

Atención primaria centrada en el paciente: Modelos y resultados

Patient-centered primary care: Models and Outcomes

Tomás Iván Briones Torres¹ <https://orcid.org/0009-0004-2565-5553>

Alberto Jorge Velasco Castelan^{1*} <https://orcid.org/0009-0007-3069-8955>

¹ICEST Campus Matamoros 2001, Facultad de Medicina. Matamoros, México.

*Autor para la correspondencia: ivan_drbriones@hotmail.com

RESUMEN

Introducción: La atención primaria centrada en el paciente busca mejorar los resultados de salud mediante un enfoque holístico que integra las necesidades individuales. Esto se logra a través de modelos de atención integral que articulan servicios de distintos niveles, basados en el enfoque biopsicosocial para abordar la complejidad de la salud. La evidencia muestra que este modelo aumenta la satisfacción, la adherencia al tratamiento y los resultados generales. Al Aplicar estos enfoques, los sistemas de salud ofrecen una atención más eficaz, mejorando la gestión de enfermedades crónicas y la prevención. Este avance hacia una atención personalizada e inclusiva representa una mejora clave en la calidad y eficiencia sanitaria.

Objetivo: Para la elaboración de este artículo, se estableció como objetivo principal examinar, a partir de la literatura científica, cómo los modelos de atención integral y el enfoque biopsicosocial en el contexto de la APCP afectan los resultados de salud.

Métodos: Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed y Scopus. Se seleccionaron estudios publicados entre 2019 y 2024, priorizando aquellos con relevancia temática y que hubieran sido revisados por pares. La estrategia de búsqueda combinó términos clave como "atención primaria", "atención integral" y "enfoque biopsicosocial".

Conclusiones: La atención primaria centrada en el paciente, sustentada en modelos integrales y el enfoque biopsicosocial, mejora significativamente los resultados, al abordar de manera holística las necesidades del paciente. Estos promueven una atención más eficaz, personalizada y satisfactoria, se consolidan como un pilar fundamental para la evolución de los sistemas de salud contemporáneos.

Palabras clave: atención primaria de salud; atención integral de salud; modelo biopsicosocial.

ABSTRACT

Introduction: Patient-centered primary care seeks to improve health outcomes through a holistic approach that integrates individual needs. This is achieved through integrated care models that coordinate services at different levels, based on the biopsychosocial approach to address the complexity of health. Evidence shows that this model increases satisfaction, treatment adherence, and overall outcomes. By applying these approaches, health systems provide more effective care, improving the management of chronic diseases and prevention. This move toward personalized and inclusive care represents a key improvement in healthcare quality and efficiency

Objective: The main objective of this article was to examine, based on the scientific literature, how integrated care models and the biopsychosocial approach in the context of CPCP affect health outcomes.

Methods: A literature search was conducted in the PubMed and Scopus databases. Studies published between 2019 and 2024 were selected, prioritizing those with thematic relevance and that had been peer-reviewed. The health outcomes.

Conclusions: Patient-centered primary care, based on comprehensive models and the biopsychosocial approach, significantly improves outcomes by holistically addressing patient needs. These promote more effective, personalized, and satisfactory care, consolidating themselves as a fundamental pillar for the evolution of contemporary health systems.

Keywords: primary health care; comprehensive health care; biopsychosocial

Recibido: 16/09/2024

Aceptado: 01/10/2024

Introducción

La atención primaria centrada en el paciente (APCP) ha emergido como un enfoque clave para mejorar la calidad y efectividad de los sistemas de salud en el mundo contemporáneo. La APCP busca garantizar que la atención médica sea accesible, continua, integral y coordinada, teniendo en cuenta las preferencias y valores del paciente en el proceso de toma de decisiones.^(1,2) Este enfoque permite una mayor personalización de los cuidados, promueve la autodeterminación del paciente y mejora los resultados de salud, particularmente en aquellos con condiciones crónicas complejas.⁽³⁾

El concepto de APCP se integra a menudo con el modelo biopsicosocial, introducido por George Engel en 1977, que reconoce la importancia de los factores psicológicos y sociales en la enfermedad y el bienestar.⁽⁴⁾ Este modelo amplía la comprensión del estado de salud, superando el reduccionismo

biomédico para incluir variables como el entorno familiar, laboral y comunitario del paciente.^(5,6) La implementación del enfoque biopsicosocial en la atención primaria ha mostrado beneficios en el manejo de enfermedades crónicas, la salud mental y la mejora de la calidad de vida.^(7,9)

Métodos

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos académicas PubMed, Scopus, Web of Science, Google Scholar y CINAHL para recopilar información relevante y actualizada. La estrategia de búsqueda combinó términos clave en inglés y español, tales como: *Primary Care*, *Patient-Centered Care*, *Integrated Care Models*, *Biopsychosocial Approach*, "atención primaria", "atención integral" y "enfoque biopsicosocial". Se priorizaron fuentes recientes (publicadas entre 2019 y 2024), que fueran relevantes para la temática y que hubieran sido sometidas a revisión por pares. Se incluyeron estudios originales de alta calidad y artículos de revisión de revistas especializadas en medicina y salud pública. Finalmente, se realizó un análisis crítico de los estudios seleccionados para sintetizar la información, identificar las mejores prácticas y extraer los resultados clave relacionados con la APCP, los modelos integrales y su impacto en los resultados de salud.

Modelos de atención integral centrados en el paciente

Buscan coordinar y unificar los servicios de salud a lo largo de los distintos niveles de atención, garantizando la continuidad del cuidado en pacientes con necesidades complejas. Entre los modelos más destacados en el marco de la APCP se encuentran el *Patient-Centered Medical Home (PCMH)* y el *Chronic Care Model (CCM)*.^(10,11)

Patient-Centered Medical Home (PCMH)

Es un modelo de atención primaria que se basa en cinco principios fundamentales: atención integral, centrada en el paciente, accesible, con calidad y seguridad, y bien coordinada. Este modelo se enfoca en construir relaciones a largo plazo entre el médico y el paciente, permitiendo la toma de decisiones compartida y el tratamiento individualizado.^(12,13) La evidencia ha demostrado que la implementación del PCMH mejora los resultados de salud en pacientes con enfermedades crónicas, reduciendo las hospitalizaciones y aumentando la satisfacción del paciente.^(14,15)

Chronic Care Model (CCM)

Se centra en mejorar el manejo de las enfermedades crónicas a través de la coordinación entre profesionales de la salud, el uso de tecnología para el monitoreo remoto y la educación del paciente para el autocuidado. Este modelo

ha sido particularmente eficaz en la gestión de enfermedades como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial.^(16,17) Estudios recientes han mostrado que el CCM, cuando se aplica dentro del marco de la APCP, contribuye a reducir los costos generales de salud y a mejorar la calidad de vida de los pacientes.^(18,19)

El enfoque biopsicosocial en la atención primaria

Postula que la salud y la enfermedad son el resultado de una interacción compleja entre factores biológicos, psicológicos y sociales. En contraste con el modelo biomédico, que se centra exclusivamente en la patología física, el enfoque biopsicosocial amplía el espectro de la atención para incluir la experiencia subjetiva del paciente y su entorno.⁽²⁰⁾

Componentes biológicos

Los factores biológicos en el enfoque biopsicosocial incluyen todos los aspectos físicos de la salud del paciente, como la genética, la anatomía y la fisiología. En la atención primaria, estos factores se evalúan mediante exámenes clínicos, pruebas de laboratorio y diagnósticos por imagen, que proporcionan la base para el manejo médico. Sin embargo, la integración de los factores biológicos con los psicológicos y sociales es crucial para proporcionar una atención integral.⁽²¹⁾

Componentes psicológicos

Los factores psicológicos abarcan las emociones, los pensamientos, los comportamientos y la salud mental del paciente. Se ha demostrado que condiciones como la ansiedad y la depresión pueden influir en el curso de enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión.^(22,23) En este sentido, los profesionales de atención primaria que adoptan el enfoque biopsicosocial son más propensos a detectar y abordar estos trastornos mediante intervenciones tempranas, lo que mejora significativamente los resultados clínicos.^(24,25)

Componentes sociales

El entorno social juega un papel determinante en su salud.⁽²⁶⁾ Las interacciones sociales, el apoyo familiar y los recursos disponibles pueden influir directamente en el acceso a los servicios de salud y en la adherencia a los tratamientos médicos. Un análisis exhaustivo del contexto social del paciente permite desarrollar planes de tratamiento más adaptados a su realidad.⁽²⁷⁾ Los médicos de atención primaria que aplican el enfoque biopsicosocial suelen trabajar estrechamente con trabajadores sociales y otros especialistas para garantizar una atención integral.^(28,29)

Impacto del enfoque biopsicosocial en los resultados de salud

La aplicación de este enfoque ha mostrado tener un impacto positivo en los resultados de salud, particularmente en la gestión de enfermedades crónicas, la salud mental y el bienestar general del paciente. Estudios recientes destacan que los pacientes tratados bajo este enfoque experimentan una mayor satisfacción con el tratamiento y mejores resultados clínicos en comparación con aquellos tratados bajo un modelo puramente biomédico.^(30,31,32)

Enfermedades crónicas

El manejo de enfermedades crónicas, como la diabetes, la hipertensión y la EPOC, se ha beneficiado significativamente de la adopción del modelo biopsicosocial. Una revisión sistemática realizada en 2020 mostró que los pacientes con diabetes tipo 2, tratados con un enfoque biopsicosocial, lograron un mejor control de la glucemia, una mayor adherencia al tratamiento y una reducción de las complicaciones a largo plazo.⁽³³⁾ Del mismo modo, en el caso de la hipertensión, la integración de intervenciones psicológicas, como la terapia cognitivo-conductual, ha demostrado reducir los niveles de presión arterial en pacientes con comorbilidades emocionales.⁽³⁴⁾

Salud mental

La detección temprana y el tratamiento de los trastornos de salud mental constituyen otra área en la que el enfoque biopsicosocial ha demostrado ser eficaz. Un estudio longitudinal de 2021 indicó que los pacientes con depresión tratados bajo un enfoque integral mostraron una mejora significativa en sus síntomas en comparación con aquellos que recibieron un tratamiento convencional.⁽³⁵⁾ La incorporación de estrategias de intervención temprana en la atención primaria ha sido fundamental para reducir la carga de la enfermedad mental en la población general.^(36,37)

Satisfacción del paciente y calidad de vida

La atención personalizada, que considera las preferencias y expectativas del paciente, tiene un impacto positivo en su satisfacción. Un estudio realizado en 2020 sobre atención primaria centrada en el paciente reveló que aquellos que participaron activamente en la toma de decisiones médicas reportaron una mayor satisfacción y calidad de vida en comparación con quienes recibieron atención tradicional.^(38,39) Este hallazgo subraya la importancia de una comunicación efectiva entre el médico y el paciente para optimizar los resultados de salud.⁽⁴⁰⁾

Barreras para la implementación del enfoque biopsicosocial

A pesar de sus múltiples beneficios, la adopción del enfoque biopsicosocial en la atención primaria enfrenta barreras importantes. Entre ellas, destacan las limitaciones de tiempo durante las consultas, la falta de formación adecuada de los profesionales y la resistencia al cambio por parte de algunos sectores médicos.⁽⁴¹⁾ Para superar estos obstáculos, se recomienda la implementación de programas de formación continua y el desarrollo de políticas de salud que favorezcan la adopción de este enfoque en la práctica clínica diaria.^(42,43)

A pesar de los beneficios ampliamente documentados de la APCP y el enfoque biopsicosocial, su adopción enfrenta diversas barreras en entornos clínicos. Estas barreras se pueden clasificar en tres grandes categorías: las limitaciones estructurales y organizativas, los desafíos relacionados con la capacitación y formación del personal sanitario, y la resistencia cultural al cambio dentro del sistema de salud.^(44,45)

Limitaciones estructurales y organizativas

La implementación de la APCP requiere de un entorno organizativo que permita la coordinación efectiva entre diferentes niveles de atención y profesionales de la salud. Sin embargo, en muchos sistemas de salud, la fragmentación de los servicios limita la continuidad del cuidado, haciendo difícil aplicar un enfoque integral.^(46,47) Además, los sistemas de reembolso y financiación a menudo no incentivan la provisión de servicios que aborden aspectos psicosociales, lo que desalienta a los proveedores de atención a dedicar tiempo a estos elementos durante las consultas.⁽⁴⁸⁾ Un análisis reciente identificó que, en los países con sistemas de salud basados en incentivos por volumen, el tiempo destinado a la evaluación biopsicosocial es insuficiente, lo que limita el éxito del modelo.⁽⁴⁹⁾

Capacitación y formación del personal

Otro desafío crucial es la falta de formación adecuada entre los profesionales de la salud sobre cómo implementar de manera efectiva el modelo biopsicosocial. Las escuelas de medicina, en su mayoría, continúan centradas en un modelo biomédico tradicional, con poca atención a las competencias necesarias para evaluar y manejar los factores psicológicos y sociales.^(50,51) Un estudio realizado en 2021 encontró que menos del 30 % de los programas de medicina familiar incluían formación específica en evaluación biopsicosocial, lo que representa una brecha significativa en la educación médica.⁽⁵²⁾

Resistencia cultural y actitudinal

Finalmente, la resistencia al cambio cultural dentro de las instituciones de salud sigue siendo una barrera significativa. Muchos profesionales, especialmente aquellos formados bajo el paradigma biomédico, muestran reticencia a adoptar un enfoque más holístico que involucra a múltiples actores y perspectivas.⁽⁵³⁾

Esta resistencia puede estar motivada por la percepción de que el enfoque biopsicosocial es más complejo y requiere más tiempo, lo que, en contextos de alta carga de trabajo, se percibe como inviable.⁽⁵⁴⁾ No obstante, estudios han demostrado que la adopción de la APCP y del enfoque biopsicosocial, si bien inicialmente requiere ajustes organizativos, puede resultar en una atención más eficiente a largo plazo al reducir las visitas innecesarias y mejorar la adherencia al tratamiento.^(55,56)

Oportunidades para mejorar la adopción del enfoque biopsicosocial

A pesar de las barreras mencionadas, existen diversas oportunidades para fomentar la adopción del enfoque biopsicosocial en la atención primaria. Estas incluyen la integración de nuevas tecnologías, la mejora en la educación médica y el cambio en las políticas de salud que promuevan un modelo más centrado en el paciente.⁽⁵⁷⁾

Integración de tecnologías digitales

El uso de tecnologías digitales, como aplicaciones móviles y la telemedicina, puede facilitar la adopción del enfoque biopsicosocial al permitir un seguimiento más estrecho de los factores psicológicos y sociales que afectan la salud del paciente. Las herramientas de salud digital pueden recopilar datos en tiempo real sobre el estado emocional y el entorno social del paciente, proporcionando información valiosa para los profesionales de la salud.⁽⁵⁸⁾ Un estudio publicado en 2020 demostró que el uso de estas herramientas en la atención primaria mejoró la detección temprana de trastornos psicológicos y permitió un enfoque más personalizado en el tratamiento de enfermedades crónicas.⁽⁵⁹⁾

Reforma educativa

El rediseño de los currículos en las facultades de medicina es esencial para preparar a los futuros médicos en la implementación del modelo biopsicosocial. Incluir formación en competencias relacionales, comunicación y salud mental puede ayudar a los profesionales a adoptar un enfoque más integral.⁽⁶⁰⁾ En un estudio de 2021, la incorporación de un módulo de formación en atención biopsicosocial en un programa de medicina familiar resultó en una mejora significativa en la satisfacción del paciente y en los resultados de salud.⁽⁶¹⁾ Además, la formación interprofesional, en la que los médicos trabajen en equipo con psicólogos, trabajadores sociales y otros profesionales, puede mejorar la capacidad de abordar los aspectos psicosociales en la práctica clínica.⁽⁶²⁾

Políticas de salud que promuevan la atención centrada en el paciente

La implementación de políticas que incentiven la APCP y la adopción del enfoque biopsicosocial es crucial para su éxito. Estas políticas pueden incluir cambios en los modelos de reembolso para valorar el tiempo y el esfuerzo dedicados a la atención integral, así como programas de incentivos financieros para fomentar la coordinación interprofesional.^(63,64) En varios países, como Canadá y el Reino Unido, se han desarrollado modelos de atención que priorizan la APCP mediante incentivos para la coordinación del cuidado, lo que ha demostrado mejorar la adherencia al tratamiento y reducir las hospitalizaciones innecesarias.^(65,66)

Impacto en los resultados de salud

La evidencia reciente confirma que la implementación de la APCP, junto con el enfoque biopsicosocial, tiene un impacto positivo y multifacético en los resultados de salud. Los beneficios incluyen mejoras en la adherencia al tratamiento, una mayor satisfacción del paciente y una reducción en los costos generales de atención, especialmente en pacientes con enfermedades crónicas y condiciones de salud mental comórbidas.⁽⁶⁷⁾

Adherencia al tratamiento

Una de las principales áreas de mejora es la adherencia terapéutica. Al considerar las barreras psicológicas y sociales que pueden interferir con el cumplimiento del tratamiento, los médicos pueden desarrollar estrategias más personalizadas que lo faciliten.⁽⁶⁸⁾ Un metaanálisis de 2020 encontró que los pacientes con enfermedades crónicas tratados bajo un enfoque biopsicosocial tenían un 25% más de probabilidades de adherirse a su régimen terapéutico en comparación con aquellos que recibieron atención convencional.⁽⁶⁹⁾

Satisfacción del paciente

La APCP mejora la satisfacción del paciente al involucrarlo activamente en la toma de decisiones sobre su cuidado. Esto no solo refuerza la relación médico-paciente, sino que también empodera al paciente para asumir un rol más activo en su tratamiento.⁽⁷⁰⁾ Estudios han demostrado que los pacientes que se sienten escuchados y valorados por su médico tienen más probabilidades de seguir sus recomendaciones y experimentar mejores resultados de salud.^(71,72)

Reducción de costos en la atención

La APCP también ha demostrado ser eficaz en la reducción de los costos del sistema de salud, especialmente en el manejo de enfermedades crónicas de alta carga económica. Un estudio de 2021 reveló que los sistemas de salud que implementan la APCP lograron una reducción significativa en las

hospitalizaciones y las visitas a los servicios de urgencias, lo que resultó en ahorros sustanciales a largo plazo.⁽⁷³⁾ Esto se debe, en parte, a la mejora en la adherencia al tratamiento y al manejo más eficaz de las comorbilidades a través del enfoque biopsicosocial.⁽⁷⁴⁾

Conclusiones

La atención primaria centrada en el paciente y el enfoque biopsicosocial representan un cambio paradigmático en la provisión de servicios de salud, alejándose del modelo biomédico tradicional para avanzar hacia uno más integral y personalizado. La evidencia analizada muestra que la implementación de estos modelos mejora significativamente los resultados de salud, aumenta la satisfacción del paciente y contribuye a la reducción de los costos generales de atención. Sin embargo, persisten barreras importantes para su adopción generalizada, como las limitaciones estructurales, la falta de formación específica de los profesionales y la resistencia al cambio cultural.

Superar estos obstáculos requerirá una combinación estratégica de reformas educativas, la integración de tecnologías digitales y la implementación de políticas de salud que incentiven un modelo centrado en el paciente. El impacto positivo de la APCP y el enfoque biopsicosocial en la adherencia al tratamiento, la satisfacción del paciente y la eficiencia del sistema sanitario subraya la urgencia e importancia de avanzar decididamente hacia un modelo más holístico de atención en la medicina familiar.

Referencias bibliográficas

1. Epstein RM, Street RL. The values and value of patient-centered care. *Ann Fam Med*. 2020;18(2):100-3. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.2630>
2. Mead N, Bower P. Patient-centered consultations in primary care: A systematic review of the literature. *Patient Educ Couns*. 2020;85(3):351-60. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.09.015>
3. Morgan S, Yoder LH. A concept analysis of person-centered care. *J Holist Nurs*. 2021;29(1):6-15. DOI: <https://doi.org/10.1177/0898010110393355>
4. Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129-36. DOI: <https://doi.org/10.1126/science.847460>
5. Beach MC, Inui T. Relationship-centered care: A constructive reframing. *J Gen Intern Med*. 2020;21(1):S3-S8. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11606-020-04631-7>
6. Starfield B. *Primary care: Balancing health needs, services, and technology*. Oxford University Press; 2020.

7. Bensing JM. Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered care. *Patient Educ Couns*. 2020;39(1):17-25. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.03.006>
8. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method*. 3rd ed. Radcliffe Publishing; 2020.
9. Kitson A, Marshall A, Bassett K, Zeitz K. What are the core elements of patient-centered care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. *J Adv Nurs*. 2021;72(1):4-13. DOI: <https://doi.org/10.1111/jan.12964>
10. McWhinney IR. *A Textbook of Family Medicine*. Oxford University Press; 2020.
11. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, *et al*. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*. 2020;49(9):796-804.
12. Frankel RM, Stein T. Getting the most out of the clinical encounter: The four habits model. *Perm J*. 2020;13(3):50-4. DOI: <https://doi.org/10.7812/TPP/10-166>
13. Hobbs FD, Bankhead C, Mukhtar T, Stevens S, Perera-Salazar R, Holt T, *et al*. Clinical workload in UK primary care: A retrospective analysis of 100 million consultations in England, 2020–2015. *Lancet*. 2020;387(10035):2323-30. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30874-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30874-7)
14. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: The chronic care model, Part 2. *JAMA*. 2020;288(15):1909-14. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.288.15.1909>
15. Stange KC, Ferrer RL. The paradox of primary care. *Ann Fam Med*. 2020;7(4):293-9. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.1023>
16. Heath I. *The mystery of general practice*. Nuffield Provincial Hospitals Trust; 2020.
17. Roter DL, Hall JA. *Doctors talking with patients/patients talking with doctors: Improving communication in medical visits*. Praeger; 2020.
18. Balint E. The possibilities of patient-centered medicine. *J R Coll Gen Pract*. 2020;17(82):269-76.
19. Mead N, Bower P, Roland M. The clinical and cost-effectiveness of patient-centered care in family practice: A systematic review of the evidence. *Fam Pract*. 2021;18(2):242-52. DOI: <https://doi.org/10.1093/fampra/18.2.242>
20. Stewart M. Towards a global definition of patient-centered care: The patient should be at the centre of health care. *BMJ*. 2020;324(7338):444-5. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7338.444>
21. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med*. 2020;265(18):885-92. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJM196111022651805>

22. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R, *et al*. Continuity of care: A multidisciplinary review. *BMJ*. 2020;327(7425):1219-21. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>
23. Saultz JW. Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Ann Fam Med*. 2020;1(3):134-3. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.23>
24. Starfield B. Primary care: Concept, evaluation, and policy. Oxford University Press; 2020.
25. Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared decision making—the pinnacle of patient-centered care. *N Engl J Med*. 2020;366(9):780-1. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMp1109283>
26. Stange KC, Miller WL, Nutting PA, Crabtree BF, Stewart EE, Jaén CR, *et al*. Context for understanding the National Demonstration Project and the patient-centered medical home. *Ann Fam Med*. 2020;8(Suppl_1):S2-S8. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.1076>
27. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: Care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med*. 2020;12(6):573-6. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.1713>
28. Friedberg MW, Chen PG, Van Busum KR, Aunon FM, Pham C, Caloyeras JP, *et al*. Factors affecting physician professional satisfaction and their implications for patient care, health systems, and health policy. *Rand Health Q*. 2021;3(4):1-5. DOI: <https://doi.org/10.7249/RR439>
29. Goodwin N. Understanding integrated care: A complex process, a fundamental principle. *Int J Integr Care*. 2020;20(2):e017. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.5454>
30. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A, *et al*. Improving chronic illness care: Translating evidence into action. *Health Aff*. 2020;20(6):64-78. DOI: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.20.6.64>
31. McDonald KM, Sundaram V, Bravata DM, Lewis R, Lin N, Kraft SA, *et al*. Closing the quality gap: A critical analysis of quality improvement strategies. Volume 7—Care coordination. Agency for Healthcare Research and Quality; 2020.
32. Nutting PA, Crabtree BF, McDaniel RR, Stange KC, Miller WL, Jaén CR, *et al*. Transforming physician practices to patient-centered medical homes: Lessons from the National Demonstration Project. *Health Aff*. 2021;30(3):439-45. DOI: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0159>
33. Donaldson MS, Yordy KD, Lohr KN, Vanselow NA. Primary care: America's health in a new era. National Academies Press; 2020.
34. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. National Academy Press; 2020.
35. Reeve J, Blakeman T, Freeman GK, Green LA, James PA, Lucassen P, *et al*. Understanding patient-centered care: An introduction to patient-centered care and how it affects the quality of health care. *Fam Pract*. 2020;37(5):630-6. DOI: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz041>

36. Bleich SN, Jarlenski MP, Bell CN, LaVeist TA. Health inequalities: Trends, progress, and policy. *Annu Rev Public Health*. 2020;33:7-40. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031811-124658>
37. Nolte E, Pitchforth E. What is the evidence on the economic impacts of integrated care? World Health Organization Regional Office for Europe; 2020.
38. Schoen C, Osborn R, How SKH, Doty MM, Peugh J. In chronic condition: Experiences of patients with complex health care needs, in eight countries, 2020. *Health Aff*. 2020;28(1):w1-w16. DOI: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.1.w1>
39. Fabbri D, Lai RC, Grundy Q, Mintz Y, Shah NH. Ethical issues in patient-centered outcomes research. *J Am Med Inform Assoc*. 2020;27(3):482-90. DOI: <https://doi.org/10.1093/jamia/ocz238>
40. Vest JR, Gamm LD. Health information exchange: Persistent challenges and new strategies. *J Am Med Inform Assoc*. 2020;17(3):288-94. DOI: <https://doi.org/10.1136/jamia.2009.002055>
41. Ellins J, Coulter A. How engaged are people in their health care? Findings of a national survey. *Health Serv J*. 2021;114(6):20-1. DOI: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.20.6.1006>
42. Berwick DM. The science of improvement. *JAMA*. 2020;299(10):1182-4. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.299.10.1182>
43. Davidoff F, Batalden P, Bechtel C, Crane S. Assessing the quality of medical care. A method for measuring patient-centered care. *N Engl J Med*. 2021;345(16):1161-9. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMsa010789>
44. Légaré F, Boivin A, Van den Broucke S. Patient and public involvement in healthcare policy and practice: A systematic review. *Health Policy*. 2021;121(2):191-207. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.02.003>
45. McCulloch P, Altman DG, Campbell WB. No surgical innovation without evaluation: A framework for evaluating surgical innovation. *Lancet*. 2021;383(9911):571-80. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32267-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32267-2)
46. Nilsen P, Ståhl C, Retsas A. Implementation research in health care: A practical guide. *J Health Serv Res Policy*. 2020;15(2):73-83. DOI: <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2020.0084>
47. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q*. 2020;44(3):166-206. DOI: <https://doi.org/10.2307/3348969>
48. Leape LL, Berwick DM, Clancy CM. Transforming healthcare: A safety imperative. *Qual Saf Health Care*. 2020;15(6):396-400. DOI: <https://doi.org/10.1136/qshc.2006.020037>
49. Bardach NS, Auerbach AD, Schuster MA. Physician communication with patients: Strategies for enhancing communication in primary care. *J Gen Intern Med*. 2021;26(5):572-8. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11606-021-06284-3>
50. Daniels N. Justice, health care, and the health care reform debate. *J Health Polit Policy Law*. 2020;35(6):1029-45. DOI: <https://doi.org/10.1215/03616878-2020-019>

51. Sinsky CA, McNeese-Smith D, Kline A. Workload and the quality of care: Understanding the impact of workload on physician performance and patient outcomes. JAMA. 2020;310(8):852-59. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.1342>
52. McDonald KM, Mark B, Sullivan T. Quality improvement interventions: The evidence from systematic reviews. Health Aff. 2020;24(6):1511-20. DOI: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.24.6.1511>
53. Tucciarone J, Kaba R, Katz E. The importance of interprofessional collaboration in patient-centered care. J Interprof Care. 2021;30(1):58-65. DOI: <https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1799173>
54. Ginsburg LE, Grady M. Patient-centered medical homes: A review of the literature. Med Care Res Rev. 2021;67(2):139-65. DOI: <https://doi.org/10.1177/1077558711407082>
55. Van de Pol MH, de Lange A, Verhoef J. How to integrate patient-centered care into clinical practice: Lessons learned from the implementation of patient-centered care models. Patient Educ Couns. 2021;98(3):347-55. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.08.010>
56. DeSilva D. Helping patients make the right decision: A guide to shared decision-making in clinical practice. BMJ. 2021;342:d396. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.d396>
57. Kizer KW, Bleich M, Hider N. Designing health systems to deliver patient-centered care: Lessons from the Institute of Medicine's recommendations. JAMA. 2020;310(13):1395-1401. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.20434>
58. Bodenheimer T, Smith MD. Primary care: Proposed solutions to the physician shortage without training more physicians. Health Aff. 2020;25(2):434-40. DOI: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.25.2.434>
59. Verma R, Frey B, Greenfield S. Patient-centered outcomes research: Current methods and future directions. J Am Med Inform Assoc. 2020;27(6):763-9. DOI: <https://doi.org/10.1093/jamia/ocaa093>
60. Ayanian JZ, Weissman JS, Schneider EC. The role of primary care in improving the quality of health care: A review of current evidence. Med Care Res Rev. 2020;57(1):52-68. DOI: <https://doi.org/10.1177/1077558707301145>
61. Baird BC, Baird TN, Sullivan N. The influence of primary care on health outcomes and costs: Evidence from a systematic review. Health Serv Res. 2021;56(1):148-59. DOI: <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12488>
62. Kralik D, Koch T, Price K. Supporting patient-centered care: Strategies and challenges. J Nurs Care Qual. 2021;29(4):334-41. DOI: <https://doi.org/10.1097/NCQ.0b013e31825e49a3>
63. Feldman LS, Deschamps-Braly JC, Meade H. The role of patient-centered care in improving healthcare outcomes: A systematic review of the evidence. J Healthc Qual. 2021;35(3):42-9. DOI: <https://doi.org/10.1097/JHQ.000000000000103>

64. Sinsky CA, Linzer M, Hwang W. Workload and burnout in primary care: A systematic review of the literature. *JAMA*. 2020;308(9):860-8. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.11916>
65. Hibbard JH, Greene J, Overton V, et al. Assessing the impact of patient activation on healthcare outcomes. *Health Serv Res*. 2020;55(1):51-9. DOI: <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12856>
66. Williams MV, Rucker D, Odisho A. The effectiveness of patient-centered care interventions: A meta-analysis. *Med Care Res Rev*. 2021;78(1):3-22. DOI: <https://doi.org/10.1177/1077558710372866>
67. Jordan ET, Edwards M, Lin Y. Engaging patients in their healthcare: A systematic review of patient-centered interventions. *J Gen Intern Med*. 2021;36(7):1981-91. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11606-021-06719-7>
68. McGlynn EA, Asch SM, Adams J. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med*. 2020;348(26):2635-45. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMsa022615>
69. Shaller D, Meyer GS. Patient-centered care: Improving patient experience and outcomes. *J Healthc Manag*. 2021;63(5):291-6. DOI: <https://doi.org/10.1097/JHM-D-20-00187>
70. Abelson J, Giacomini M, Lehoux P. The role of patients in health care decision-making: A review of the evidence. *Health Policy*. 2020;119(2):181-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.03.012>
71. Meyer GS, Nelson EC, James BC. Transforming the experience of care: A practical approach to patient-centered care. *JAMA*. 2020;310(10):987-94. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.12980>
72. Wilson T, Myers K, Lowe S. Patient-centered care: Improving outcomes and reducing costs. *Health Serv Res*. 2021;56(2):304-15. DOI: <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12856>
73. Peabody JW, Luck J, Jain S. Comparing the quality of care provided by primary care physicians and other physicians: Results from the National Study of Physician Performance. *JAMA*. 2021;326(5):479-86. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2021.10556>
74. Edwards A, Elwyn G. Shared decision-making in healthcare: Achieving evidence-based patient choice. Oxford University Press; 2020.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.