



ACCESO ABIERTO

EDITADO POR

Rosaria Indah,
Universidad Syiah Kuala, Indonesia

REVISADO POR

Monika Elisabeth Finger,
Swiss Paraplegic Research, Suiza
Roslina Othman,
Universidad Islámica Internacional de
Malasia

*CORRESPONDENCIA

Huigang Liang

✉ hliang1@memphis.edu

Guangjun Yu

✉ guangjunyu@cuhk.edu.cn

Zhiruo Zhang

✉ zhangzhiruo@sjtu.edu.cn

Estos autores han contribuido a partes iguales a este trabajo y comparten la primera autoría

RECIBIDO el 19 de enero de 2023

ACEPTADA 19 de septiembre de 2023

PUBLICADO el 19 de octubre de 2023

CITACIÓN

Yu C, Xian Y, Jing T, Bai M, Li X, Li J, Liang H, Yu G y Zhang Z (2023) Más

atención centrada en el paciente, mejor atención sanitaria: la asociación entre la atención centrada en el paciente y los resultados de la atención sanitaria en pacientes hospitalizados.

Front. Public Health 11:1148277.

doi: 10.3389/fpubh.2023.1148277

COPYRIGHT

2023 Yu, Xian, Jing, Bai, Li, Liang, Yu y Zhang. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la [Licencia de Atribución Creative Commons \(CC BY\)](#). Se permite su uso, distribución o reproducción en otros foros, siempre que se cite al autor o autores originales y al propietario o propietarios de los derechos de autor y que se cite la publicación original en esta revista, de acuerdo con la práctica académica aceptada. No se permite ningún uso, distribución o reproducción que no cumpla estas condiciones.

Más atención centrada en el paciente, mejor asistencia sanitaria: la asociación entre la atención centrada en el paciente y los resultados sanitarios en pacientes hospitalizados

Chenhao Yu^{1†}, Yun Xian^{1†}, Tiantian Jing¹, Mayangzong Bai¹, Xueyuan Li², Jiahui Li³, Huigang Liang^{4*}, Guangjun Yu^{1,5*} y Zhiruo Zhang^{*1}

¹School of Public Health, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai, China, ²Health Commission of Shanghai Huangpu, Shanghai, China, ³Shanghai Municipal Center for Disease Control and Prevention, Shanghai, China, ⁴Department of Business and Information Technology, Fogelman College of Business and Economics, University of Memphis, Memphis, TN, United States, ⁵School of Medicine, The Chinese University of Hong Kong, Shenzhen, Guangdong, China

Objetivo: El objetivo de este estudio es explorar la asociación entre la atención centrada en el paciente (ACP) y los resultados de la atención sanitaria hospitalaria, incluyendo el estado de salud física y mental autoinformado, la necesidad subjetiva de hospitalización y los comportamientos de demanda inducidos por el médico.

Métodos: Se realizó una encuesta transversal para evaluar la atención centrada en el paciente entre los pacientes hospitalizados en hospitales integrales a través de códigos QR después del alta desde septiembre de 2021 hasta diciembre de 2021 y contó con 5,222 encuestados en Jiayuguan, Gansu. El cuestionario incluía una versión traducida de 6 ítems del cuestionario PCC, comportamientos inducidos por el médico y características sociodemográficas de los pacientes, incluidos el sexo, el registro del hogar, la edad y los ingresos. Se realizaron análisis de regresión logística para evaluar si la CCP promovía la salud autodeclarada, la necesidad subjetiva de hospitalización y la disminución de la demanda inducida por el médico. Se aplicaron las interacciones entre la CCP y el registro del hogar para evaluar el efecto de la diferencia entre recursos sanitarios adecuados e inadecuados.

Resultados: La PCC promovió la salud física (OR = 4,154, $p < 0,001$) y mental (OR = 5,642, $p < 0,001$) autodeclarada por el paciente y la necesidad subjetiva de hospitalización (OR = 6,160, $p < 0,001$). Mientras tanto, la CCP redujo la demanda inducida por el médico al aconsejar comprar medicamentos fuera (OR = 0,415, $p < 0,001$), pagar en el ambulatorio (OR = 0,349, $p < 0,001$), emitir recetas y pruebas médicas innecesarias o repetidas (OR = 0,320, $p < 0,001$) y requerir el alta y el reingreso (OR = 0,389, $p < 0,001$).

Conclusiones: Al mejorar los resultados sanitarios de los pacientes hospitalizados y reducir el riesgo de demanda inducida por el médico, la CCP puede beneficiar tanto a los pacientes como a los sistemas de seguros sanitarios. Por lo tanto, la CCP debería implantarse en los centros sanitarios.

PALABRAS CLAVE

atención centrada en el paciente, demanda inducida por el médico, tasas y honorarios, gasto sanitario, sostenibilidad del seguro sanitario

Introducción

La OMS aboga por una atención sanitaria centrada en el paciente (APC) (1), que tenga en cuenta las perspectivas de los pacientes y los efectos psicológicos e interpersonales durante el tratamiento (2). A pesar de las diferentes definiciones de CPC (3), el núcleo para lograr la CPC es informar e implicar a los pacientes en la asistencia sanitaria (4). La participación de los pacientes desplaza el centro de atención sanitaria de la enfermedad al paciente, lo que favorece su bienestar (2).

Se ha demostrado que la CCP mejora los resultados de la atención sanitaria en diversas enfermedades crónicas, como la depresión y los trastornos de ansiedad (5-7), la gestión del riesgo cardiovascular (8-11), la diabetes (12-15) y las conductas adictivas (16). Entre los beneficios de la CCP se incluye la mejora del compromiso del paciente, que puede conducir a mejores resultados del tratamiento y a una reducción de los costes. La CCP también permite integrar la participación de equipos multidisciplinares y la gestión de nutrientes, que pueden desempeñar un papel más importante en la gestión de las enfermedades crónicas (17-20).

Sin embargo, algunos estudios han descubierto que la CCP no tiene un impacto significativo en el estado de salud. Por ejemplo, Spall et al. (21) descubrieron que el tratamiento con CCP no disminuía la tasa de readmisión de pacientes con insuficiencia cardíaca. Ma et al. (22) también descubrieron que la TCC mejoraba la autoeficacia de los pacientes diagnosticados de diabetes, pero el estado de salud seguía siendo el mismo que el del grupo de control.

Estos resultados sugieren que el impacto de la CCP en el estado de salud puede variar en función de la población de pacientes. Por ejemplo, la CCP puede ser más eficaz en pacientes con afecciones psicológicas, como ansiedad o depresión. También es posible que la heterogeneidad de los pacientes en los ensayos controlados aleatorizados (ECA) haya limitado la capacidad de detectar un efecto significativo de la CCP sobre el estado de salud. Por ejemplo, los ECA pueden excluir a pacientes que tienen más probabilidades de beneficiarse de la CCP, como los adultos mayores (21, 23).

En general, las pruebas sobre el impacto de la CCP en el estado de salud son contradictorias. Por lo tanto, sigue siendo esencial estudiar la asociación entre el CCP y el estado de salud, así como la necesidad subjetiva de utilización de asistencia sanitaria en la población. Teniendo en cuenta que el papel del CCP se realiza a través de todos los aspectos de la vida diaria de los pacientes, nos centramos en el estado de salud autodeclarado por los pacientes y en la necesidad subjetiva de hospitalización. Estos indicadores no sólo son cómodos de recopilar, sino que también son fiables para predecir los comportamientos de los pacientes (24, 25).

En el marco de la Organización Mundial del Comercio (OMC), también debe tenerse en cuenta el coste social de la asistencia sanitaria (26). Algunos estudios sobre la CPC en poblaciones se han centrado en el coste del tratamiento, lo que ha llevado a conclusiones contradictorias sobre los efectos financieros de la CPC. Por ejemplo, Liang et al. (23) revisaron la CCP en la atención oncológica y descubrieron que la CCP reducía la utilización de la atención hospitalaria y el coste. Sin embargo, los efectos positivos globales no fueron estadísticamente significativos.

Kohler et al. (27) también descubrieron que la CCP fomentaba la utilización de la asistencia sanitaria en atención primaria y

urgencias. David et al. (28) propusieron que los resultados contradictorios pueden deberse a la heterogeneidad de las poblaciones de pacientes. Descubrieron que la CCP tenía efectos diferenciales en distintas poblaciones de pacientes.

Desde la perspectiva de la asimetría de información entre pacientes y médicos (29), el enfoque centrado en el paciente puede ayudar a reducir la asimetría de información entre pacientes y médicos, lo que puede conducir a una asistencia sanitaria más eficaz.

En un enfoque centrado en el paciente, el médico proporciona al paciente más información sobre su plan de tratamiento y su enfermedad. Esto ayuda a llenar el vacío de información entre el paciente y el médico (2), lo que puede conducir a una mejor toma de decisiones. Por lo tanto, un enfoque centrado en el paciente puede ayudar a reducir la demanda inducida por el médico y los comportamientos egoístas de los pacientes. La demanda inducida por el médico se produce cuando éste solicita pruebas o procedimientos innecesarios porque cree que el paciente los querrá.

De acuerdo con la normativa del seguro de asistencia sanitaria chino, nos centramos en cuatro posibles conductas de infracción del seguro de asistencia sanitaria, es decir, aconsejar comprar medicamentos fuera, pagar en el ambulatorio, emitir recetas y pruebas médicas innecesarias o repetidas, y exigir el alta y la readmisión. Nos centramos en estos comportamientos por dos razones principales. En primer lugar, los médicos pueden tener un incentivo económico para hacerlo. Pueden tener una relación interesante con una farmacia concreta y recibir comisiones u otros beneficios por remitir pacientes a esa farmacia. En segundo lugar, los médicos pueden estar motivados por métricas de rendimiento. La proporción de medicamentos prescritos por un médico se utiliza a menudo como indicador clave de rendimiento (KPI). Si un médico quiere mejorar el KPI, puede verse tentado a aconsejar a los pacientes que compren los medicamentos fuera del hospital, aunque no sea lo mejor para el paciente. Mientras tanto, la duración media de la estancia hospitalaria también es un KPI; de ahí que el médico pueda tener la tentación de aconsejar a los pacientes que paguen en el ambulatorio y exijan el alta y la readmisión.

Centrarse en el gasto causado por la demanda inducida por el médico tiene dos ventajas frente a la comparación directa del gasto. Por un lado, los gastos sanitarios pueden variar debido al estado físico del paciente y a las técnicas de diagnóstico, lo que dificulta la comparación directa de los gastos entre distintos pacientes (23). Además, el gasto causado por la demanda inducida por el médico puede identificarse mediante los comportamientos específicos prohibidos por la normativa, lo que evita la necesidad de una comparación directa de los gastos. Por otro lado, la reducción de la demanda inducida por el médico es una cuestión más crítica para la sostenibilidad del seguro sanitario (30). Por lo tanto, nos centramos en si el CCP puede reducir el gasto causado por el fraude en los seguros de asistencia sanitaria.

En resumen, este estudio exploró si la CCP podía promover el estado de salud autoinformado por los pacientes y la necesidad subjetiva de hospitalización y reducir la demanda inducida por el médico.

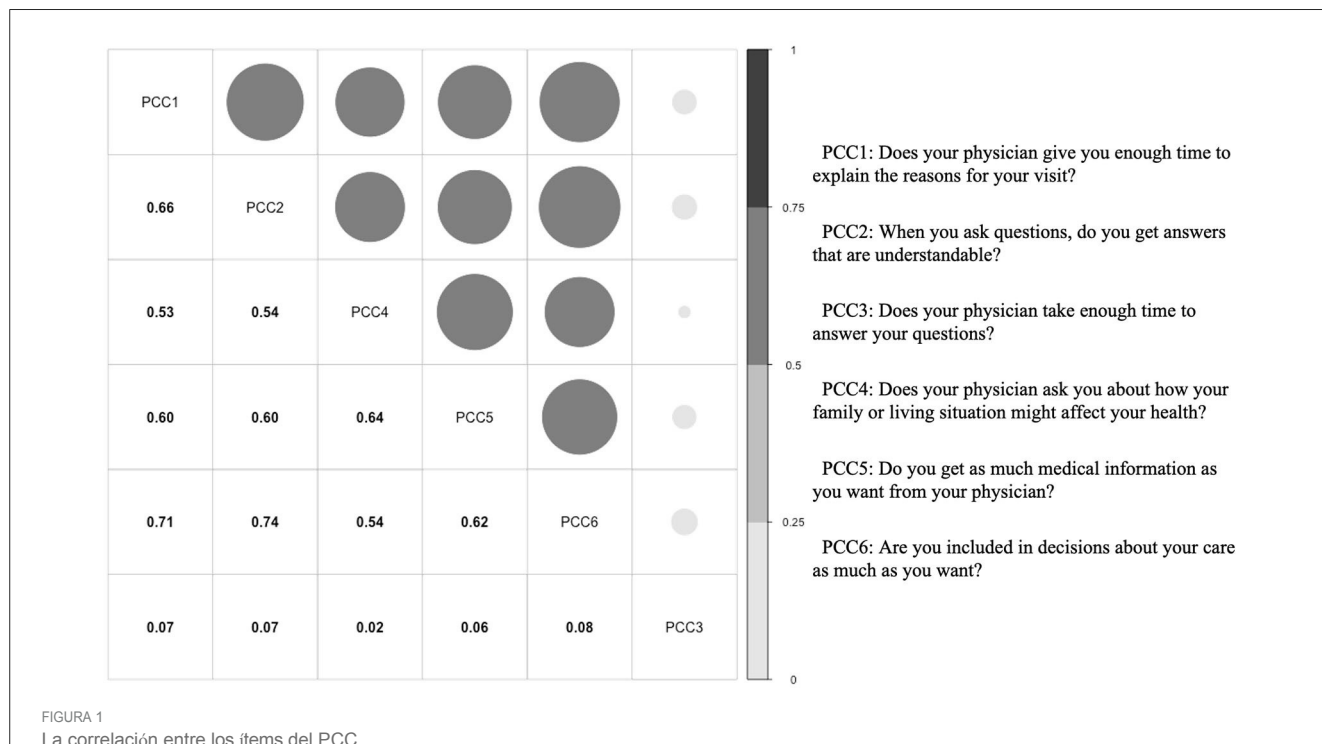
Métodos

Diseño del estudio y participantes

El estudio se llevó a cabo en los hospitales secundarios y terciarios de Jiayuguan, una ciudad a nivel de prefectura en el noroeste de la provincia china de Gansu, con 312.000 residentes. Para mantener la representatividad de la muestra, este estudio incluye a los pacientes hospitalizados de los hospitales terciarios (de referencia terciaria) y secundarios (regionales o de distrito) integrales de Jiayuguan.

En este estudio se distribuyeron cuestionarios entre los pacientes hospitalizados (n

= 5.222) mediante la colocación de códigos QR. La encuesta del estudio se llevó a cabo de septiembre de 2021 a diciembre de 2021. Se eliminaron los cuestionarios incompletos ($n = 23$). Ética de la investigación



Se obtuvo la aprobación de la Facultad de Medicina de la Universidad Jiao Tong de Shanghai (código de protocolo STUPN-202203). Todos los participantes dieron su consentimiento informado antes de comenzar el estudio.

participantes eran pacientes hospitalizados, y los cuestionarios fueron

Descripción de las variables

Para evaluar la atención centrada en el paciente se utilizó una versión traducida de la escala de atención centrada en el paciente de 6 ítems desarrollada por Keating et al. (31). La escala utiliza una escala Likert de cinco puntos, que va de 1 (nunca) a 5 (siempre), para evaluar el grado en que los pacientes están de acuerdo con las afirmaciones sobre su atención. Uno de los ítems, "¿Su médico dedica suficiente tiempo a responder a sus preguntas?", se eliminó de la escala por dos razones. En primer lugar, las enfermeras pasan más tiempo comunicándose directamente con los pacientes hospitalizados, por lo que la comunicación entre pacientes y médicos puede competir con la comunicación entre pacientes y enfermeras (32, 33). En segundo lugar, el alfa de Cronbach de la escala aumentó de 0,53 a 0,88 después de eliminar este ítem, y éste tenía una correlación muy baja con los demás ítems (detallada en la figura 1). La puntuación media se utilizó para reflejar el nivel de CCP percibido por el paciente, y las puntuaciones más altas representaban una mayor CCP. La escala de 6 ítems también se implementó en el documento suplementario para mejorar la solidez del estudio (véanse los detalles en las Tablas suplementarias 1, 2).

El estado de salud auto-declarado se evaluó mediante tres preguntas: "¿Cómo calificaría su salud física/mental actual?" y "¿Hasta qué punto cree que es necesaria su hospitalización?". Las preguntas se respondieron en una escala de 1 (totalmente en desacuerdo/muy mal) a 5 (totalmente de acuerdo/muy bien). Los

Yu et al. recogidos cuando cumplimentaban los trámites de alta. Por tanto, el estado de salud autodeclarado puede utilizarse para medir el efecto de la asistencia sanitaria.

Para evaluar la demanda inducida por el médico (34), hemos recogido información sobre si el médico realizaba las siguientes conductas prohibidas por la normativa, es decir, aconsejar comprar medicamentos fuera, pagar en el ambulatorio, emitir recetas y pruebas médicas innecesarias o repetidas, y exigir el alta y la readmisión.

Las variables de control incluyen los tipos de registro de los hogares (0 = registro de hogares agrícolas, 1 = registro de hogares no agrícolas) que no sólo afectan indirectamente a la ocupación o al sector laboral, pero también al tipo de seguro médico de los pacientes hospitalizados, al sexo (0 = hombre, 1 = mujer), a la edad, al nivel de estudios (0 = terminó (o no) la escuela primaria, 1 = primer ciclo de secundaria, 2 = escuela secundaria o instituto, 3 = universidad, 4 = licenciatura, 5 = máster, y 6 = doctorado), estado civil (0 = soltero, 1 = casado, 2 = divorciado y 3 = viudo) e ingresos medios anuales (0 = inferiores a 2.800 yuanes, 1 = 2.801-10.000 yuanes, 2 = 10.001-30.000 Yuan, 3 = 30.001-100.000 Yuan, 4 = 100.001-300.000 Yuan, y 5 = más de 300.001 yuanes).

Esquema analítico

Se aplicaron regresiones logísticas múltiples para estimar el efecto del CCP. Se utilizaron el estado de salud y la necesidad percibida para la utilización de asistencia sanitaria como variables binarias, con un valor de 1 que indicaba una respuesta de >3 (35). Para tener en cuenta

TABLA 1 Estadísticas descriptivas (N= 5.199).

Variable	Media	Desv. Desv.	Min	Max
PCC1	4.796	0.478	1	5
PCC2	4.824	0.451	1	5
PCC3	3.627	1.686	1	5
PCC4	4.741	0.572	1	5
PCC5	4.766	0.524	1	5
PCC6	4.822	0.45	1	5
Media de PCC (5 ítems)	4.79	0.411	1	5
Media de PCC (6 ítems)	4.596	0.458	1.667	5
Edad	48.762	14.808	18	97
	Porcentaje (%)	Desv. Desv.	Min	Max
Estado de salud física	76.3%	0.425	0	1
Estado de salud mental	90.0%	0.3	0	1
Necesidad subjetiva de hospitalización de los pacientes (NSP)	99.7%	0.052	0	1
Aconsejar comprar medicamentos fuera (ABM)	5.80%	0.233	0	1
Pagar en el ambulatorio (PO)	6.10%	0.239	0	1
Expedición de recetas y pruebas médicas innecesarias o repetidas (IU)	2.00%	0.14	0	1
Requisito de alta y readmisión (RDR)	1.6%	0.126	0	1
Empadronamiento (0 = Agrícola)	76.1%	0.426	0	1
Ingresos (yuanes)
< 2,800	14.9%	0.356	0	1
2,801 ~ 10,000	29.1%	0.454	0	1
10,001 ~ 30,000	22.2%	0.416	0	1
30,001 ~ 100,000	28.4%	0.451	0	1
100,001 ~ 300,000	5.0%	0.218	0	1
Más de 300.000	0.40%	0.063	0	1
Sexo (0 = Masculino)	47.6%	0.499	0	1
Estado civil (0 = soltero)	93.6%	0.254	0	1
Educación
<= Escuela primaria	10.1%	0.301	0	1
Escuela secundaria	20.4%	0.403	0	1
Bachillerato o secundaria	29.5%	0.456	0	1
Universidad	24.9%	0.432	0	1
Licenciatura	14.4%	0.351	0	1
Máster	0.5%	0.073	0	1
Doctorado	0.1%	0.037	0	1
Seguro de enfermedad (0 = No)	93.2%	0.251	0	1

para las características de grupo de los distintos hospitales durante la recogida de datos, se controló el efecto aleatorio de los distintos hospitales y se utilizó un estimador robusto de conglomerados (36) agrupando con el hospital. Todos los análisis estadísticos se realizaron en R 4.1.1 con los paquetes psych 2.2.9 y RMS 6.4-0.

Resultados

Estadísticas descriptivas

El estatus socioeconómico de los participantes se presenta en la [Tabla 1](#). La mayoría de los participantes eran mujeres (52,4%) y

TABLA 2 Asociación entre PCC y estado de salud y necesidad subjetiva de hospitalización.

	Variable dependiente					
	PHS	MHS	PSN	PHS	MHS	PSN
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
PCC	4.154***	5.642***	6.160***	7.169***	10.552***	5.965***
	(0.064)	(0.037)	(0.118)	(0.052)	(0.075)	(0.030)
Edad	0.978***	0.986***	0.968***	0.978***	0.986***	0.968***
	(0.007)	(0.006)	(0.024)	(0.007)	(0.006)	(0.023)
Empadronamiento	0.733***	0.698***	1.704***	19.452***	26.081***	1.367***
	(0.049)	(0.080)	(0.654)	(0.673)	(0.328)	(0.238)
Ingresos	1.022***	1.206***	0.864***	1.024***	1.208***	0.861***
	(0.060)	(0.011)	(0.144)	(0.059)	(0.012)	(0.154)
Género	0.968***	1.030***	0.929***	0.974***	1.043***	0.928***
	(0.135)	(0.053)	(0.221)	(0.132)	(0.050)	(0.218)
Estado civil	0.826**	0.809**	3.855***	0.819**	0.789**	3.834***
	(0.386)	(0.316)	(0.238)	(0.386)	(0.320)	(0.222)
Educación	0.962***	1.083***	0.909***	0.962***	1.082***	0.914***
	(0.014)	(0.028)	(0.347)	(0.014)	(0.029)	(0.333)
Seguro de enfermedad	1.624***	1.309***	0.743	1.715***	1.410***	0.727
	(0.205)	(0.240)	(0.597)	(0.213)	(0.262)	(0.656)
Residencia PCC *				0.497***	0.449***	1.057***
				(0.137)	(0.084)	(0.183)
Constante	0.018	0.005	0.137	0.001	0.0003	0.154
	(0.384)	(0.227)	(1.083)	(0.221)	(0.437)	(1.424)
Observaciones	5,199	5,199	5,199	5,199	5,199	5,199
Adj-R ²	0.161	0.169	0.200	0.165	0.173	0.200

Los *P < 0,01, **P < 0,01, ***P < 0,01. Los valores entre paréntesis son los errores estándar robustos agrupados. PHS: estado de salud física; MHS: estado de salud mental; PSN: necesidad subjetiva de hospitalización de los pacientes; PCC: atención centrada en el paciente.

residentes urbanos (76,1%). La edad media era de 48,76 años. La mayoría de los participantes tenían unos ingresos anuales inferiores a 100.000 yuanes. Sólo el 6,7% de los participantes carecía de seguro médico público. (4-6) de la Tabla 2, tenemos

La asociación entre la atención centrada en el paciente y el estado de salud

La Tabla 2 presenta la asociación entre el PCC y el estado de salud. Sobre la base de la identificación, PCC jugó como un factor de protección para estado de salud física autodeclarado (OR = 4,154; $p < 0,001$) y estado de salud mental autodeclarado (OR = 5,642; $p < 0,001$). CCP también favorece la necesidad subjetiva de hospitalización del paciente (OR = 6,160; $p < 0,001$).

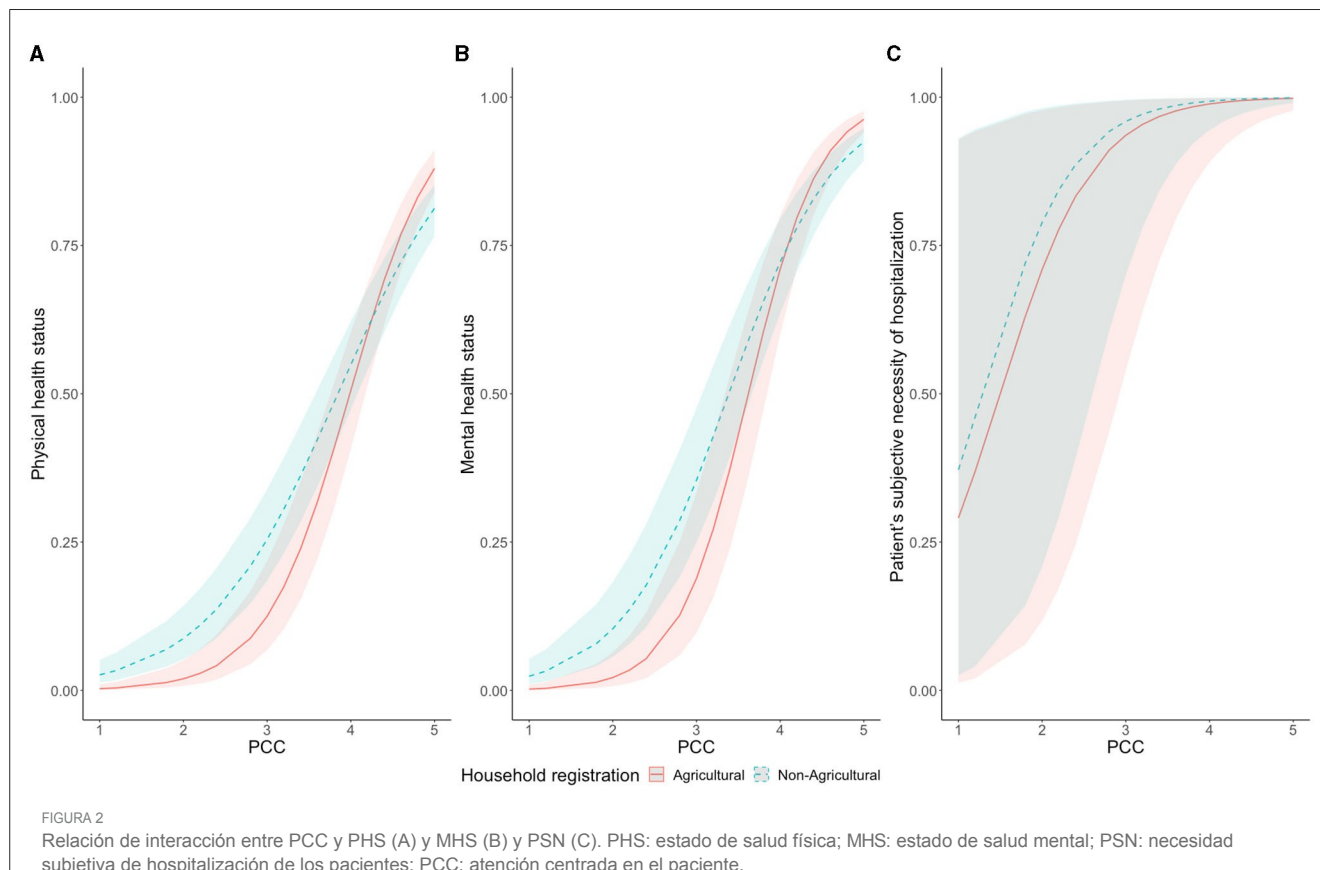
Hemos observado que el estado de empadronamiento de los hogares sobre los tres resultados. Esto nos llevó a estimar si el estado de empadronamiento interactuaba con la atención centrada en el paciente (ACP). Como se muestra en la Figura 2 y en las columnas Fronteras de la salud pública

Yu et al. descubrieron que cuando la puntuación media del PCC era superior a 4, la salud física y mental autodeclarada de los residentes urbanos era inferior a la de las personas empadronadas en hogares agrícolas.

La asociación entre la atención centrada en el paciente y la demanda inducida por el médico

La [Tabla 3](#) muestra la asociación entre el PCC y la demanda inducida por médicos. Una puntuación más alta del CCP se asoció con una menor probabilidad de demanda inducida por el médico. En particular, el papel del CCP fue estrecho y suficiente en las cuatro violaciones del seguro de enfermedad. Desde la perspectiva de la comparación de la escala de coeficientes, el CCP podría evitar que los médicos expidieran recetas y pruebas médicas innecesarias o repetidas ($OR = 0,320, p < 0,001$), lo que era más relevante para el interés propio del médico. También se observó que

El estado civil podría modificar el comportamiento de los médicos. Los pacientes casados tenían más posibilidades de que se les aconsejara comprar los medicamentos fuera ($OR = 1,385, p < 0,001$) o pagar en el ambulatorio



(OR = 3,221, $p < 0,001$), que solía realizar el cónyuge de la paciente.

Debate

Este estudio llevó a cabo una amplia encuesta de población en pacientes hospitalizados en Jiayuguan para explorar la asociación entre la atención centrada en el paciente (PCC), el estado de salud autoinformado de los pacientes, la necesidad subjetiva de hospitalización y la demanda inducida por el médico. El estudio halló que la atención centrada en el paciente se asociaba con una mejora del estado de salud autodeclarado ($ps < 0,001$) y una reducción de la demanda inducida por el médico ($ps < 0,001$). Estos resultados aportan nuevas pruebas sobre la controversia acerca del efecto de la CCP en la mejora del estado de salud y la información asimétrica entre médicos y pacientes.

La atención centrada en el paciente mejora el estado de salud autodeclarado

A diferencia de estudios anteriores que se centraban en cómo formular un plan de CCP y sus efectos (37-39), nuestro estudio proporciona una perspectiva macro sobre el efecto de la CCP. Descubrimos que, en general, el PCC puede mejorar el estado de salud de los pacientes y su necesidad subjetiva de hospitalización. Basándonos en las numerosas muestras de Jiayuguan, podemos predecir que la asociación entre el estado de salud y la CCP puede generalizarse a diferentes tipos de enfermedades. Además, nuestros

Los resultados sugieren que la CPC puede beneficiar no sólo a las enfermedades crónicas, sino también a otras enfermedades, al implicar a los pacientes en su plan de atención sanitaria y proporcionarles más información y apoyo emocional. A medida que aumenta el número de pacientes con múltiples enfermedades debido al envejecimiento y a las enfermedades crónicas más jóvenes, la orientación de la asistencia sanitaria debe pasar de centrarse en la enfermedad a centrarse en el paciente (40).

El CCP también se considera una herramienta clave para reducir las disparidades sanitarias (41-43). Teniendo en cuenta la gran diferencia en el PIB per cápita entre Jiayuguan y la provincia de Gansu, probamos los diferentes efectos del CCP entre los distintos niveles de estatus socioeconómico (NSE). Utilizamos el registro de hogares como moderador para distinguir entre NSE alto y NSE bajo. Descubrimos que, aunque el CCP puede mejorar la salud física y mental autodeclarada de los pacientes hospitalizados, el efecto se redujo en el grupo de hogares no agrícolas registrados. Esta diferencia podría deberse al efecto de maldición de la educación

(44) en la asistencia sanitaria, en la que las personas con mayores conocimientos sanitarios o mejor acceso a los recursos médicos pueden clasificar un peor efecto del tratamiento durante el autoinforme. En el caso de los pacientes hospitalizados con empadronamiento no agrario, debido a prejuicios del pasado (45), los pacientes con exceso de cuidados se consideran una especie de cuidados paliativos, lo que hace que el efecto de la CCP sea menor que en los pacientes hospitalizados con empadronamiento agrario.

Teniendo en cuenta la tendencia epidemiológica de las enfermedades crónicas (46-48) y la situación actual de desequilibrio de los recursos médicos, creemos que la enseñanza

de la CCP en la educación médica se convertirá en una herramienta importante para afrontar los retos futuros.

10.3389/fpubh.2023.1148277

TABLA 3 Asociación entre el CCP y la demanda inducida por el médico.

	Variable dependiente			
	ABM	PO	IU	RDR
	(1)	(2)	(3)	(4)
PCC	0.415***	0.349***	0.320***	0.389***
	(0.050)	(0.064)	(0.064)	(0.077)
Edad	0.984***	0.958***	0.998***	1.006***
	(0.002)	(0.006)	(0.013)	(0.011)
Empadronamiento	0.973***	0.767***	0.579	0.555
	(0.187)	(0.277)	(0.376)	(0.385)
Ingresos	0.820***	0.909***	0.835***	0.834***
	(0.032)	(0.027)	(0.042)	(0.056)
Género	0.911***	0.699***	0.704***	0.616***
	(0.010)	(0.142)	(0.054)	(0.129)
Estado civil	1.385***	3.221***	0.431***	0.336***
	(0.204)	(0.196)	(0.156)	(0.068)
Educación	0.924***	0.963***	0.729***	0.746***
	(0.013)	(0.049)	(0.112)	(0.113)
Seguro de enfermedad	1.848***	1.845***	2.308***	2.687***
	(0.144)	(0.092)	(0.156)	(0.150)
Constante	8.211***	18.798***	43.927***	12.920***
	(0.287)	(0.307)	(1.001)	(0.457)
Observaciones	5,199	5,199	5,199	5,199
Adj-R ²	0.086	0.139	0.158	0.153

*p < 0,01, **p < 0,01, ***p < 0,01. Los valores entre paréntesis son los errores estándar robustos agrupados. ABM, Aconsejar comprar medicamentos fuera; PO, Pagar en el ambulatorio; IU, Emitir recetas y pruebas médicas innecesarias o repetidas; RDR, Exigir el alta y readmitir; PCC, Atención centrada en el paciente.

en el paciente -implicar a los pacientes para que participen en las decisiones de tratamiento- para explicar la razón por la que el PCC se relaciona con

La atención centrada en el paciente reduce la demanda inducida por el médico

El desarrollo de la CCP ha sido criticado por algunos por la posibilidad de que médicos u hospitales traten a los pacientes como consumidores (49), aprovechándose de la información asimétrica para inducir servicios médicos innecesarios (50). Sin embargo, las pruebas sobre si la CCP reduce la demanda inducida por los médicos son contradictorias. Creemos que los resultados contradictorios de estudios anteriores se deben probablemente a dos factores (23): (1) el plan de tratamiento de un paciente determinado es muy individualizado y (2) los métodos de tratamiento a disposición de los pacientes pueden variar en función de la tecnología médica disponible. Para abordar estos factores, nos hemos centrado en una identificación típica de cuatro comportamientos específicos regulados por la normativa médica en China. Desde la perspectiva del gasto sanitario, este estudio aportó pruebas empíricas que apoyan que el plan PCC conduce a menos comportamientos de demanda inducidos por los médicos que ya han sido enumerados en la normativa y a menos gastos innecesarios. De acuerdo con el marco de la información asimétrica, utilizamos el concepto central de la atención centrada

En 2021, los fondos de violación del seguro médico alcanzaron los 23.418 millones de yuanes (51). Incorporar la CPC a la formación y la práctica médicas puede mejorar el bienestar de los pacientes y la sostenibilidad del seguro médico. Sin embargo, la exigencia y la educación de la CPC pueden provocar el agotamiento laboral (52) de los médicos. Para solucionarlo, a corto plazo, el ahorro de gastos de la PCC puede utilizarse para ampliar los recursos asistenciales y laborales de los médicos. Esto puede hacerse mediante planes de incentivos que recompensen a los médicos por fomentar la comunicación y el trabajo duro (53). Además, a largo plazo, formar una cultura organizativa centrada en el paciente (54) y proporcionar seguridad psicológica y apoyo organizativo percibido (55) también pueden ser métodos eficaces para promover la CPC en la práctica.

Aunque la identificación del efecto protector del CCP ha utilizado la regulación médica china, todavía podemos predecir que la contradicción del CCP en la demanda inducida por el médico y el gasto médico podría excavar más eliminando el gasto de la innovación tecnológica. Nuestro resultado es coherente con la investigación a largo plazo sobre el efecto de la Ley de Asistencia Asequible en Estados Unidos (56). Por lo tanto, podríamos predecir que la CCP tendría un efecto generalizado en la reducción de la demanda inducida por los médicos en diferentes países; sin embargo, los efectos a corto plazo se ocultan fácilmente, y es necesario identificar sus efectos a largo plazo.

Basándonos en la discusión anterior, creemos que la investigación futura puede seguir avanzando desde los tres aspectos siguientes. En primer lugar, el mecanismo psicológico para interpretar la razón por la que la CCP promovería el estado de salud mental y física y la necesidad subjetiva de hospitalización del paciente excavaría la causalidad de los beneficios de la CCP. En segundo lugar, es esencial explorar métodos de comunicación más eficientes basados en la atención centrada en el paciente para promover la viabilidad de la atención ambulatoria. En tercer lugar, explorar la forma de reducir los efectos secundarios de la CCP como demanda laboral desde el aspecto organizativo promovería el bienestar de los médicos y haría práctica la CCP.

Limitaciones

Aunque se ha realizado un amplio estudio y hemos indicado la asociación, aún merece la pena seguir explorando el mecanismo por el que la CCP reduce la información asimétrica entre pacientes y médicos.

Además, aunque este estudio ha llevado a cabo una amplia encuesta sobre el CCP, no podemos garantizar que la endogeneidad se elimine por completo. Estas endogeneidades pueden deberse a la selección de las ciudades de muestreo y al grado de cooperación de los pacientes en el proceso de muestreo aleatorio. Además, la existencia de diferencias entre pacientes hospitalizados y ambulatorios también afectará a la generalizabilidad de los resultados de este estudio.

Conclusión

Este estudio aporta pruebas de que la atención centrada en el paciente (ACP) es un enfoque eficaz y beneficioso para los pacientes ingresados en hospitales integrales. Demuestra que la

bienestar físico y mental, aumentar su necesidad subjetiva de hospitalización y reducir las intervenciones médicas innecesarias o inadecuadas por parte de los médicos. El estudio también sugiere que la CPC puede tener efectos diferentes en función de la disponibilidad de recursos sanitarios en las distintas regiones. Por lo tanto, la CPC debe promoverse y adaptarse al contexto local y a las necesidades de los pacientes. Estos hallazgos hacen un llamamiento para reforzar la investigación y la evidencia sobre la CCP, apuntalando la práctica, la política y la transformación del sistema. La adopción de la CCP no sólo proporcionaría una mejor asistencia sanitaria, sino también una asistencia sanitaria rentable, lo que impulsaría el desarrollo del rendimiento del sistema sanitario ante el envejecimiento de la población y las restricciones presupuestarias.

Declaración de disponibilidad de datos

Los autores facilitarán sin reservas los datos brutos en los que se basan las conclusiones de este artículo.

Declaración ética

Los estudios con seres humanos fueron aprobados por la Facultad de Medicina de la Universidad Jiao Tong de Shanghai. Los estudios se realizaron de acuerdo con la legislación local y los requisitos institucionales. Los participantes dieron su consentimiento informado por escrito para participar en este estudio.

Contribuciones de los autores

CY, YX, HL, GY y ZZ: diseño y realización del estudio. CY y HL: metodología. TJ, XL, JL y MB: tratamiento de datos. CY y YX: análisis, validación y redacción del borrador original.

Referencias

1. Lehman BJ, David DM, Gruber JA. Replanteamiento del modelo biopsicosocial de la salud: Understanding health as a dynamic system. *Soc Pers Psychol Compass*. (2017) 11:e12328. doi: 10.1111/spc3.12328
2. Santana MJ, Manalili K, Jolley RJ, Zelinsky S, Quan H, Lu M. Cómo practicar la atención centrada en la persona: un marco conceptual. *Health Expect*. (2018) 21:429-40. doi: 10.1111/hex.12640
3. Håkansson Eklund J, Holmström IK, Kumlin T, Kaminsky E, Skoglund K, Högländer J, et al. "¿Igual o diferente?" Una revisión de las revisiones de la atención centrada en la persona y en el paciente. *Patient Educ Counsel*. (2019) 102:3-11. doi: 10.1016/j.pec.2018.08.029
4. Epstein RM, Fiscella K, Lesser CS, Stange KC. Why the nation needs a policy push on patient-centered health care. *Health Aff*. (2010) 29:1489-95. doi: 10.1377/hlthaff.2009.0888
5. Schwedt TJ, Hentz JG, Sahai-Srivastava S, Murinova N, Spare NM, Treppendahl C, et al. Patient-centered treatment of chronic migraine with medication overuse: a prospective, randomized, pragmatic clinical trial. *Neurology*. (2022) 98:e1409-21. doi: 10.1212/WNL.000000000000117
6. Bayliss EA, Ellis JL, Shoup JA, Zeng C, McQuillan DB, Steiner JF. Association of patient-centered outcomes with patient-reported and ICD-9- based morbidity measures. *Annal Family Med*. (2012) 10:126-33. doi: 10.1370/afm.1364
7. Pinho LG de, Lopes MJ, Correia T, Sampaio F, Arco HR, Mendes A, et al. Atención centrada en el paciente para pacientes con depresión o trastorno de ansiedad: una revisión integradora. *J Pers Med*. (2021) 11:776. doi: 10.3390/jpm11080776
8. Thomas RJ, Beatty AL, Beckie TM, Brewer LC, Brown TM, Forman DE, et al.

preparación. CY, YX, JL, TJ y MB: discusión. HL, GY y ZZ: supervisión. Todos los autores contribuyeron al artículo y aprobaron la versión presentada.

Agradecimientos

Los autores desean dar las gracias a todos los participantes en el estudio y a los investigadores por la recogida de datos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que la investigación se llevó a cabo en ausencia de relaciones comerciales o financieras que pudieran interpretarse como un posible conflicto de intereses.

Nota del editor

Todas las afirmaciones expresadas en este artículo son exclusivamente las de los autores y no representan necesariamente las de sus organizaciones afiliadas, ni las del editor, los redactores y los revisores. El editor no garantiza ni respalda ningún producto que pueda evaluarse en este artículo, ni ninguna afirmación que pueda hacer su fabricante.

Material complementario

El material complementario de este artículo puede consultarse en línea en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2023.1148277/full#supplementary-material>

Home-based cardiac rehabilitation: a scientific statement from the

Asociación Americana de Rehabilitación Cardiovascular y Pulmonar, Asociación Americana del Corazón y Colegio Americano de Cardiología. *Circulation*. (2019) 140:663. doi: 10.1161/CIR.0000000000000663

9. Guo Y, Lane DA, Wang L, Zhang H, Wang H, Zhang W, et al. Mobile health technology to improve care for patients with atrial fibrillation. *J Am Coll Cardiol*. (2020) 75:1523-34. doi: 10.1016/j.jacc.2020.01.052

10. Kuipers SJ, Cramm JM, Nieboer AP. La importancia de la atención centrada en el paciente y la cocreación de la atención para la satisfacción con la atención y el bienestar físico y social de los pacientes con multimorbilidad en el ámbito de la atención primaria. *BMC Health Serv Res*. (2019) 19:13. doi: 10.1186/s12913-018-3818-y

11. Iturralde E, Sterling SA, Uratsu CS, Mishra P, Ross TB, Grant RW. Cambiar los resultados: comprometerse y activarse para mejorar el bienestar: un ensayo clínico aleatorizado para mejorar la gestión del riesgo cardiovascular. *J Am Heart Assoc*. (2019) 8:e014021. doi: 10.1161/JAHA.119.014021

12. Morton RL, Sellars M. From patient-centered to person-centered care for kidney diseases. *Clin J Am Soc Nephrol*. (2019) 14:623-5. doi: 10.2215/CJN.10380818

13. Seiglie J, Platt J, Cromer SJ, Bunda B, Foulkes AS, Bassett IV, et al. La diabetes como factor de riesgo de malos resultados precoces en pacientes hospitalizados por COVID-19. *Diabetes Care*. (2020) 43:2938-44. doi: 10.2337/dc20-1506

14. McTigue KM, Wellman R, Nauman E, Anau J, Coley RY, Odor A, et al. Comparing the 5-year diabetes outcomes of sleeve gastrectomy and gastric bypass: the national patient-centered clinical research network (PCORNet) bariatric study. *JAMA Surg*. (2020) 155:e200087. doi: 10.1001/jamasurg.2020.0087

15. Kornelius E, Chiou JY, Yang YS, Lu YL, Peng CH, Huang CN. El programa de atención compartida de la diabetes y los riesgos de eventos cardiovasculares en la diabetes tipo 2. *Am J Med*. (2015) 128:977-85. doi: 10.1016/j.amjmed.2015.03.025

16. Davis EL, Kelly PJ, Deane FP, Baker AL, Buckingham M, Degan T, et al. The relationship between patient-centered care and outcomes in specialist drug and alcohol treatment: a systematic literature review. *Subst Abuse*. (2020) 41:216-31. doi: 10.1080/08897077.2019.1671940
17. Bosserman LD, Cianfrocca M, Yuh B, Yeon C, Chen H, Sentovich S, et al. Integrating academic and community cancer care and research through multidisciplinary oncology pathways for value-based care: a review and the city of hope experience. *J Clin Med*. (2021) 10:188. doi: 10.3390/jcm10020188
18. Tunzi L, Funk T, Brown T, Findlay M, Bauer J. Frecuencia óptima del asesoramiento nutricional individualizado en pacientes con cáncer de cabeza y cuello que reciben radioterapia: una revisión sistemática. *J Hum Nutr Diet*. (2022) 35:223-33. doi: 10.1111/jhn.12919
19. Findlay M, Bauer JD, Dhaliwal R, de van der Schueren M, Laviano A, Widaman A, et al. Translating evidence-based guidelines into practice-are we getting it right? A multi-centre prospective international audit of nutrition care in patients with foregut tumors (INFORM). *Nutrients*. (2020) 12:3808. doi: 10.3390/nu12123808
20. Findlay M, Rankin NM, Shaw T, White K, Boyer M, Milross C, et al. Best evidence to best practice: implementing an innovative model of nutrition care for patients with head and neck cancer improves outcomes. *Nutrients*. (2020) 12:1465. doi: 10.3390/nu12051465
21. Van Spall HGC, Lee SF, Xie F, Oz UE, Perez R, Mitoff PR, et al. Effect of patient-centered transitional care services on clinical outcomes in patients hospitalized for heart failure: the PACT-HF randomized clinical trial. *JAMA*. (2019) 321:753-61. doi: 10.1001/jama.2019.0710
22. Ma RCW, Xie F, Lim CKP, Lau ESH, Luk AOY, Ozaki R, et al. A randomized clinical trial of genetic testing and personalized risk counselling in patients with type 2 diabetes receiving integrated care -The genetic testing and patient empowerment (GEM) trial. *Diabetes Res Clin Pract*. (2022) 189:109969. doi: 10.1016/j.diabres.2022.109969
23. Liang H, Tao L, Ford EW, Beydoun MA, Eid SM. La atención oncológica centrada en el paciente en la utilización y el costo de la atención médica: una revisión sistemática y metaanálisis. *Health Care Manage Rev*. (2020) 45:364. doi: 10.1097/HMR.0000000000000226
24. Reychar I, Beeri R, Balapour A, Raban DR, Sabherwal R, Azuri J. ¿Hasta qué punto son fiables las autoevaluaciones mediante tecnología móvil en la asistencia sanitaria? The effects of technology identity and self-efficacy. *Comput Hum Behav*. (2019) 91:52-61. doi: 10.1016/j.chb.2018.09.024
25. D'Addario L, Kuo T, Robles B. ¿Los conocimientos sobre el sodio, el estado de salud según autoinforme y el hecho de padecer hipertensión predicen los comportamientos de consumo de sodio entre los empleados de hospitales del sur de California? *Transl Behav Med*. (2021) 11:1254-63. doi: 10.1093/tbm/ibaa148
26. Organización WH. *Atención sanitaria centrada en las personas: A Policy Framework*. Ginebra: OMS (2007).
27. Kohler RE, Goyal RK, Lich KH, Domino ME, Wheeler SB. Association between medical home enrollment and health care utilization and costs among breast cancer patients in a state medicare program. *Cancer*. (2015) 121:3975-81. doi: 10.1002/cncr.29596
28. David G, Saynisch PA, Smith-McLallen A. La economía de la atención centrada en el paciente. *J Health Econ*. (2018) 59:60-77. doi: 10.1016/j.jhealeco.2018.02.012
29. Blomqvist Å. El médico como agente doble: Information asymmetry, health insurance, and medical care. *J Health Econ*. (1991) 10:411-. doi: 10.1016/0167-6296(91)90023-G
30. Fei Y, Fu Y, Yang D, Hu C. Research on the formation mechanism of health insurance fraud in China: from the perspective of the tripartite evolutionary game. *Front Public Health*. (2022) 10:930120. doi: 10.3389/fpubh.2022.930120
31. Keating NL, Green DC, Kao AC, Gazmararian JA, Wu VY, Cleary PD. ¿Cómo se relacionan las experiencias específicas de atención ambulatoria de los pacientes con la confianza, la satisfacción y la consideración de cambiar de médico? *J Gen Intern Med*. (2002) 17:29-39. doi: 10.1046/j.1525-1497.2002.10209.x
32. Lusk JM, Fater K. Un análisis conceptual de los cuidados centrados en el paciente. *Foro de enfermería*. (2013) 48:89-98. doi: 10.1111/nuf.12019
33. Slatore CG, Hansen L, Ganzini L, Press N, Osborne ML, Chesnutt MS, et al. Communication by nurses in the intensive care unit: qualitative analysis of domains of patient-centered care. *Am J Crit Care*. (2012) 21:410-8. doi: 10.4037/ajcc2012124
34. Fang H, Lei X, Shi J, Yi X. *Physician-Induced Demand: Evidence from China's Drug Price Zero-Markup Policy*. Oficina Nacional de Investigación Económica (2021).
35. Fang J, Liu L, Fang P. What is the most important factor affecting patient satisfaction - a study based on gamma coefficient. *Pat Pref Adh*. (2019) 13:515-25. doi: 10.2147/PPA.S197015
36. Cameron AC, Gelbach JB, Miller DL. Inferencia robusta con agrupación multidireccional. *J Bus Econ Stat*. (2011) 29:238-49. doi: 10.1198/jbes.2010.07136
37. Cardel MI, Newsome FA, Pearl RL, Ross KM, Dillard JR, Miller DR, et al. Patient-centered care for obesity: how health care providers can treat obesity while actively addressing weight stigma and eating disorder risk. *J Acad Nutr Diet*. (2022) 122:1089-98. doi: 10.1016/j.jand.2022.01.004
38. Mason AN. La dimensión más importante de la satisfacción del paciente de telemedicina: la atención centrada en el paciente. *Telemed e-Health*. (2022) 28:1206-14. doi: 10.1089/tmj.2021.0322
39. Kosowicz L, Tran K, Khanh TT, Dang TH, Pham VA, Kim HTT, et al. Lecciones para Vietnam sobre el uso de tecnologías digitales para apoyar la atención centrada en el paciente en países de bajos y medianos ingresos en la región de Asia y el Pacífico: revisión del alcance. *J Med Int Res*. (2023) 25:e43224. doi: 10.2196/43224
40. Chen X, Giles J, Yao Y, Yip W, Meng Q, Berkman L, et al. The path to healthy ageing in China: a Peking university-lancet commission. *Lancet*. (2022) 400:1967-2006. doi: 10.1016/S0140-6736(22)01546-X
41. Doubova SV, Martínez-Vega IP, Infante-Castañeda C, Aranda-Flores CE, Knaul FM, Pérez-Cuevas R. Social inequalities in supportive care needs and quality of patient-centered care of cancer patients in Mexico. *Supp Care Cancer*. (2021) 29:1355-67. doi: 10.1007/s00520-020-05615-6
42. Mitchell JA, Williams EDG Li Y, Tarraf W. Identificación de disparidades en las experiencias de atención centrada en el paciente entre hombres blancos y negros no latinos: resultados de la encuesta del panel de gastos médicos 2008-2016. *BMC Health Serv Res*. (2020) 20:495. doi: 10.1186/s12913-020-05357-5
43. Wilkerson L, Fung CC, May W, Elliott D. Evaluación de la atención centrada en el paciente: un enfoque para la educación sobre las disparidades en salud. *J Gen Intern Med*. (2010) 25:86-90. doi: 10.1007/s11606-010-1273-5
44. O'Malley AJ, Zaslavsky AM, Elliott MN, Zaborski L, Cleary PD. Case-mix adjustment of the CAHPS[®] hospital survey. *Health Serv Res*. (2005) 40:2162-. doi: 10.1111/j.1475-6773.2005.00470.x
45. Hu HH Qi Q, Yang CH. Análisis de la eficiencia técnica hospitalaria en China: Efecto de la reforma del seguro médico. *China Econ Rev*. (2012) 23:865-77. doi: 10.1016/j.chieco.2012.04.008
46. Comité de redacción del informe sobre salud y enfermedades cardiovasculares en china. Informe sobre salud y enfermedades cardiovasculares en China 2021: resumen actualizado. *Biomed Environ Sci*. (2022) 35:573-603. doi: 10.3967/bes2022.079
47. Wang L, Peng W, Zhao Z, Zhang M, Shi Z, Song Z, et al. Prevalencia y tratamiento de la diabetes en China, 2013-2018. *JAMA*. (2021) 326:2498-506. doi: 10.1001/jama.2021.22208
48. Tu WJ, Xue Y, Nie D. La prevalencia y el tratamiento de la diabetes en China De 2013 a 2018. *JAMA*. (2022) 327:1706. doi: 10.1001/jama.2022.3014
49. Gusmano MK, Maschke KJ, Solomon MZ. Atención centrada en el paciente, sí; pacientes como consumidores, no. *Health Aff*. (2019) 38:368-73. doi: 10.1377/hlthaff.2018.05019
50. Lee C. Optimal medical treatment under asymmetric information. *J Health Econ*. (1995) 14:419-41. doi: 10.1016/0167-6296(95)00012-7
51. Administración Nacional de Seguridad Sanitaria. *Datos Estadísticos de la Administración Nacional de Seguridad Sanitaria 2021 Boletín Estadístico sobre el Desarrollo de la Seguridad Sanitaria Nacional*. Hong Kong: Administración Nacional de Seguridad Sanitaria (2021).
52. Rajamohan S, Porock D, Chang YP. Understanding the relationship between staff and job satisfaction, stress, turnover, and staff outcomes in the person-centered care nursing home arena. *J Nurs Scholar*. (2019) 51:560-8. doi: 10.1111/jnu.12488
53. Yu C, Li X, Liang H, Zhang Z, Fang D. The effects of monetary incentives on physicians' effort and patient satisfaction: understanding the links between monetary incentives and physicians' effort. *Int J Environ Res Public Health*. (2022) 19:13075. doi: 10.3390/ijerph192013075
54. Wick EC, Galante DJ, Hobson DB, Benson AR, Lee KK, Berenholtz SM, et al. Cambios en la cultura organizacional resultan en la mejora de los resultados centrados en el paciente: implementación de una vía de recuperación integrada para pacientes quirúrgicos. *J Am Coll Surg*. (2015) 221:669-77. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2015.05.008
55. Li J, Li S, Jing T, Bai M, Zhang Z, Liang H. Psychological safety and affective commitment among Chinese hospital staff: the mediating roles of job satisfaction and job burnout. *Psychol Res Behav Manag*. (2022) 15:1573-. doi: 10.2147/PRBM.S365311
56. Courtemanche C, Marton J, Ukert B, Yelowitz A, Zapata D. Efectos de la ley de atención asequible en los comportamientos de salud después de 3 años. *East Econ J*. (2019) 45:7-33. doi: 10.1057/s41302-018-0119-4