



ARTÍCULO ESPECIAL

La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada

Juan Carlos Contel^{a,*}, Blanca Muntané^b y Lourdes Camp^c

^a *Coordinador de Enfermería, DAP Costa Ponent, Gerencia Territorial Metropolitana Sud ICS, Pla Innovació Atenció Primària i Salut Comunitària, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, Barcelona, España*

^b *Enfermería, Pla Innovació Atenció Primària i Salut Comunitària, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, Barcelona*

^c *Medicina de Familia, Pla Innovació Atenció Primària i Salut Comunitària, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, Barcelona, España*

Recibido el 19 de abril de 2010; aceptado el 3 de enero de 2011

Disponible en Internet el 1 de junio de 2011

PALABRAS CLAVE

Enfermedades crónicas;
Fragilidad;
Complejidad;
Modelo organizativo;
Integración de servicios

KEYWORDS

Chronic diseases;
Frailty;
Complexity;
Organisational model;
Integration of services

Resumen El envejecimiento de la población y el aumento de personas con enfermedades crónicas constituye un escenario que plantea importantes retos en la manera como organizar y prestar los servicios para este grupo de población. Existen ya experiencias y evidencia que nos ayudan a repensar qué aspectos claves deberían ser tenidos en cuenta para diseñar un modelo sanitario sensible y orientado a este nuevo paradigma.

El enfoque clínico asistencial por sí mismo es importante pero a su vez limitado; se requiere de un abordaje multidimensional donde se incorporen elementos diferentes como verdaderas palancas de cambio: qué aportación pueden realizar los sistemas de información, qué objetivos deben asignarse de manera transversal a diferentes organizaciones y profesionales, qué competencias clínicas y relacionales deberían contemplarse en los planes de formación y desarrollo de competencias o cómo se debe financiar la provisión. Además, sólo interactuando con varios de estos elementos se podrá llevar a cabo un cambio significativo en la atención a los pacientes crónicos, especialmente a aquellos que están en situación de mayor complejidad y vulnerabilidad.

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Care of the chronic patient in a complex situation: the challenge of building an integrated care scenario

Abstract The ageing of the population and the increase in people with chronic illnesses is a scenario that creates important challenges on how to organise and provide services for this population group. There is already experience and evidence that would help us to re-think about what are the key aspects that should be taken into account to design a simple health model directed towards this new paradigm. The clinical care approach in itself is important, but at

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jccontel@ambitcp.catsalut.net (J.C. Contel).

the same time, limited. A multidimensional approach is required where different elements, such as real platforms for change, are incorporated; the contribution that can be made by information systems, the objectives that should be assigned cross-sectionally to different organisations and professionals, the clinical and relational skills that should be contemplated in training and skill development plans or how the provision should be financed. Also, only interacting with some of these elements could give rise to a significant change in the care of chronic patients, particularly those in a highly complex and vulnerable situation.

© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Situación actual

La atención a personas con problemas crónicos constituirá uno de los retos más importantes que habrá de afrontar el sistema de salud en los próximos años¹. También la incorporación reciente de un sistema de protección universal para personas en situación de dependencia introduce un elemento nuevo en nuestro país². Se está ante un escenario que exige dar respuesta a estos nuevos retos pero también «de manera diferente». No se trata sólo de aportar soluciones específicas para diferentes grupos de pacientes sino de trabajar y abordar las situaciones de manera distinta. Difícilmente una sola organización o un solo grupo profesional pueden dar una respuesta «mágica» y «universal» a estas nuevas situaciones. El abordaje debe ser diferente, multidisciplinario y subsidiario, exige escenarios donde cada organización y profesional haga lo que le toca hacer pero también de manera cooperativa, en un modelo organizativo distinto del actual³.

La situación actual en nuestro país no es la misma que hace 10 o 20 años. Algunas variables en el entorno han cambiado:

- España será uno de los países más envejecidos a mitad de este siglo y por tanto con un incremento mayor de personas con problemas de salud crónicos. Además, estudios recientes muestran la importancia que tiene la pluri-morbilidad o la concurrencia de diferentes problemas de salud crónicos en el consumo de recursos⁴.
- La atención a pacientes crónicos provoca la mayor parte de consultas en los equipos de atención primaria pero también es el grupo de personas que genera la mayor proporción de ingresos urgentes o no programados en los hospitales. Además, un 5% de los pacientes ocasionan casi la mitad de consumo de hospitalización urgente⁵.
- Se ha introducido la Ley estatal de protección a la dependencia, pero no se ha generalizado un modelo de atención compartida entre el ámbito sanitario y social.
- Se dispone de un mayor nivel de evidencia y experiencias de éxito en modelos de atención a pacientes crónicos. Un grupo creciente de países está introduciendo nuevos modelos de atención basados en abordajes multidimensionales.
- Se han desarrollado potentes sistemas de información dentro de las organizaciones aunque aún no está suficientemente garantizada la interoperabilidad entre éstas, ni se garantiza la trazabilidad de los pacientes más vulnerables en los tránsitos por el sistema que éstos llevan a cabo, especialmente en el acceso al internamiento ni en el proceso de planificación al alta.

- En el análisis del sistema sanitario observamos que existen ingredientes pero sin tener bien definido un modelo. Para construirlo es necesario integrar, en un marco conceptual adecuado, muchas de las iniciativas ya desarrolladas: sistemas de información, guías de práctica clínica informatizadas, competencias enfermeras avanzadas en la atención al paciente crónico (gestión de casos).

La fragilidad y el concepto emergente de paciente crónico complejo

La fragilidad es un concepto todavía hoy difícil de definir y delimitar. Los criterios que hacen que una persona se considere que está en situación de fragilidad son muy dispares y aún hay grandes diferencias conceptuales entre profesionales dentro del ámbito de la salud. Tampoco se sabe aún con toda certeza cómo la fragilidad afecta la evolución del estado de salud. Tradicionalmente se han establecido algunos criterios que definen esta situación de fragilidad como sería la definición clásica de Salgado en función de los siguientes elementos: edad > 80 años, vivir solo, viudedad reciente, cambio de domicilio reciente, afectación crónica que condiciona una incapacidad funcional permanente (AVC con secuelas, infarto de miocardio o insuficiencia cardíaca reciente, EPOC, enfermedad osteoarticular degenerativa, caídas de repetición, déficit auditivo o visual, enfermedad terminal grave por neoplasia o demencia avanzada), polifarmacia, ingreso hospitalario en los últimos 12 meses, incapacidad para la realización de actividades de la vida diaria, deterioro cognitivo, situación económica precaria^{6,7}.

Desde hace años, la definición de fragilidad ha permitido identificar e incluir dentro de programas de prevención y seguimiento a personas mayores que están en situación de mayor riesgo.

Actualmente, en la definición de fragilidad tiene mayor relevancia la aparición conjunta de varias características y la velocidad de instauración, que actúan a su vez como factores determinantes en la evolución y peor pronóstico de estas personas. Además, ya se han desarrollado diferentes índices de fragilidad en personas mayores que predicen el riesgo de caídas, fracturas, discapacidad y muerte.

No siempre una situación de fragilidad está asociada a un proceso de cronicidad con complejidad clínica, pese a que se pueden dar las dos situaciones y comportarse de manera diferente atendiendo el proceso natural de la enfermedad. En un estado de fragilidad, considerado como equilibrio inestable, la presencia de enfermedades crónicas es un factor que puede romper este equilibrio y dar lugar a la

discapacidad, la dependencia y o/la muerte. Se han de intentar superar algunos posicionamientos que abogan por que la dependencia sea un tema estrictamente social. En situaciones donde convivan la situación de fragilidad, dependencia y cronicidad se requiere de un abordaje compartido de la atención sanitaria y social y del desarrollo de servicios bajo un modelo de atención integrada.

En los últimos años, diferentes autores y organizaciones han introducido un nuevo concepto de «paciente crónico en situación de complejidad» que viene determinado por un perfil de presentación de la cronicidad⁴. Entre las características diferenciales más prevalentes de este grupo de personas estaría la presencia de varias enfermedades crónicas de manera concurrente, la gran utilización de servicios de hospitalización urgente con diferentes episodios de ingreso durante un mismo año, la presencia de determinadas enfermedades como insuficiencia cardiaca o EPOC, la disminución de la autonomía personal temporal o permanente y la situación de polimedicación⁸. Además, puede haber factores adicionales como la edad avanzada, vivir solo o con poco apoyo familiar y episodios de caídas, entre otros.

Diferentes países y organizaciones están abordando la atención a este tipo de pacientes en un entorno de atención integrada, como son por ejemplo Kaiser Permanente y Veterans Health Administration, entre otras. También el NHS británico está destinando muchos y crecientes esfuerzos para su identificación a través del análisis de los sistemas de información ya existentes y la introducción de modelos de atención proactiva de gestión de casos. En Suecia, Holanda y Dinamarca también existen diferentes proyectos de atención integrada donde la atención al paciente crónico tiene un papel muy relevante.

Algunas propuestas para el cambio

Son evidentes las fortalezas de nuestro sistema sanitario. Mientras en otros entornos, algunos de países muy desarrollados, se discute sobre la cobertura universal y la oferta de servicios para el paciente crónico, nuestro país goza de una buena situación, en la que la cobertura básica de servicios para estos pacientes ya está garantizada. Pero incluso así es preciso repensar y construir nuevos modelos de atención para estos grupos de población.

Empezamos a tener «ingredientes» que pueden ayudar, y son buenos. Lo que necesitamos es un «nuevo modelo de atención» más allá de los ingredientes, que evolucione hacia un escenario de atención integrada, absolutamente necesario para el abordaje de este grupo de pacientes^{5,9,10}. Deben incorporarse modelos de gestión de redes, teniendo en cuenta la concurrencia de múltiples proveedores y agentes en un mismo territorio que podrían trabajar de una manera más alineada y cooperativa. La literatura especializada aporta ya evidencias y buenas prácticas que se deben tener en cuenta para definir este nuevo escenario¹¹.

Algunas propuestas de acciones para avanzar hacia este nuevo modelo^{12,13}:

- *Los modelos no deben implantarse de manera mecánica* como si se tratase de un proyecto de ingeniería³. El cambio deseable debe basarse en la visión de un modelo de atención compartida, la creación de un escenario de cooperación entre organizaciones y profesionales, la incorporación de una dosis alta de liderazgo clínico-asistencial, de líderes clínicos «capacitadores y facilitadores» y el compromiso de la dirección o las diferentes direcciones en entornos de multiprovisión, en desarrollar proyectos de atención compartida para estos pacientes¹⁴.
- *No todos los pacientes crónicos son iguales y no todos los pacientes necesitan lo mismo*. La información depositada en nuestros sistemas de información, en la mayoría de ocasiones segmentados, «está esperando» a que los métodos modernos de análisis lleven a cabo una estratificación y posterior segmentación de la población. Otros sectores ya hace tiempo que lo están haciendo como es el caso de las aseguradoras y otras empresas de servicios, en muchas ocasiones con objetivos distintos pero con métodos de análisis de predicción de riesgo ya probados, que pueden ayudar a identificar estas poblaciones. En el desarrollo de alguna experiencia de modelo predictivo se ha visto que factores como la historia previa de hospitalizaciones urgentes y la comorbilidad son elementos que tienen gran impacto en la probabilidad de un uso intensivo de recursos en un futuro, especialmente de hospitalizaciones urgentes y probablemente evitables¹⁵ (fig. 1 a y b). Estos modelos aportarán elementos de identificación de grupos de pacientes que requieren abordajes distintos. Además, nuestro sistema sanitario organizado en equipos de atención primaria permite experimentar con modelos organizativos que puedan combinar una cartera de servicios básica para todos los pacientes pero también ofertar líneas de servicio específicas más avanzadas con carácter proactivo para determinados segmentos de población de mayor riesgo¹⁶. Existen experiencias como la de *Serveis Integrats Baix Empordà* (SSIBE) en Cataluña en la que dentro de su modelo de gestión integrada se han utilizado agrupadores de morbilidad CRG que permiten «categorizar» a la población de referencia en función de la información disponible en los sistemas de información de atención hospitalaria (CMBD-AH), atención primaria y farmacia¹⁷. La utilización de estos agrupadores de morbilidad han de ser variables básicas para construir modelos predictivos de identificación del riesgo.
- *Se ha de innovar en la manera de prestar los servicios en atención primaria y en otros ámbitos asistenciales (hospitalario, sociosanitario, etc.)*. Se han de experimentar nuevos modelos organizativos y se han de diferenciar áreas de práctica clínica avanzada en atención primaria. Tenemos buenos ejemplos en la literatura científica como son los programas de gestión de casos *Guided Care* de Johns Hopkins, el despliegue de las *Community Matrons* en Reino Unido y un número importante de enfermeras gestoras de casos en Canarias, Andalucía o Cataluña¹⁸⁻²⁰. En el marco del Plan de Innovación de Atención Primaria y Salud Comunitaria de Cataluña, se están desarrollando diferentes experiencias territoriales basadas en los modelos de atención a las enfermedades crónicas e inspiradas en las experiencias del NHS con el objetivo de introducir mejoras en todos los ámbitos del sistema sanitario.
- Se plantea un modelo de atención integrada con objetivos comunes entre las diferentes organizaciones y los profesionales que intervienen en un segmento de

a

Modelo de predicción de ingresos hospitalarios. OR (intervalo de confianza de 95%, IC95%)

	OR (IC 95%)
Características sociodemográficas	
Sexo (hombre)	1,34 (1,24 - 1,45)
Edad	
45-64	2,12 (1,89 - 2,36)
>65	6,04 (5,44 - 6,7)
Morbilidad	
Diabetes insulino dependiente	2,89 (1,98 - 4,23)
Diabetes no insulino dependiente	1,42 (1,28 - 1,57)
Cardiopatía isquémica	1,64 (1,44 - 1,87)
Insuficiencia cardíaca	2,54 (2,13 - 3,03)
Enfisema	2,37 (1,54 - 3,63)
EPOC	1,76 (1,52 - 2,04)
Diagnósticos concurrentes (≥ 5)	1,91 (1,48 - 2,45)
Dispensación ≥ 4 medicamentos	3,5 (3,20 - 3,82)
Utilización de servicios/año 2006	
Ingresos urgentes (≥ 2)	16,41 (9,96 - 27,02)
Ingresos programados (≥ 2)	6,12 (4,01 - 9,34)
Días de estancia acumulada (≥ 9)	10,56 (7,17 - 15,56)
Utilización de servicios/año 2007	
Ingresos urgentes (≥ 2)	35,33 (24,20 - 51,57)
Ingresos programados (≥ 2)	5,46 (3,78 - 7,89)
Días de estancia acumulada (≥ 9)	16,97 (12,07 - 23,87)

Categorías de referencia: ser mujer; tener < 45 años; no diagnóstico de: diabetes insulino dependiente, diabetes no insulino dependiente, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, enfisema, EPOC; < 5 diagnósticos concurrentes; < 4 medicamentos; < 2 ingresos urgentes; < 2 ingresos programados; < 9 días de estancia acumulada

b

Modelo de predicción de reingresos hospitalarios. OR (IC95%) (N=174.230)

	OR (IC 95%)
Características sociodemográficas	
Sexo (hombre)	1,41 (1,13 - 1,75)
Edad	
45-64	2,79 (1,73 - 4,51)
>65	19,14 (12,69 - 28,86)
Morbilidad	
Diabetes insulino dependiente	5,7 (2,63 - 12,36)
Insuficiencia cardíaca	4,23 (3,15 - 5,69)
Enfisema	4,39 (2,25 - 8,56)
EPOC	2,23 (2,67 - 2,98)
Dispensación ≥ 4 medicamentos	3,65 (2,93 - 4,54)
Utilización de servicios/año 2006	
Días de estancia acumulada (≥ 9)	8,82 (5,57 - 13,97)
Utilización de servicios/año 2007	
Ingresos urgentes (≥ 2)	22,01 (15,45 - 31,35)
Días de estancia acumulada (≥ 9)	3,59 (2,26 - 5,69)

Categorías de referencia: ser mujer; tener < 45 años; no diagnóstico de: diabetes insulino dependiente, insuficiencia cardíaca, enfisema, EPOC; < 4 medicamentos; < 2 ingresos urgentes; < 9 días de estancia acumulada

Figura 1 a) Factores relacionados con mayor probabilidad ingresos urgentes en modelos predictivos. b) Factores relacionados con mayor probabilidad de reingresos urgentes en modelo predictivo.

población específico y en un territorio determinado. Algunas acciones ya iniciadas son el desarrollo de alternativas a la hospitalización convencional, el abordaje proactivo de estos pacientes por parte de los equipos de atención primaria, enfermeras formadas para una práctica clínica avanzada en gestión de casos y la intervención de equipos de soporte de atención al domicilio en situación de alta complejidad y de final de vida siempre en escenarios de atención compartida entre diferentes servicios asistenciales.

– *Es necesario disponer de sistemas de información potentes y deben ser proactivos.* Se pueden describir dos escenarios: la utilización de la historia clínica única o compartida y el desarrollo de soluciones de interoperabilidad entre las diferentes historias de las organizaciones permite por ejemplo que un paciente crónico complejo que ha tenido múltiples ingresos urgentes y transita por diferentes dispositivos del sistema sanitario disponga de una mayor trazabilidad y proactividad en el propio sistema. Todo ello se puede conseguir a través de un sistema de «alertas» que avisen a los profesionales de determinadas situaciones de tránsito por el sistema (aviso de ingreso y/o alta hospitalaria, por ejemplo). La utilización de la historia clínica compartida de Cataluña es otro de los escenarios que facilita que profesionales que pertenecen a diversas organizaciones puedan acceder a una

información compartida y actualizada de la situación del paciente, independientemente del sistema de información que cada organización tenga en origen.

- *Las nuevas tecnologías ofrecen soluciones de teleasistencia y monitorización* de pacientes crónicos en el domicilio. Estos dispositivos pueden ser vinculados a otros servicios (centros de seguimiento telefónicos, enfermeras gestoras de casos, etc.) que intervengan de manera conjunta en el seguimiento y control de estos pacientes. Existen ya en Cataluña algunas experiencias de monitorización de pacientes con insuficiencia cardíaca o EPOC, pero con poca participación de la atención primaria. Ésta debería asumir mayor protagonismo en la puesta en marcha de alguna de estas iniciativas (fig. 2).
- *Los pacientes y sus cuidadores también deben ser corresponsables en su proceso de atención.* La responsabilidad compartida del paciente debería concretarse en una estrategia clara de fomento del autocuidado ya que la mayoría del tiempo es el propio paciente el que realiza el automanejo de su enfermedad. Deben promocionarse iniciativas como es el caso de los programas de «paciente experto» que primero en Estados Unidos e Inglaterra y ahora en nuestro país se están concretando en diversas comunidades autónomas. Experiencias como las desarrolladas en Cataluña,



Figura 2 Monitorización domiciliaria pacientes crónicos complejos.

con el programa del paciente experto del *Institut Català de la Salut*, así como la Escuela de pacientes en Andalucía y el programa paciente experto de Murcia son claros ejemplos. En el caso de Cataluña, se observan algunos resultados preliminares positivos en relación con la satisfacción, el conocimiento, las habilidades y la calidad de vida de los participantes en este programa.

- La «atención a la dependencia» no es una competencia exclusiva de los servicios sociales. La implementación de la nueva Ley es una oportunidad para desarrollar un modelo de atención compartida diseñando modelos de cooperación en los que se elaboren planes de intervención conjuntos para estas personas entre la atención primaria de salud y los servicios sociales. A pesar de que el desarrollo de la ley de dependencia se ha llevado a cabo en la mayoría de comunidades autónomas por parte de las consejerías de Bienes-

tar Social, deberían posibilitarse espacios de relación y discusión de casos con los servicios sanitarios para poder intervenir satisfactoriamente en las poblaciones más vulnerables.

- Si queremos desarrollar un modelo de atención integrada para estos pacientes, la financiación puede ayudar. El desarrollo de modelos de atención integrada y buena práctica en estos pacientes debe ser objeto de inclusión en los nuevos modelos de financiación²¹. Debe haber objetivos comunes y transversales para que las instituciones y sus profesionales trabajen de forma compartida en un mismo territorio, independientemente del tipo de provisión y ámbito asistencial (hospital, atención primaria, sociosanitaria). Existen trabajos que propugnan la financiación capitativa ajustada al riesgo como el modelo más adecuado de financiación para impulsar modelos de atención integrada^{21,22}. Ésta ofrece importantes ventajas para conseguir la integración entre diferentes ámbitos asistenciales: fomenta la longitudinalidad asistencial, permite una cierta descentralización de riesgos a proveedores sanitarios y estimula la capacidad resolutoria.
- La aportación de la evidencia y la experiencia. Actualmente existe ya un buen nivel de evidencia en algunas áreas y modelos de atención al paciente crónico. Un documento reciente de la universidad de Birmingham aporta una relación de estrategias que la literatura especializada avala con buenos resultados (tabla 1) (fig. 3). También en los últimos años muchos países están adoptando el modelo de atención al paciente crónico de Ed Wagner como un marco de referencia de gran reconocimiento internacional para su adaptación a nivel local¹⁵.
- La atención al paciente crónico debe estar priorizada en la agenda de las consejerías de salud. Como el propio modelo de Wagner propone, la atención a la cronicidad debe ser incorporada como una prioridad real y tangible en la cartera de proyectos de las

Tabla 1 Evidencia modelos atención a pacientes crónicos

Intervención	Evidencia	Efecto	Prioridad
Soporte telefónico proactivo por enfermería	Alta	Positivo	Alta
Visitas domiciliarias proactivas	Alta	Positivo	Alta
Soporte en el autocuidado		Positivo	Alta
Autocontrol	Media	Positivo	Media
Televigilancia/Telehealthcare	Media	Positivo	Media
Proporcionar atención basada en niveles de necesidad basándose en procesos de segmentación poblacional	Media	Positivo	Media
Usuarios servicios como coprovededores asistenciales	Baja	Positivo	Media
Contacto telefónico en lugar de visitas	Baja	Positivo	Media
Enfermeras especialistas en atención primaria	Baja	Positivo	Media
Partenariados con grupos comunitarios	Baja	Positivo	Media
Integrar atención social y sanitaria	Baja	Positivo	Media
Formar profesionales en nuevos roles	Baja	Positivo	Media
Médicos de familia con algún tipo de «referencia»	Baja	Mixto	Baja
Soporte por Internet	Baja	Mixto	Baja
Planes de cuidados escritos	Media	Mixto	Baja
Registros mantenidos por pacientes	Media	Mixto	Baja

Fuente: Services for Long Term conditions. University Birmingham, 2009.



Figura 3 Modelo de atención al paciente crónico de Ed Wagner.

consejerías y ministerios. Empiezan a visualizarse algunas iniciativas interesantes, como la que está ocurriendo en Cataluña, a partir del Plan de Innovación de Atención Primaria y Salud Comunitaria, y en el País Vasco, donde se han diseñado estrategias para afrontar el reto de la cronicidad.

- *No existen soluciones unifactoriales.* A más ingredientes incorporados al modelo, más sinergia y mayor probabilidad de éxito. Se están desarrollando diversas estrategias para mejorar la atención de estos pacientes, pero la clave del éxito es construir un escenario multipropuesta con un conjunto mínimo de iniciativas, ya que la implementación de alguna de ellas de forma aislada no conduce a un cambio radical en la atención de estas personas^{23,24}.

Conclusiones

La construcción de escenarios de atención integrada para pacientes crónicos requiere diferentes acciones. La literatura médica ya ofrece experiencias y evidencias para pensar en un nuevo modelo. Se requiere que la atención proactiva para pacientes crónicos pase a ser una prioridad en la agenda de las políticas de salud de las consejerías y ministerios. La creación de este nuevo escenario exige una mayor cooperación y el coliderazgo de los profesionales asistenciales entre ellos y con los gestores, combinando una estrategia de arriba abajo (*top-down*) que aporte una visión clara desde las consejerías a las organizaciones y profesionales y de abajo arriba (*bottom-up*) que aprenda y se construya a partir de experiencias locales de innovación y buena práctica.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Bodenheimer T, Berry-Millett R. *Care Management of patients with complex health care needs*. Princeton: Robert Wood Johnson Foundation; 2009.
2. Ministerio de Sanidad y Política Social. Informe 2008: Las personas mayores en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
3. cronicidad.euskadi.net (Internet). Bilbao: Gobierno Vasco [actualizado 2010; consultado 12/12/2010]. Disponible en: <http://www.cronicidad.euskadi.net>.
4. Bodenheimer T, Berry-Millett R. Follow the money: controlling expenditures by improving care for patients needing costly services. *NEJM*. 2009;361:1521–3.
5. Rosen R, Ham C. *Integrated Care: lessons from evidence and experience*. London: The Nuffield Trust; 2008.
6. Departament Salut. Descripció i consens dels criteris complexitat assistencial i nivells d'intervenció en l'atenció al final de la vida. Barcelona: Departament de Salut; 2009.
7. Martín I, Gorroñoigoitia A, Gomez J, Baztan JJ, Abinaza P. El anciano frágil. Detección y tratamiento en AP. *Aten Primaria*. 2010;42:388–93.
8. Anderson G. *Chronic care: making the case for ongoing care*. Princeton: Robert Wood Johnson Foundation; 2010.
9. Ham C. The ten characteristics of high-performing chronic care system. *Health Econ Policy Law*. 2009;5:71–90.
10. dhcarenetworks.org.uk/Integration/ICP/Pilots (Internet). London: Department of Health [actualizado 19/1/2010; consultado 12/12/2010]. Disponible en: <http://www.dhcarenetworks.org.uk/Integration/ICP/Pilots/>.
11. Health Services Management Centre (HSMC). Evidence for transforming community services. Review: Services for long term conditions. Birmingham: University of Birmingham; 2009.
12. Contel JC, Martínez Roldán J, Jodar G. Un nuevo escenario de atención integrada para la atención de pacientes crónicos. En: Bengoa R, Nuño R, editores. *Curar y Cuidar: innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar*. Barcelona: Elsevier Masson; 2008.
13. Bengoa R. "Empantanados". *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada* (Internet) 2008 Jun. Disponible en: <http://pub.bsaltut.net/risai/vol1/iss1/8>.
14. Improvingchronicare.org (Internet). Seattle: MacColl Institute for Healthcare Innovation Group Health Research Institute [actualizado 2010; consultado 12/12/2010]. Disponible en: <http://www.improvingchronicare.org/>.
15. Rajmil L, López-Aguilà S. Desenvolupament d'un model predictiu d'ingressos i reingressos hospitalaris no programats a Catalunya. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2010.
16. Rossen R, Asaria P, Dixon A. *Improving chronic disease management: an anglo-american exchange*. London: King's Fund; 2007.
17. Coderch J. Serveis de Salut Integrats Baix Empordà (SSIBE): elementos clave en la evolución del hospital a la organización sanitaria integrada. En: Ibern P, editor. *Integración asistencial: fundamentos, experiencias y vías de avance*. Barcelona: Masson; 2006.
18. Leff B, Reider L, Frick KD, Scharfstein DO, Boyd CM, Frey K, et al. Guided care and the cost of complex healthcare: a preliminary report. *Am J Integrat Care*. 2009;15:555–9.
19. Department of Health. Caring for people with long-term conditions: an educational framework for community matrons and case managers. London: Department of Health; 2006.
20. Morales JM, Gonzalo E, Martín FJ, Morilla JC, Celdran M, Millan A, et al. Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health care. A quasi experimental, controlled, multi-centre study. *BMC Health Services Res*. 2008;8:193. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/193>.
21. Shortell SM, McCurdy RK. Integrated health systems in Engineering the System of Healthcare Delivery. *Stud Health Technol Informat*. 2010;153:369–82.

22. Ortún V, López-Casasnovas G. Financiación capitativa, articulación entre niveles asistenciales y descentralización de las organizaciones sanitarias. Bilbao: Fundación BBVA; 2002. Disponible en: <http://www.econ.upf.edu/~ortun/publicacions/paper32.pdf>.
23. Clark RA, Inglis SC, McAlister FA, Cleland JG, Stewart S. Tele-monitoring or structured telephone support programmes for patients with chronic heart failure: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2007;334:942.
24. Opimec.org (Internet). Granada: Consejería Salud Junta Andalucía. Observatorio de Prácticas Avanzadas en el Manejo Enfermedades Crónicas [actualizado 23/12/2010; consultado 23/12/2010]. Disponible en: <http://www.opimec.org/>.