

## ARTÍCULO ESPECIAL

# Innovación social y organizativa ante el reto de la atención integrada a la cronicidad

Roberto Nuño-Solinís

*Director, O+Berri, Instituto Vasco de Innovación Sanitaria, Sondika, Bizkaia, España*

Recibido el 8 de agosto de 2013; aceptado el 24 de agosto de 2013

Disponible en Internet el 23 de octubre de 2013

### PALABRAS CLAVE

Atención integrada;  
Innovación social;  
Innovación  
organizativa;  
Cronicidad;  
Multimorbilidad

### KEYWORDS

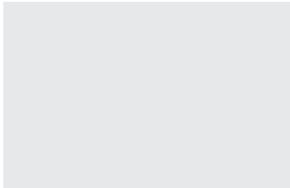
Integrated care;  
Social innovation;  
Organizational  
innovation;  
Chronic illnesses;  
Multiple morbidity

**Resumen** El aumento de la esperanza de vida, unido a otros factores, ha producido un incremento de la prevalencia de enfermedades crónicas y de la multimorbilidad. En consecuencia, resulta necesario el desarrollo de nuevos modelos de atención sanitaria y social capaces de hacer frente de forma eficiente y sostenible a esta situación. Parece existir acuerdo en que es necesario avanzar hacia una atención integrada, centrada en el paciente y más proactiva. En los últimos años se han desarrollado modelos de atención a las condiciones crónicas y, tanto a nivel internacional como estatal y autonómico, se han puesto en marcha estrategias para afrontar el reto de la cronicidad. Sin embargo, la implementación de acciones concretas que posibiliten el cambio hacia este nuevo modelo de atención no parece una tarea sencilla. El presente trabajo expone algunas de las líneas estratégicas y acciones puestas en marcha por el Departamento de Salud del Gobierno Vasco con el objetivo de lograr este fin. Se enmarca esta descripción dentro de un enfoque de innovación social y organizativa como vías de implementación efectiva de las intervenciones y estrategias que configuran el modelo necesario para una mejor atención a la cronicidad dentro de un sistema público de salud.

© 2013 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### Social and organizational innovation to tackle the challenge of integrated care of the chronically ill

**Abstract** The increase in life expectancy, coupled with other factors, has led to an increase in the prevalence of chronic diseases and multiple morbidity. This has led to the need to develop new health and social care models, which will allow managing these efficiently and in a sustainable manner. In particular, there seems to be consensus on the need to move towards integrated, patient-centered, and more proactive care. Thus, in recent years, chronic care models have been developed at international, national and regional level, as well as introducing strategies to tackle the challenge of chronic illness. However, the implementation of actions facilitating the change towards this new model of care does not seem to be an easy task. This paper presents some of the strategic lines and initiatives carried out by the Department of Health of the



Basque Government. These actions can be described within a social and organizational innovation framework, as a means for effective implementation of interventions and strategies that shape the model required for the improved care of chronic illnesses within a universal and tax-funded health system.

© 2013 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

La prolongación de la esperanza de vida en la mayor parte de los países del mundo ha contribuido, junto con otros fenómenos complejos ligados al crecimiento económico y a la globalización<sup>1</sup>, a un incremento progresivo de la prevalencia de patologías crónicas y de situaciones de multimorbilidad<sup>2</sup>, especialmente en los estratos de edad más avanzada de la población y en los colectivos más desfavorecidos de la sociedad.

No parece demasiado aventurado prever que los avances biomédicos y el desarrollo económico van a seguir contribuyendo a un mayor envejecimiento de la población, un éxito de nuestras sociedades que plantea innumerables desafíos, no solo en el campo de la salud.

En este contexto, el fenómeno de la cronicidad—entendido como un marco amplio de comprensión de las condiciones crónicas sobre quien las padece, su entorno, la comunidad, el sistema sanitario y la sociedad— induce a repensar el modelo de prestación de servicios sanitarios y sociales y el rol que los diferentes agentes pueden desempeñar en el mismo<sup>3</sup>. La creciente presencia de pluripatología y su mayor complejidad como fenómenos asociados a la cronicidad suponen retos adicionales para las organizaciones sanitarias y para los sistemas de generación de conocimiento clínico<sup>4,5</sup>.

Para gestionar de manera eficiente la cronicidad se requieren abordajes intersectoriales y políticas de promoción de la salud y de prevención con planteamientos amplios, considerando los determinantes sociales de la salud y el ciclo de vida de las distintas patologías y clusters de las mismas. Por su parte, el sistema sanitario debe asumir un rol protagonista y desarrollar soluciones ante este reto.

Existe, por lo tanto, un amplio consenso sobre la necesidad de reformar los actuales sistemas de prestación de servicios sanitarios y sociales, y avanzar hacia nuevos modelos asistenciales<sup>6</sup> diferentes a los actuales, buscando una atención más proactiva, continuada e integrada, centrada en el paciente. Sin embargo, el camino avanzado en su desarrollo es escaso, salvo algunas islas de excelencia en sistemas sanitarios líderes<sup>7</sup>. Así, en demasiadas ocasiones la atención sanitaria resulta insuficientemente coordinada, no se aplica adecuadamente el conocimiento clínico y de gestión disponible, el proceso asistencial está fragmentado y el paciente es asumido como un receptor pasivo de atención, todo ello impactando negativamente en la calidad de los cuidados e incrementando sus costes.

Esta preocupación respecto al abordaje de la cronicidad y la multimorbilidad se refleja en las estrategias e iniciativas puestas en marcha a nivel tanto europeo como estatal y autonómico. Así, por ejemplo, la Comisión Europea ha puesto en marcha la *European Innovation Partnership on*

*Active and Healthy Ageing* (EIP/AHA) con el objetivo de prolongar en 2 años la esperanza de vida en buena salud de sus ciudadanos. Con esta iniciativa se busca incentivar el partenariado público-privado a nivel europeo, con un triple objetivo: a) mejorar la salud y la calidad de vida de los mayores; b) hacer más sostenibles y eficientes los sistemas de atención y cuidado, y c) generar desarrollo económico y oportunidades de negocio en el sector. Dentro de la EIP/AHA, el desarrollo de la atención integrada a las condiciones crónicas y el aprovechamiento del potencial de las tecnologías de la información y la comunicación en salud son temas recurrentes en línea con otras iniciativas de las instituciones europeas y con las conclusiones del Consejo Europeo de diciembre de 2010 sobre *Innovative approaches for chronic diseases in public health and healthcare systems*<sup>8</sup>.

A nivel estatal, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad presentó en 2012 un documento titulado «Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud»<sup>9</sup>. Asimismo, varias comunidades autónomas han desarrollado planes y estrategias concernientes a la cronicidad.

En concreto, y entre las comunidades autónomas pioneras a nivel estatal, el Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco puso en marcha la «Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi»<sup>10</sup>, con el fin de afrontar este reto partiendo de las fortalezas preexistentes, así como de preservar los valores de sistema sanitario público en Euskadi. Este documento, publicado en julio de 2010, fue concebido como la guía de un cambio sistémico desde un paradigma de innovación social<sup>11</sup>, esto es: de respuesta a necesidades sociales emergentes o no adecuadamente satisfechas con un enfoque social tanto en medios como en fines. Esta Estrategia contiene una serie de políticas y proyectos orientados a reinventar el modelo de prestación sanitaria y adecuarlo a esta nueva situación. Propone un cambio de narrativa donde se pasa de hablar de enfermedades crónicas a referirse al fenómeno de la cronicidad y a centrarse en las necesidades de las personas con problemas crónicos de salud. Todo ello desde un enfoque holístico que contemple las necesidades de salud y sociales del paciente crónico e incorpore una óptica de salud poblacional imprescindible ante un fenómeno de esta dimensión. En 2013, el Departamento de Salud del Gobierno Vasco ha refrendado esta apuesta enfatizando la necesidad de avanzar en la integración asistencial como vía de mejora de la atención a personas y poblaciones y como fuente de eficiencia y sostenibilidad de la sanidad pública vasca.

## Los modelos de atención a la cronicidad

Las principales estrategias planteadas para llevar a cabo la transformación de los modelos de atención para el mejor

abordaje de la cronicidad han sido inspiradas por el *Chronic Care Model* (CCM)<sup>12</sup>. Este modelo, desarrollado por Ed Wagner y sus colaboradores del *MacColl Institute for Healthcare Innovation* de Seattle a mediados de los años noventa, en base a la evidencia disponible, fue concebido como guía para el desarrollo de una atención primaria más efectiva, pero posteriormente ha servido para repensar todo el sistema de atención de atención sanitaria tomando como eje las necesidades de los pacientes crónicos.

El CCM identifica 6 elementos esenciales que interactúan entre sí y son clave para el logro de una óptima atención a pacientes crónicos. Estos son:

- Organización del sistema de atención sanitaria.
- Relaciones con la comunidad.
- Apoyo y soporte del autocuidado.
- Diseño del sistema asistencial.
- Apoyos para la toma de decisiones.
- Sistemas de información clínica.

Según el CCM, la atención a crónicos discurre en 3 planos que se superponen: 1) el conjunto de la comunidad con sus políticas y múltiples recursos, públicos y privados; 2) el sistema de salud con sus organizaciones proveedoras y esquemas de aseguramiento, y 3) el nivel de la práctica clínica.

La visión y el fin último del modelo son que el encuentro clínico lo protagonicen pacientes activos e informados junto con un equipo de profesionales proactivo y con las capacidades y pericias necesarias, resultando en una atención de alta calidad, elevada satisfacción y mejora de resultados.

La orientación hacia una mejor atención a las necesidades de la cronicidad implica por lo tanto un cambio de roles, tanto para el paciente como para todo el equipo de profesionales que participan en la asistencia al paciente y su entorno. Así, estos modelos, frente a modelos tradicionales excesivamente escorados hacia el papel del médico, hacen hincapié en el trabajo en equipo, de forma que se aprovechen las competencias y capacidades de todos los profesionales involucrados en la atención al paciente y se refuerce el enfoque holístico en la atención a sus necesidades. Destaca particularmente el desarrollo de los roles de enfermería, llamada a desempeñar un papel fundamental en relación a actividades de prevención y promoción, de apoyo a la educación sanitaria y al desarrollo y apoyo de las capacidades de autocuidado del paciente, así como de los cuidadores no formales. También son claves las funciones de coordinación y enlace entre distintos profesionales y dispositivos asistenciales, así como en relación a un seguimiento más continuado de los casos más complejos y con mayores necesidades asistenciales.

Es necesario además generar entornos organizativos más participativos en los que los pacientes asuman mayor responsabilidad a la hora de cuidar de su salud, participen en la toma de decisiones y en la prevención de enfermedades, dando un papel fundamental al desarrollo del autocuidado, dotando al paciente de herramientas que le permitan afrontar de manera activa su proceso de enfermedad, y dejando atrás el modelo paternalista actual.

En definitiva, el CCM no se trata de un recetario de soluciones, sino de un marco multidimensional para enfocar iniciativas de mejora frente a un problema complejo,

aportando una serie de elementos clave que le hacen pervivir como referente conceptual y germen o influenciador de otros modelos posteriores. Su antigüedad de más de 15 años ha hecho necesario actualizarlo y entroncarlo con los nuevos enfoques de innovación social y de ciencia de la implementación, existiendo iniciativas de rediseño de la práctica asistencial fundadas en el CCM que presentan evidencias favorables<sup>13</sup>, como el *Innovative Care for Chronic Conditions* (ICCC)<sup>14,15</sup> y el *Expanded CCM*<sup>16</sup>. Además es guía de referencia en varios programas locales y estatales en EE. UU. y Canadá, en la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la Organización Panamericana de Salud (OPS)<sup>17</sup> y en diversos sistemas de salud europeos.

## La brecha entre la evidencia y la implementación

A pesar de que el ámbito de la salud es uno de los sectores más intensivos de conocimiento, y de que los cambios en modelos de prestación deberían considerar la optimización del uso de este conocimiento, la realidad es otra. El lapso entre la generación de conocimiento y su aplicación práctica sigue siendo de más de una década<sup>18</sup>, y aun en el caso de prácticas, procedimientos y tecnologías ampliamente empleados, persiste una gran variabilidad en cuanto a su nivel de utilización<sup>19</sup>.

El ámbito de la cronicidad no es ajeno a esto. Tras 2 décadas hablando de la necesidad de modificar los servicios de salud, inicialmente organizados para el tratamiento de enfermedades agudas, y que actualmente se encuentra bajo una presión creciente que compromete su sostenibilidad debido al aumento de las condiciones crónicas, y a pesar de que, como acabamos de mencionar, existe evidencia contrastada y consenso internacional en torno a la dirección que debe seguirse en la transformación de los modelos asistenciales, aún se sigue sin saber cómo trasladar a la práctica esta nueva forma de hacer las cosas. Incluso la nascente investigación en implementación viene prestando mucho más eco al estudio del cambio de los comportamientos individuales que al cambio del entorno organizativo y regulatorio<sup>20</sup>. Y dentro de este último campo, la naturaleza y las características de las formas organizativas han sido muy poco estudiadas en el ámbito sanitario.

Además, la innovación en este campo ha venido desarrollándose principalmente como transformación de estructuras, procesos y sistemas desde la oferta. Se ha prestado limitada atención a la demanda, en particular a la vivencia y experiencia de necesidades, total o parcialmente insatisfechas, de las personas con enfermedades crónicas. Hay evidencia de que devolver capacidades de gestión y dotar de recursos a los profesionales y a los gestores de organizaciones proveedoras es una vía reconocida para propiciar la mejora y la innovación sobre el terreno<sup>21</sup>. Sin embargo, también hay experiencias nacientes de innovación social en salud con enfoques abiertos y participativos<sup>22</sup>. Conjugar ambos enfoques y asumir un enfoque más participativo de la innovación, con planteamientos de co-creación junto a los pacientes, es un desafío adicional, además de una oportunidad, para las organizaciones sanitarias.

## La implementación del cambio en el sistema sanitario vasco

El Departamento de Salud del Gobierno Vasco y el Servicio Vasco de Salud (Osakidetza) han puesto en marcha en los últimos años diversas iniciativas que pueden servir de ejemplo e inspirar a otras regiones y sistemas sanitarios en la difícil tarea de implementar el cambio necesario en los modelos de prestación de servicios, de acuerdo con las vías marcadas a nivel conceptual por los modelos de atención a la cronicidad.

### Desarrollo de herramientas de gestión del cambio

Puesto que los nuevos marcos conceptuales derivados del CCM aportan una visión abstracta cuya plasmación en actuaciones concretas no es obvia, se han desarrollado instrumentos que faciliten su implantación. Para adaptarse a nuestro contexto se ha desarrollado el Instrumento de Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad (IEMAC)<sup>23</sup>, diseñado y validado en el contexto de nuestro Sistema Nacional de Salud.

El IEMAC es una herramienta de autoevaluación que ayuda a las organizaciones a identificar en qué punto se encuentran, facilitando la identificación de los puntos fuertes y de los que precisan mejora. Permite establecer a clínicos y gestores sanitarios una hoja de ruta en la gestión de la cronicidad, orientando sobre las actuaciones más idóneas a la hora de emprender proyectos de mejora y sirviendo para la monitorización y evaluación del progreso tras la implementación de estos. Consta de las 6 dimensiones del CCM mencionadas anteriormente. La puntuación total de IEMAC corresponde a la suma de las puntuaciones en cada una de las intervenciones y facilita realizar comparaciones a lo largo del tiempo de la propia organización. De forma operativa, puede obtenerse información del grado de desarrollo en cada componente y dimensión, a partir de la media de sus puntuaciones respectivas.

### Innovación organizativa

Un eje transversal de la «Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi» es la promoción de la innovación desde los profesionales que se ha plasmado en una cartera de más de 150 proyectos innovadores. Dado que abordar ese conjunto de proyectos excede el alcance de este artículo, vamos a describir 2 líneas de trabajo que son claves para el desarrollo de un modelo más proactivo e integrado.

Para la mejora de la proactividad del sistema una herramienta útil es la estratificación de la población<sup>24</sup>. Esta permite, a partir de la identificación predictiva de segmentos o subpoblaciones de pacientes con distintos niveles de necesidad, diseñar actuaciones y estrategias de intervención adaptadas a cada perfil<sup>25,26</sup>.

De cara al logro de una mayor integración asistencial se puso en marcha un conjunto de acciones multinivel con implicaciones en estructuras, procesos y sistemas, dentro de un marco de entendimiento donde la integración busca generar sinergias entre los distintos niveles y dispositivos del sistema sanitario, y de este con el ámbito social, de

modo que aumente la eficiencia, la calidad de atención y de vida, la satisfacción de los pacientes y los resultados de salud poblacionales.

En Euskadi, entre otras vías, se ha optado por la integración de estructuras de distintos niveles asistenciales, a través de la creación de Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI). Estas nuevas OSI surgen como respuesta a los problemas de fragmentación y falta de coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, principalmente entre atención primaria (AP) y el ámbito hospitalario, y conllevan la agrupación de diferentes organizaciones asistenciales (hospital junto con sus centros de salud de referencia) en una única organización sanitaria integrada. Como elemento esencial para el avance en la atención integrada, se impulsa la integración de procesos asistenciales mediante el diseño conjunto de rutas asistenciales entre AP y otros dispositivos.

El objetivo que se estableció fue mejorar la calidad asistencial y los resultados de salud, situando al paciente como centro de todo el proceso, mediante una atención basada en las mejores evidencias disponibles y mejorando la coordinación entre niveles, y todo ello de la forma más eficiente posible. Las evaluaciones de la experiencia de las OSI creadas en el período 2010-2012<sup>27</sup>, junto con la historia, cultura y valores organizativos de Osakidetza, han sido pilares clave de la decisión de extensión del modelo OSI a toda Osakidetza en el período 2013-2016.

### Innovación social

Se han puesto en marcha diferentes proyectos de innovación social que pretenden dar respuesta a necesidades sociales emergentes o no adecuadamente satisfechas en el ámbito de la salud. Destacan iniciativas de participación ciudadana y de pacientes, muchas de ellas orientadas a favorecer la co-creación de salud, aumentar la participación tanto en la prevención como en el autocuidado de la salud y en la toma de decisiones compartidas.

Un ejemplo destacable es el Programa Paciente Activo - Paziente Bizia, que, basado en el *Chronic Disease Self-Management Program* (CDSMP) de la Universidad de Stanford<sup>28</sup>, provee a los pacientes de formación grupal en habilidades de autocuidado. A diferencia de la tradicional educación para la salud, los formadores son pacientes —junto a profesionales— con condiciones crónicas similares a las de quienes reciben la formación. El objetivo es que a través de esta experiencia compartida con personas en situaciones análogas a las suyas se refuerce el proceso de aprendizaje y los pacientes sean capaces de entender mejor la enfermedad, responsabilizarse de su salud y manejar correctamente las opciones terapéuticas<sup>29</sup>. El éxito de esta iniciativa ha servido de base para el lanzamiento en 2013 de la «Escuela de Pacientes» en Osakidetza.

### Conclusiones

Parafraseando a Vicente Ortún hemos procurado anticipar los servicios sanitarios «del mundo que viene»<sup>30</sup>. En ellos, el cuidado (incluyendo el autocuidado) va a cobrar mayor peso, dado el creciente fenómeno de cronicidad. Se abren oportunidades únicas de innovación para los colectivos de profesionales, pacientes y ciudadanos que adopten enfoques

abiertos, participativos y colaborativos. La enfermería es un agente clave en esta transformación hacia un modelo más proactivo e integrado y en el que se aproveche en mayor medida el conocimiento de los profesionales y la experiencia de los pacientes. Pese a contar con referentes conceptuales sólidos, guías y alguna experiencia avanzada, el nuevo modelo está aún en gestación, por lo que es clave en esta fase prestarle la atención y los cuidados necesarios para que nazca sano y vigoroso y contribuya a sostener un sistema de salud público, universal y de excelencia.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Stuckler D, Siegel K, editores. *Sick Societies: Responding to the Global Challenge of Chronic Disease*. Oxford: Oxford University Press; 2011.
2. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2012;380:37–43.
3. Allotey P, Reidpath DD, Yasin S, Chan CK, de-Graft Aikins A. Rethinking health-care systems: A focus on chronicity. *Lancet*. 2011;377:450–1.
4. Jadad AR, Cabrera A, Martos F, Smith R, Lyons RF. When people live with multiple chronic diseases: A collaborative approach to an emerging global challenge. Granada: Andalusian School of Public Health; 2010.
5. Tinetti ME, Fried TR, Boyd CM. Designing health care for the most common chronic condition—Multimorbidity. *JAMA*. 2012;307:2493–4.
6. García-Goñi M, Hernández-Quevedo C, Nuño-Solinís R, Paolucci F. Pathways towards chronic care-focused healthcare systems: Evidence from Spain. *Health Policy*. 2012;108(2-3): 236–45.
7. Curry N, Ham C. *Clinical and Service Integration. The Route to Improved Outcomes*. London: The King's Fund; 2010.
8. Council of the European Union. Council conclusions. Innovative approaches for chronic diseases in public health and health-care systems, in 3053 Employment, Social Policy Health and Consumer Affairs Council meeting. Brussels, 7 December 2010.
9. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud [documento en Internet]; 2012 [consultado 07 Ago 2013]. Disponible en: [http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA\\_ABORDAJE\\_CRONICIDAD.pdf](http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf)
10. Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. Vitoria: Gobierno Vasco; 2010 [consultado 07 Ago 2013]. Disponible en: <http://cronicidad.blog.euskadi.net/descargas/plan/EstrategiaCronicidad.pdf>
11. European Commission Guide to Social innovation; 2013 [consultado 07 Ago 2013]. Disponible en: <http://s3platform.jrc.ec.europa.eu/documents/10157/47822/Guide%20to%20Social%20Innovation.pdf>
12. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q*. 1996;74:511–44.
13. Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Aff*. 2009;28:75–85.
14. World Health Organization. *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action*. Geneva: Global report WHO/NMC/CCH; 2002.
15. Nuño R, Coleman K, Bengoa R, Sauto R. Integrated care for chronic conditions: The contribution of the ICCF Framework. *Health Policy*. 2012;105:55–64.
16. Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, et al. The expanded Chronic Care Model: An integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hosp Q*. 2003;7:73–82.
17. Pan American Health Organization. *Innovative Care for Chronic Conditions: Organizing and Delivering High Quality Care for Chronic Noncommunicable Diseases in the Americas*. Washington, DC: PAHO; 2013.
18. Balas EA, Boren SA. Managing clinical knowledge for health care improvement. En: Bommel J, McCray AT, editores. *Yearbook of Medical Informatics*. Stuttgart: Schattauer; 2000. p. 65–70.
19. Wennberg JE. Practice variation: implications for our health care system. *Manag Care*. 2004;13 Suppl 9:3–7.
20. Grimshaw JM, Eccles MP, Lavis JN, Hill SJ, Squires JE. Knowledge translation of research findings. *Implement Sci*. 2012;7:50, <http://dx.doi.org/10.1186/1748-5908-7-50>.
21. Bogue RJ, Joseph ML, Sietloff CL. Shared governance as vertical alignment of nursing group power and nurse practice council effectiveness. *J Nurs Manag*. 2009;17:4–14.
22. Horne M, Khan H, Corrigan P. *People powered health: Health for people, by people and with people*. London: Nesta; 2013.
23. Nuño-Solinís R, Fernández-Cano P, Mira JJ, Toro-Polanco N, Contel JC, Guilabert Mora M, et al. Desarrollo de IEMAC, un Instrumento para la Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad. *Gac Sanit*. 2013;27:128–34.
24. Orueta JF, Nuño-Solinís R, Mateos M, Vergara I, Grandes G, Esnaola S. Predictive risk modelling in the Spanish population: A cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:269.
25. Nuño-Solinís R, Orueta JF, Mateos M. An answer to chronicity in the Basque Country: Primary care-based population health management. *J Ambul Care Manage*. 2012;35:167–73.
26. Orueta JF, Mateos del Pino M, Barrio Beraza I, Nuño Solinís R, Cuadrado Zubizarreta M, Sola Sarabia C. Estratificación de la población en el País Vasco: resultados en el primer año de implantación. *Aten Primaria*. 2013;45:54–60.
27. Nuño-Solinís R, Berraondo Zabalegui I, San Martín Rodríguez L, Sauto Arce R, Gagnon MP. Does interprofessional collaboration between care levels improve following the creation of an integrated delivery organisation? The Bidasoa case in the Basque Country. *Int J Integr Care*. 2013;13:e03.
28. Stanford School of Medicine. Stanford [consultado 07 Ago 2013]. Disponible en: <http://patienteducation.stanford.edu/programs/cdsmp.html>
29. Nuño-Solinís R, Rodríguez-Pereira C, Piñera-Elorriaga K, Zaballa-González I, Bikandi-Irazabal J. Panorama de iniciativas de educación para el autocuidado en España. *Gac Sanit*. 2013;27:332–7.
30. Ortún V. La enfermería en el mundo que viene. *Enferm Clin*. 2013;23:45–7.