero cabe destacar entre ellos el estudio realizado por Yuguero et al. en 2017, en Lleida, Cataluña, sobre la influencia del burnout y la empatía en la calidad asistencial en los médicos de familia y enfermeras de AP, que no mostró una influencia significativa¹⁸.

Otros estudios realizados en EE. UU. evaluaron también la relación entre las condiciones laborales en AP y la calidad de la atención al paciente mediante la revisión de historias clínicas, objetivando a efectos deletéreos en los médicos, pero no en la calidad ofrecida¹⁹⁻²¹.

El objetivo general de este estudio es comparar el grado de burnout de los profesionales médicos de familia de los centros de AP (CAP) del Consorci Sanitari de Terrassa (CST), con variaciones del índice del estándar de calidad asistencial (EQA, por sus siglas en catalán) ideados por el Instituto Catalán de Salud (ICS).

Material y métodos

Se trata de un estudio transversal descriptivo, realizado sobre la totalidad de los médicos de familia de los 8 CAP pertenecientes al CST, cuya área de influencia engloba la parte oeste de la comarca del Valles Occidental, concretamente las poblaciones de Terrassa, Matadepera, Rubí y Castell-

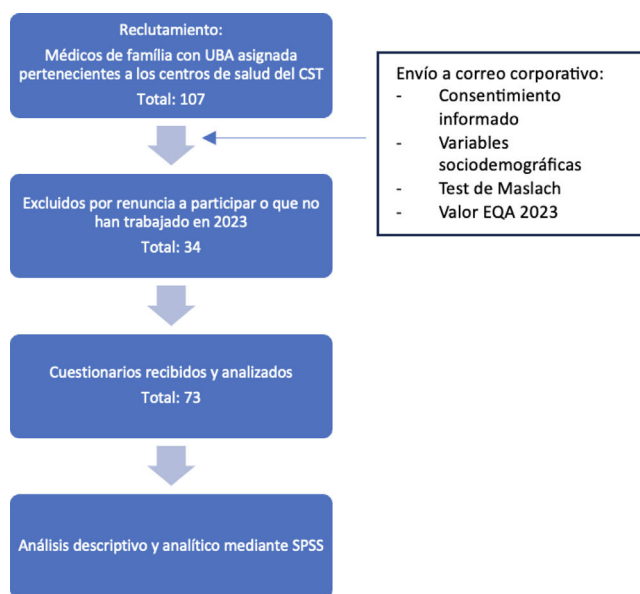


Figura 1 Esquema del estudio.

bisbal, con una población atendida de 328.010 habitantes, siendo la segunda comarca más poblada de Cataluña²². Todos los médicos registrados en los diferentes centros del CST ($n = 107$) fueron contactados por correo electrónico y se solicitó su participación de forma voluntaria. Se esperaba una buena participación puesto que los investigadores del estudio pertenecen a la misma gerencia de AP analizada. El proceso de realización del estudio se detalla en la [figura 1](#).

Instrumentos de medida

Para medir el burnout se utilizó el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI), formado por 3 escalas independientes de tipo Likert de 6 puntos, sobre frecuencias de sintomatología con un total de 22 preguntas: AE con 9 ítems; DP con 5 ítems y RP con 8 ítems^{2,3}. Los valores de corte para la clasificación del alto agotamiento se establecieron en AE alto ≥ 27 puntos, DP alto ≥ 10 puntos y PA bajo ≤ 33 puntos en base a estudios previos^{3,4}. La versión utilizada para el estudio fue la validada en castellano con una elevada consistencia interna³. El EQA es un índice sintético propuesto por el ICS que se utilizó por primera vez en 2006 vinculado al «Acord de Gestió» y al inicio del Sistema de Información de los Servicios de AP (SISAP)²³. La variable se realizó a partir del análisis de los problemas de salud más prevalentes en AP. Dicho indicador se realiza en consenso con la «Direcció Estratègica d'Atenció Primària del Departament de Salut» la «Secretaria General de Salut Pública» y el «CatSalut»²³.

El EQA presenta una puntuación de 0 a 1.000 puntos, donde puntuaciones más altas indican mejores resultados. Presenta varios subindicadores con objetivos que debe alcanzarse. Los indicadores evalúan las actividades de cribado, de prevención secundaria, de cumplimiento terapéutico, etc. La puntuación final es el resultado de algunos indicadores registrados por los profesionales y otros obtenidos automáticamente por el sistema informático. El sistema se basa en el resultado global de todas las puntuaciones, indicando puntuaciones más altas una mejor calidad²⁴.

Se registraron otras variables que se consideró podían tener un efecto en las variaciones de la calidad asistencial en base a las lecturas previas como son el sexo, la edad y los años de experiencia en el centro.

Recogida de datos

Fue mediante una encuesta autoadministrada con elementos demográficos y laborales como edad, género, antigüedad en el centro de trabajo, el MBI y el último valor autodeclarado de EQA perteneciente al año 2023.

Se envió por correo electrónico interno un link con las encuestas, junto al consentimiento informado y una breve carta de presentación en la que se explicaba el objeto del estudio y se agradecía la participación. Se delimitó el tiempo de respuesta de la encuesta entre enero y febrero de 2024. Se ofrecieron sesiones explicativas del proyecto a los centros de la zona, y se realizaron en aquellos que lo requirieron. Se creó una base de datos para la recogida de los resultados de los tests manteniendo y garantizando el anonimato en todo el proceso.

Análisis

Se han utilizado medios descriptivos de frecuencias, porcentajes, desviaciones estándares, con el programa SPSS® versión 29 garantizando la anonimidad de los sujetos participantes. Las variables numéricas se han descrito mediante estadísticos de centralidad (media, mediana) y de dispersión (desviación típica, cuartiles). Las variables categóricas se han resumido mediante tablas de frecuencia con porcentajes. Asimismo, se han realizado análisis descriptivos para resumir las características de la población de estudio, y las respectivas variables de edad, sexo, y el resultado auto-declarado del EQA. Las comparaciones de variables entre grupos se han realizado mediante pruebas para grupos independientes: en el caso de variables numéricas, *t* de Student o *U* de Mann-Whitney, y el test Chi-cuadrado o exacto de Fisher, en el caso de variables categóricas. Para el estudio de asociación entre el burnout y las variables clínicas se ha utilizado el test de la Chi-cuadrado en el caso de variables categóricas y utilizando el contraste de Mann-Whitney en variables continuas. Se consideraron estadísticamente significativos los resultados con *p*-valor menor que 0,05.

Resultados

Participaron 73 médicos de familia (68,2%) del total de 107 pertenecientes en los 8 CAP ([fig. 1](#)). Del total de participantes, 52 (71,2%) fueron mujeres y 21 (28,8%) varones. La edad media fue de 46,1 años (desviación estándar [DE]: 10,1). La antigüedad media en el puesto de trabajo actual era de 13,9 años (DE: 9,7), siendo en varones de 13 (DE: 8,4) y de 14,3 (DE: 10,2) en mujeres. En la [tabla 1](#) se describe la muestra.

Un total de 54 (74%) presentaban burnout al menos en una de sus dimensiones siendo el AE la más afectada 43 (58,9%), 15 (71,4%) son varones y 28 (53,8%) mujeres. La subescala DP presentaba valores altos en 42 (57,5%) de los encuestados, 13 (61,9%) eran varones y 29 (55,7%) mujeres. Por último, la subescala RP presentaba valores altos en 28 (38,4%) de los

Tabla 1 Análisis descriptivo de la muestra

	Edad	Años de experiencia	Agotamiento emocional	Despersonalización	Realización personal	EQA
<i>Media</i>	46,1	13,918	30,19	12,21	34,78	728,35
<i>Mediana</i>	47	15	32	12	37	750,5
<i>Desviación estándar</i>	10,1	9,6602	12,933	6,884	7,75	167,83
<i>Mínimo</i>	29	1	5	0	17	510
<i>Máximo</i>	68	40	53	26	47	915
<i>Percentiles</i>						
25	37	5,5	19	6	28,5	700
50	47	15	32	12	37	750,5
75	53	20	40	18	41	820

EQA: estándar de calidad asistencial.

Tabla 2 Valoración de Burnout y escalas

		Frecuencia	Porcentaje
Agotamiento emocional	Leve	16	21,90
	Moderado	14	19,20
	Grave	43	58,90
Despersonalización	Leve	17	23,30
	Moderado	14	19,20
	Grave	42	57,50
Realización personal	Leve	26	35,60
	Moderado	19	26
	Grave	28	38,40
Burnout	No patológico	19	26
	Patológico	54	74
	Grave	16	21,9
	No grave	57	78,1

médicos de familia encuestados, 6 (28,6%) eran varones y 22 (42,3%) mujeres. Además 16 (21,9%) participantes presentaban afectación simultánea en las 3 subescalas evaluadas (tabla 2 y fig. 1). No se encontraron diferencias significativas en el burnout entre varones y mujeres ($p=0,48$), edad ($p=0,23$), ni años de experiencia ($p=0,33$).

Estándar de calidad asistencial

Sesenta y seis de los médicos de familia encuestados (90,4%) indicaron su puntuación de EQA referente al año 2023, situándose la media en 728,35 puntos (DE: 167,83). Solo 13 (17,8%) presentaban una puntuación inferior a 700 puntos, límite considerado óptimo según las directrices del CatSalut²⁵ (fig. 2). No se encontraron diferencias significativas en el valor de cada profesional atendiendo a sexo ($p=0,52$), edad ($p=0,51$) ni por los años de experiencia en el centro ($p=0,49$), pero sí se observó una relación significativa entre las puntuaciones en síndrome de Burnout y EQA ($p=0,023$).

Al valorar las subescalas del MBI se detectaron diferencias significativas en la variación del EQA y entre las categorías leve y grave del AE, por lo que los profesionales con mayor AE presentaban una menor puntuación en EQA ($p=0,02$).

No se encontraron diferencias estadísticamente relevantes entre las categorías leve y moderado, o moderado y grave (tabla 3 y fig. 3). Tampoco se encontraron relaciones estadísticamente relevantes entre las subescalas DP ($p=0,53$) y RP ($p=0,81$) con cambios en el EQA del médico de familia.

Discusión

Estudios previos ya correlacionaron el burnout con la calidad de la atención en urgencias hospitalarias y también con la calidad de la atención percibida por el paciente^{5-7,12,26}; pero pocos estudios, han relacionado la calidad asistencial en AP con el burnout profesional mediante el EQA^{23,25}. El estudio realizado en Cataluña por Yuguero et al. en 2017, en los médicos y enfermeras de AP no mostró diferencias significativas entre variaciones en el burnout y el resultado de EQA¹⁸. Incluso este estudio muestra resultados muy alejados a nuestra hipótesis puesto que se objetiva que los profesionales con mayor burnout presentan una mayor calidad asistencial valorada por EQA¹⁸. A pesar de ello, el mismo grupo sí que encontró en otro estudio similar que aquellos profesionales de AP con un mayor grado de empatía y menor burnout obtenían mejores resultados de control de presión arterial que aquellos con baja empatía y un elevado burnout²⁷. Otros

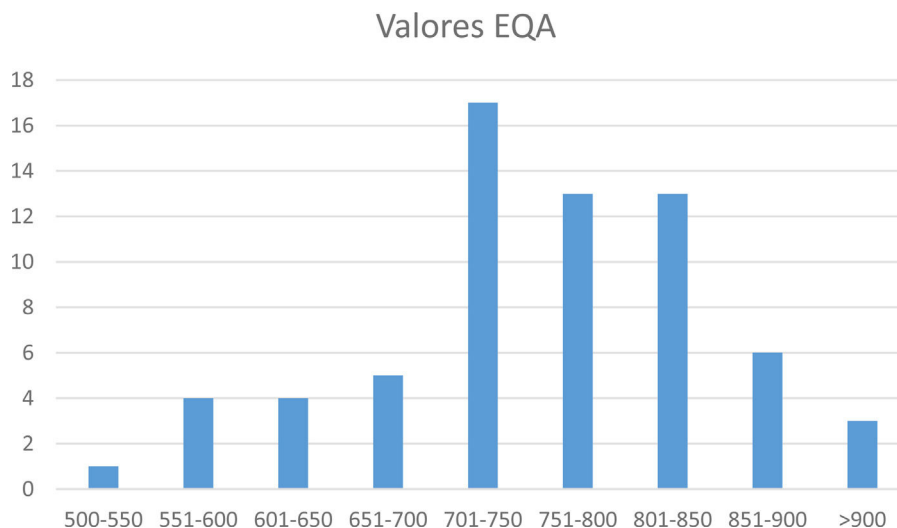


Figura 2 Diagrama de distribución de valores de EQA en AP.

Tabla 3 Relación entre agotamiento emocional y EQA

Comparaciones entre grupos AE					
	Estadístico de prueba	Error estándar	Estadístico de prueba estándar	Sig.	Sig. ajust. ^a
Grave/moderado	2,770	6,167	0,449	0,653	1,000
Grave/leve	15,373	5,852	2,627	0,009	0,026
Moderado/leve	12,603	7,273	1,733	0,083	0,249

AE: agotamiento emocional; EQA: estándar de calidad asistencial.
Significación estadística con $p = 0,026$ entre grados grave y leve.

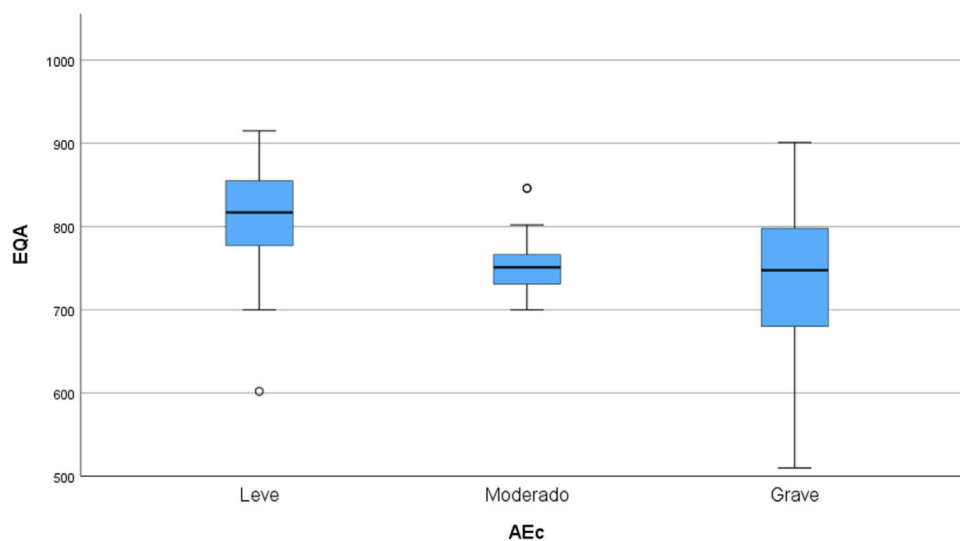


Figura 3 Puntuación EQA en función del agotamiento emocional.

estudios realizados en EE. UU. tampoco encuentran una relación entre burnout y calidad asistencial ofrecida¹⁹⁻²¹.

Este trabajo es el primero en detectar una posible relación inversa entre burnout y calidad asistencial, pudiendo ser debido en la mayor parte al AE que sufren los profe-

sionales. Una de las diferencias clarificadoras es que, este estudio, a diferencia de los previamente citados, se ha realizado posterior a la pandemia COVID-19, que según diferentes estudios ha incrementado el burnout y el AE en los profesionales sanitarios a niveles históricos.

La prevalencia global de burnout era del 12% en 2003 en médicos de familia de 12 países europeos y se hipotetizaba que esto podía representar un problema relevante para los sistemas sanitarios^{11,16}. Estudios previos en Catalunya alertan aún más del incremento de burnout en AP^{8,9,28}, llegando al 2021 con hasta un 70% de AE y un 33% de afectación en las 3 subescalas de Burnout⁹.

Nuestro estudio presenta una participación similar a la de estudios semejantes en Cataluña^{8,9,11,15,16,28,29}. El incremento del burnout registrado en los últimos años también se ha descrito en otras comunidades españolas^{16,30-33} y en otros países^{11,17,28,29,35,36}, objetivando niveles de burnout superiores al 50% además de AE severo entre trabajadores sanitarios. Los resultados han sido similares a los estudios realizados pospandemia^{8,9}, con valores del 74% de burnout, y un 21,9% de afectación simultánea de las 3 dimensiones del MBI.

Si se analiza cada subescala del MBI para los estudios observados en Cataluña, los problemas tampoco mejoran mucho. En 2021, 2 estudios muestran un AE del 70 y del 77%^{8,9}, superior al 58,9% de nuestros resultados, pero todavía muy por encima de los porcentajes obtenidos prepandemia que presentaban valores por debajo del 50%^{8,29,34,35}. En la subescala de DP, los estudios catalanes de 2021 mostraban un 61 y un 70%^{8,9}, un resultado semejante a nuestro trabajo donde este valor es del 57,5%, pareciendo preocupante la falta de empatía hacia el paciente que se deriva del burnout de los profesionales médicos. El médico de familia establece una relación cercana con su paciente, y este hecho tiene unos beneficios claros como que el paciente se sienta comprendido, descargue su estrés psicológico, mejore la adherencia a los tratamientos propuestos y su planificación de salud^{13,33,34,38}.

Finalmente, en la subescala de RP, entendida como la tendencia del profesional a evaluar su trabajo propio como poco útil o ineficaz, en 2021 era baja en un 44 y un 67,5% de los encuestados^{8,9}, mientras que el 2019 tan solo alcanzó el 27,5% con relación a la pandemia⁸. En nuestro estudio en 2024 la baja RP del 38,5%, ligeramente más baja que en los estudios postpandemia en Cataluña, pero siguen siendo muy superiores a los niveles prepandemia valorados en estudios ya mencionados con valores inferiores al 30%^{8,15,28,33}.

No hemos podido relacionar el burnout con ninguna de las variables demográficas analizadas. Al igual que en estudios previos no existen relación entre sexos, así como tampoco la edad o los años de experiencia en el centro^{14-16,28,30,31,35}.

Esta persistencia tan elevada de burnout hace reflexionar sobre las causas y ver que las propuestas para aliviar el desgaste del profesional, así como para mejorar su salud psicosocial no han sido efectivas^{7,34,37}. En un estudio cualitativo de 2020, los participantes describieron entre las causas de burnout la excesiva carga de trabajo, a la vez que dicho trabajo implicaba una menor relación con tareas propias de la medicina y más con trabajo burocrático³⁸. También se sentían desmoralizados por las condiciones laborales, infravalorados por las instituciones locales y el sistema de

atención médica. Los participantes transmitieron una sensación de disonancia profesional o incomodidad por trabajar en un sistema que parece tener valores contrarios a sus valores como médicos. Se sugieren 8 temas en los que hay que poner el empeño en mejorar: gestionar la carga de trabajo, cuidar a los médicos de familia como seres humanos multidimensionales, desconectarse del trabajo, recalibrar las expectativas y los niveles de reembolso, promover la voz de la atención familiar, apoyar el profesionalismo, fomentar la comunidad y promover reformas más allá de la institución³⁸.

En este estudio se ha valorado la asociación del burnout con el indicador de calidad asistencial, pero no hemos encontrado bibliografía con la que valorar los resultados obtenidos por lo que se ha de tener prudencia con las conclusiones. El EQA se basa en la valoración del registro de la actividad diaria de médicos de familia y enfermería sobre su unidad básica asistencial^{23,25}.

Limitaciones

Una de las principales limitaciones de este estudio es el hecho de que el burnout se midió mediante el test de Maslach. Aunque se trata de una herramienta ampliamente validada, se trata de un cuestionario autoadministrado y, como tal, los resultados son propensos al sesgo. Otra limitación es que el EQA está sujeto a un incentivo económico, en el caso que los profesionales alcancen un valor considerado como buena calidad asistencial²⁰. Además, el valor de EQA de cada participante no fue verificado por los analistas del estudio, sino que fue auto referido. Otro aspecto a tener en cuenta es que, en el presente estudio, solo se analiza a los médicos de familia, pero la valoración del EQA depende en parte del trabajo conjunto de los profesionales de medicina y enfermería. También constituye una limitación el hecho de que toda la muestra analizada pertenece a un único centro de trabajo, con una metodología y se localiza en el mismo territorio. Haría falta más estudios a lo largo del territorio catalán, en diferentes centros de trabajo para valorar dichos resultados.

Conclusiones

Los resultados, con las limitaciones descritas, indican que los médicos de familia con peor burnout obtienen peores puntuaciones en EQA a pesar de los incentivos, habiéndose encontrado una relación significativa entre la subescala del AE y EQA, pero no en las de DP ni de RP: los profesionales con mayor AE y/o mayor burnout presentan peores resultados en EQA que los que preservan su estabilidad emocional y/o menor burnout, respectivamente.

Serían necesarios más estudios para comprobar esta asociación ya que es posible que mejorando las condiciones laborales del médico de familia mejore la calidad de la atención de los pacientes.

Lo conocido sobre el tema

- El burnout en los profesionales de atención primaria ha ido empeorado desde inicios de este siglo, alcanzando su pico máximo durante la pandemia COVID-19.
- En la pospandemia no se ha revertido el burnout de los profesionales a los niveles prepandemia.
- El burnout afecta la salud física y psicológica de los profesionales, implica mayores riesgos para la seguridad del paciente agudo y disminuye la calidad del paciente en urgencias.

Lo que aporta el estudio

- Los resultados del estudio indican una asociación entre el burnout y los resultados en el índice EQA de calidad asistencial ideado en el Instituto Catalán de la Salud.
- Las subescalas del burnout muestran una relación significativa entre el agotamiento emocional y el índice EQA. En este estudio, no se establece relación en las subescalas de despersonalización y de realización personal.
- Esta asociación podría justificar más estudios para determinar la relación exacta entre la calidad asistencial y las condiciones laborales de los médicos de familia.

Financiación

No se ha obtenido financiación de ningún tipo para la realización de este estudio.

Consideraciones éticas

El trabajo se ha llevado a cabo conforme el Código de Ética de la Asociación Médica Mundial (Declaración de Helsinki) para experimentos con seres humanos. El estudio fue aprobado por el Comité de ética de investigación con medicamentos del Consorcio Sanitario de Terrassa. CÓDIGO CEIM: 05-23-161-052. Se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes.

Conflicto de intereses

Todos los autores afirman no tener ningún conflicto de interés con la realización y resultados de este estudio, así como tampoco de su publicación. Los autores únicamente trabajan en los servicios del Sistema Catalán de Salud.

Bibliografía

1. Freudenberg H. Staff burn-out. *J Soc Issues*. 1974;30:159–65.
2. Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory. Manual Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press; 1986.
3. Gil-Monte PR, Peiró JM. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema*. 1999;11:679–89.
4. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, et al. Prevalence of burnout among physicians: a systematic review. *JAMA*. 2018;320:1131–50.
5. Montero-Marín J. El síndrome de burnout y sus diferentes manifestaciones clínicas: una propuesta para la intervención. *Anest Analg Reanim*. 2016;29:1–16.
6. Hall L, Johnson J, Heyhoe J, Watt I, Anderson K, O'Connor D. Exploring the impact of primary care physician burnout and wellbeing on patient care: A focus group study. *J Patient Saf*. 2020;16:278–83.
7. Panagioti M, Geraghty K, Johnson J, Zhou A, Panagopoulou E, Chew-Graham C, et al. Association Between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction. A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2018;178:1317–30.
8. Seda-Gombau G, Torán-Monserrat P, Montero-Alía JJ, Moreno-Gabriel E. Impact of the COVID-19 Pandemic on Burnout in Primary Care Physicians in Catalonia. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18:9031.
9. Bartolozzi E, Robert A, Alcolea RM, Arribas D, Casado X, López-Marina V. Estudio descriptivo de burnout durante la pandemia en profesionales de Cataluña. 44º Congreso Nacional SEMERGEN. 2022:1–4. Sevilla.
10. Gómez-Urquiza JL, Monsalve-Reyes CS, San Luis-Costas C, Fernández-Castillo R, Aguayo-Estremera R, Cañadas-de la Fuente GA. Factores de riesgo y niveles de burnout en enfermeras de atención primaria: una revisión sistemática. *Aten Primaria*. 2017;49:77–85.
11. Soler JK, Yaman H, Esteve M, Dobbs F, Asenova RS, Katić M, et al. Burnout in European family doctors: The EGPRN study. *Fam Pract*. 2008;25:245–65.
12. Chung S, Dillon EC, Meehan AE, Nordgren R, Frosch DL. The Relationship Between Primary Care Physician Burnout and Patient-Reported Care Experiences: A Cross-sectional Study. *J Gen Intern Med*. 2020;35:2357–64.
13. Lamothe M, Boujut E, Zenasni F, Sultan S. To be or not to be empathic: The combined role of empathic concern and perspective taking in understanding burnout in general practice. *BMC Fam Pract*. 2014;15:1–7.
14. Willard-Grace R, Knox M, Huang B, Hammer H, Kivlahan C, Grumbach K. Primary Care Clinician Burnout and Engagement Association With Clinical Quality and Patient Experience. *JABFM*. 2021;34:542–52.
15. Vilà M, Cruzate C, Orfila F, Creixell J, González MP, Davins J. Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2015;47:25–31.
16. Matía AC, Cordero J, Mediavilla JJ, Pereda MJ, González ML, González A. Evolución del burnout y variables asociadas en los médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2012;44:532–9.
17. Kumar A, Sinha A, Varma J, Prabhakaran A, Phatak A, Nimbalkar S. Burnout and its correlates among nursing staff of intensive care units at a tertiary care center. *J Family Med Prim Care*. 2021;10:443–8.
18. Yuguero O, Marsal JR, Buti M, Esquerda M, Soler-González J. Descriptive study of association between quality of care and empathy and burnout in primary care. *BMC Med Ethics*. 2017;18:54.
19. Linzer M, Manwell LB, Williams ES, Bobula JA, Brown RL, Varkey AB, et al. MEMO (Minimizing Error, Maximizing Outcome) Investigators. Working conditions in primary care: Physician reactions and care quality. *Ann Intern Med*. 2009;151:28–36.

20. Rabatin J, Williams E, Baier Manwell L, Schwartz MD, Brown RL, Linzer M. Predictors and Outcomes of Burnout in Primary Care Physicians. *J Prim Care Community Health*. 2016;7:41–3.
21. 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;7:1–16.
22. Institut d'Estadística de Catalunya, IDESCAT Barcelona: 2024 [consultado 20 Abr 2024] Disponible en: <http://www.idescat.cat>
23. Fina F, Méndez L, Medina M. Sistema de Información de los Servicios de Atención Primaria La experiencia 2006-2008 del Institut Català de la Salut. *RISAL*. 2008;1:1–18.
24. Iglesias B, Cortés P, Fina F, Méndez L, Ferran M, Medina M, et al. Indicador sintètic de qualitat assistencial (EQA) dels equips d'atenció primària 2008. [Quality of Assistance Indicator of Primary Care Unit 2008]. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2008.
25. Coma E, Ferran M, Méndez L, Iglesias B, Fina F, Medina M. Creation of a synthetic indicator of quality of care as a clinical management standard in primary care. *Springerplus*. 2013;2:51–62.
26. Kakemam E, Chegini Z, Rouhi A, Majidi S. Burnout and its relationship to self-reported quality of patient care and adverse events during COVID-19: A cross-sectional online survey among nurses. *J Nurs Manag*. 2021;29:1974–82.
27. Yuguero O, Marsal JR, Esquerda M, Soler-González J. Occupational burnout and empathy influence blood pressure control in primary care physicians. *BMC Fam Pract*. 2017;18:63.
28. Montero-Alía JJ, Casanova-Uclés A, Seda-Gombau G, Gros-García T, Zurilla-Leonarte E, Bartolomé-Regué M, et al. Observatori de la medicina familiar i comunitària al Maresme (OMFaM): Impacte de la pandèmia COVID-19 sobre el burnout professional. *But At Prim Cat*. 2021;39:16.
29. Macaron MM, Segun-Omosehin OA, Matar RH, Beran A, Nakanishi H, Than CA, et al. A systematic review and meta analysis on burnout in physicians during the COVID-19 pandemic: A hidden healthcare crisis. *Front Psychiatry*. 2023;13:1–17.
30. Zambrano-Bohorquez B, Villarín-Castro A, Muñoz-Bodas F, Gómez-Rey I. Síndrome de burnout, resiliencia y miedo a la COVID-19 en personal sanitario durante la pandemia por SARS-CoV-2. *Rev Clin Med Fam*. 2022;15:134–42.
31. García-Molina C, Satorres-Pérez M, Crespo-Mateos AP, Quesada JA, García-Soriano L, Carrascosa-Gonzalvo S. Prevalencia del síndrome de burnout en profesionales de medicina y enfermería de Atención Primaria en centros de salud acreditados para Formación Sanitaria Especializada de dos áreas de salud de Alicante. *Rev Clin Med Fam*. 2022;15:35–9.
32. Yebra S, García V, Sánchez A, Suárez P, González L. Relación entre la inteligencia emocional y el *burnout* en los médicos de Atención Primaria. *SEMERGEN*. 2020;46.
33. Párraga I, González E, Méndez T, Villarín A, León AA. Burnout y su relación con el estrés percibido y la satisfacción laboral en profesionales sanitarios de Atención Primaria de una Comunidad Autónoma. *Rev Clin Med Fam*. 2018;11:51–60.
34. Apaydin E, Rose D, Yano E, Shekelle P, McGowan M, Antonini T, et al. Burnout Among Primary Care Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic. *JOEM*. 2021;63:642–5.
35. Baptista S, Teixeira A, Castro L, Cunha M, Serrão C, Rodrigues A, et al. Physician Burnout in Primary Care during the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study in Portugal. *J Prim Care Community Health*. 2021;12:1–9.
36. Bagnasco A, Zanini M, Dasso N, Rossi S, Catania G, Sasso L. Relationship between burnout and nursing practice environment in pediatric cardiology: A cross-sectional study. *Eur Heart J*. 2020;41:2072–81.
37. Méndez-Iglesias SM. Reflections on the burnout of Primary Care professionals after pandemic [Article in Spanish]. *Aten Primaria*. 2022;54:102314.
38. Agarwal S, Pabo E, Rozenblum R, Sherritt K. Professional Dissonance and Burnout in Primary Care. *JAMA Intern Med*. 2020;180:395–401.