



ARTÍCULO ESPECIAL

Visión crítica y argumentación sobre los programas de atención de la cronicidad en Atención Primaria y Comunitaria



Sergio Minué-Lorenzo* y Carmen Fernández-Aguilar

Integrated Health Services based on Primary Health Care WHO Collaborating Centre, Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España

Recibido el 7 de septiembre de 2017; aceptado el 27 de septiembre de 2017
Disponible en Internet el 22 de noviembre de 2017

PALABRAS CLAVE

Atención Primaria;
Cronicidad;
Modelos de atención
a crónicos;
Enfermedad;
Diagnóstico

KEYWORDS

Primary care;
Chronic care;
Chronic care Model;
Disease;
Diagnosis

Resumen El análisis detallado de los planes de atención a la cronicidad desarrollados por los servicios regionales de salud pone de manifiesto un sorprendente nivel de uniformidad en su diseño y despliegue, a pesar de las diferencias existentes entre dichos servicios. La revisión de la literatura sobre los modelos teóricos que lo sustentan y los instrumentos que lo desarrollan no aporta evidencias concluyentes que permitan afirmar que los modelos de atención a pacientes crónicos alcanzan mejores resultados que modelos de atención alternativos. A pesar de que todos los planes de atención a la cronicidad incluyen sistemas de evaluación de los mismos, no se han publicado hasta la fecha estudios rigurosos sobre su efecto.

Dado que, por el contrario, sí existen pruebas sólidas y reiteradas de que modelos con una Atención Primaria fuerte obtienen mejores resultados, cabe preguntarse sobre la necesidad de buscar modelos alternativos, cuando las metas propuestas probablemente podrían alcanzarse de fortalecer realmente la Atención Primaria.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Critical view and argumentation on chronic care programs in Primary and Community Care

Abstract The detailed analysis of the chronic care plans developed by the Spanish regional health services show a surprising level of uniformity in their design and deployment, despite differences between these services. The reviews about theoretical models that support it and

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sergiominue21@gmail.com (S. Minué-Lorenzo).

tools they develop does not provide conclusive evidence to support the chronic care models achieve better results than another alternatives of care.

Although the whole Spanish chronic care plans includes assessment proposals no rigorous studies on their effect have been published to date.

Given that, on the contrary, there is a strong and repeated evidence that health systems with Primary Care high performance obtains better outcomes, it is necessary to ask about the need to look for alternative models, when the proposed goals could be reached strengthen Primary Care.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Desde hace una década vienen implantándose programas de atención a la cronicidad en la práctica totalidad de los servicios de salud del estado. Estas iniciativas se consolidaron en España en 2011 en la llamada «Declaración de Sevilla»¹, respaldada por los servicios de salud de todas las comunidades autónomas, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 16 sociedades científicas y el Foro Español de Pacientes, donde se proponía la realización de planes integrales en el marco de una estrategia nacional integrada. La revisión de los planes elaborados por los diferentes servicios sanitarios permite diferenciar 3 oleadas sucesivas, cuyas características se sintetizan en las [tablas 1-3](#) (el acceso a los diferentes planes de cronicidad se ha realizado a través de la página web del Observatorio de Prácticas Innovadoras en el manejo de Enfermedades Crónicas Complejas de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Solo se han incluido en las tablas de análisis aquellos servicios regionales con planes específicos de atención a la cronicidad, razón por la cual no aparecen Baleares, Galicia o Extremadura). Su análisis pone de manifiesto un sorprendente nivel de uniformidad en su diseño en servicios de salud con características muy diferentes, tanto en su orientación política como en su demografía y modelo organizativo. Los lineamientos comunes a todos ellos se sintetizan en la [tabla 4](#).

La magnitud del problema

La «epidemia» de cronicidad que afecta a los sistemas sanitarios de todo el mundo tiene causas bien definidas:

- El aumento de la esperanza de vida incrementa las probabilidades de que en algún momento se cumplan los criterios diagnósticos establecidos por la comunidad científica para las enfermedades crónicas más prevalentes.
- La reducción de los umbrales para el diagnóstico de dichas condiciones incrementa inevitablemente su prevalencia².
- Las recomendaciones terapéuticas de estas condiciones implican tratar entidades asintomáticas con el fin de prevenir complicaciones potencialmente graves: la población diana mundial que precisaría tratamiento con estatinas en prevención primaria, de aplicarse las recomendaciones de la American College of Cardiology/American Heart Association, sería cercana a los 1.000 millones de personas,

un negocio estimado en un billón de dólares solo hasta 2020³.

- Buena parte de las enfermedades crónicas priorizadas están determinadas por hábitos en materia de alimentación y estilos de vida, cada vez más comunes en cualquier país del mundo.

La aplicación de estas 4 condiciones convierte a la práctica totalidad de la población adulta en portadora de al menos una enfermedad crónica⁴. Sin embargo, como señala Heath⁵, el problema no es que la enfermedad crónica produzca muertes (todo el mundo acaba por morir de una causa u otra), sino la mortalidad prematura y evitable, en la que sí hay que intensificar esfuerzos. Esta diferenciación por edad no se analiza habitualmente cuando se habla de enfermedades crónicas.

Las características de los nuevos modelos

Los modelos orientados a la gestión de enfermedades crónicas, utilizados como referencia en la gran mayoría de los planes de atención a crónicos, son fundamentalmente de 2 tipos:

1. Modelos sistémicos, centrados en la reorganización del sistema:
 - a. Chronic Care Model (CCM), desarrollado por el MacColl Center for Health Care Innovation.
 - b. Innovative Care for Chronic Conditions, definido por la Organización Mundial de la Salud sobre la base del anterior.
2. Modelos poblacionales, centrados en el análisis y respuesta a las necesidades del conjunto de sujetos afectados por las enfermedades crónicas:
 - a. Pirámide de riesgo de Kaiser Permanente, orientada a la estratificación de los pacientes de acuerdo con su complejidad y necesidades de atención.
 - b. Modelo de estratificación de riesgo de la Kings Fund británica.

Proceden del sistema sanitario americano, sustancialmente diferente de los modelos sanitarios europeos, y surgen para dar respuesta a debilidades de su sistema, como

Tabla 1 Primera generación de programas de cronicidad (2006-2012)

Característica	Aragón	Valencia	Euskadi	Andalucía	MSSSI	Cataluña
Nombre	Programas de atención a pacientes crónicos dependientes	Plan integral de atención sanitaria a las personas mayores y a los enfermos crónicos en la Comunitat Valenciana (2007-2011) Plan de atención a pacientes con enfermedades crónicas de la Comunidad Valenciana 2012	Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi	Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas	Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud	Programa de prevenció y atenció a la cronicitat
Año publicación	2006	2007 y 2012	2010	2012	2012	2012
Análisis de situación	+	+	+	+	+	+
Prevalencia al menos una enfermedad crónica	-	60%	41,5% (hombres), 46,3% (mujeres)	45,6% en > 16 años	45%	34,7% (15-64), 62,2% (> 65 años)
Enfermedades priorizadas	Situaciones de dependencia	EPOC Asma Insuficiencia cardiaca Cardiopatía isquémica Hipertensión arterial Diabetes mellitus	EPOC Asma Enfermedades cardiovasculares Diabetes mellitus Demencias Enfermedades osteoarticulares	-	-	-
Modelos de referencia teóricos	No explícito	KP	CCM/ICCC/KP/Kings Fund	No explícito	No explícito	CCM/ICCC/KP/KBS

Tabla 1 (continuación)

Característica	Aragón	Valencia	Euskadi	Andalucía	MSSSI	Cataluña
Líneas estratégicas	-	Transformar la organización Implicar a los profesionales Implicar al ciudadano	Enfoque de salud poblacional estratificado Promoción y prevención de enfermedades crónicas Responsabilidad y autonomía del paciente Continuo asistencial Intervenciones eficientes adaptadas a las necesidades del paciente	Prevención y promoción de salud Autonomía y corresponsabilidad del paciente Modelo de atención integral e integrada Gestión poblacional Orientación a resultados Gestión del conocimiento	Promoción y prevención de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico Continuidad asistencial Reorientación de la atención sanitaria Equidad en salud e igualdad de trato Investigación e innovación	Procesos clínicos integrados Protección, promoción, prevención Autorresponsabilización, autocuidado Alternativas asistenciales en sistema integral Pacientes crónicos complejos Uso racional del medicamento
Propuesta de estratificación	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Sistemas clasificación AP como eje	-	CRG	ACG	ACG	-	GMA
Criterios de evaluación	No explícito	No explícito	No explícito	Explícito	Explícito	No explícito
Estrategia de implementación	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No
Evaluación publicada	No	No (no se incluye una estrategia explícita de implementación)	Sí	No	Sí	No
	No	No (no se ha publicado evaluación)	No	No	No	No

ACG: Adjusted Clinical Group; AP: Atención Primaria; CCM: Chronic Care Model; CRG: Clinical Risk Group; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; GMA: Grup de morbiditat ajustat; ICC: Innovative Care for Chronic Conditions; KBS: Kaiser Beacon Sites, Reino Unido; KP: pirámide de riesgo de Kaiser Permanente; MSSSI: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Tabla 2 Segunda generación de programas de cronicidad

	Madrid	Murcia	Navarra	Castilla y León
Nombre	Estrategia de atención a las enfermedades crónicas de la Comunidad de Madrid	Estrategia para la atención de la cronicidad 2013-2015	Estrategia navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos	Estrategia de atención al paciente crónico en Castilla y León
Año publicación	2013	2013	2013	2013
Análisis de situación	Sí	No	Sí	Sí
Enfermedades	Diabetes mellitus EPOC, asma HTA Cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca Obesidad Hipercolesterolemia Insuficiencia renal crónica	EPOC, asma Enfermedad cardiovascular y cerebrovascular Enfermedades osteomusculares Enfermedades mentales Diabetes Cáncer	Pacientes pluripatológicos Accidente cerebrovascular EPOC, asma Cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca Demencia, párkinson Diabetes Insuficiencia hepática Insuficiencia renal Esquizofrenia, trastornos depresivos recurrentes	Insuficiencia cardiaca, arritmias, cardiopatía isquémica. Ictus Enfermedades neurodegenerativas y demencia Diabetes EPOC y asma Enfermedades inflamatorias crónicas, hepatopatías crónicas Artrosis, artritis, osteoporosis Psicosis, depresión mayor Enfermedad renal crónica
Modelos de referencia	CCM/ICCC/KP/Kings Fund	CCM/KP	CCM/ICCC/KP/ECCM/Modelo Cuidado Guiado	CCM/ICCC/KP
Líneas estratégicas	Estratificación de la población Desarrollo de roles profesionales Oferta de servicios específica para los distintos niveles de riesgo Rutas/procesos asistenciales integrados Desarrollo de herramientas informáticas Información, comunicación y educación de los pacientes y cuidadores Coordinación sociosanitaria Formación continuada Evaluación de la Estrategia y su impacto	Estratificación de la población Mejora de los sistemas de información Responsabilidad y autonomía del paciente Promoción y prevención Definición de competencias profesionales Eliminación de «bolsas de ineficiencia» Continuidad asistencial Atención farmacoterapéutica Integración sociosanitaria Investigación, innovación y evaluación continua	Estratificación de la población Continuidad e integralidad Planes operativos en perfiles de pacientes priorizados Adaptación del modelo organizativo Autocuidado; atención al cuidador Tecnologías y sistemas compartidos de información y comunicación Formación, investigación e innovación Modelo colaborativo para el gobierno y gestión del cambio	Integración asistencial Continuidad sociosanitaria Adaptación de la organización Autocuidado, responsabilidad y participación Promoción y prevención Tecnologías facilitadoras del cambio Formación e investigación
Estratificación poblacional	Sí	Sí	Sí	Sí
Sistema de clasificación	CRG/GMA	No explícito	Propio	CRG
AP como eje	Explícito	Explícito	Explícito	Explícito
Criterios de evaluación	Sí	No	Sí	Sí

Tabla 2 (continuación)

	Madrid	Murcia	Navarra	Castilla y León
Estrategia de implementación	Sí	No (no se incluye una estrategia explícita de implementación)	Sí	Sí
Evaluación publicada	No	No (no se ha publicado evaluación)	No	No
Colaboradores				Janssen-Cilag

AP: Atención Primaria; CCM: Chronic Care Model; ECCM: Modelo de Atención a Crónicos Extendido; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; GMA: Grup de morbiditat ajustat; CRG: Clinical Risk Group; HTA: hipertensión arterial; ICCG: Innovative Care for Chronic Conditions; KP: pirámide de riesgo de Kaiser Permanente.

la fragmentación de la atención en múltiples proveedores (públicos y privados) y las dificultades de prestar asistencia integral y longitudinal a sus usuarios⁶. Pero al margen de los malos resultados globales del modelo americano (el país de la OCDE con mayor porcentaje del PIB destinado a gasto en salud para alcanzar resultados en salud propios de países de bajos ingresos y con un alto porcentaje de población sin cobertura sanitaria), los resultados de modelos como el CCM o el Kaiser Permanente en Estados Unidos son difícilmente extrapolables a otros sistemas sanitarios de características sustancialmente diferentes (ausencia de validez externa).

Las evidencias disponibles sobre los nuevos modelos de atención a crónicos

Hasta el momento la revisión de la evidencia científica no aporta pruebas concluyentes respecto a la efectividad de los modelos de organización citados en comparación con modelos previamente existentes (tabla 5

). Para la realización de esta revisión se tomaron como punto de partida las revisiones de la literatura de McDonald et al.⁷ de 2007 y Oxman et al.⁸ de 2008, que resumen el estado de la cuestión hasta esa fecha. Uno de los autores realizó una revisión sistemática de la literatura por encargo de la Organización Mundial de la Salud en 2013⁹, a la que se han agregado los resultados del análisis de las revisiones sistemáticas incluidas en el grupo de revisión Cochrane EPOC (Effective Practice and Organization of Care) hasta el momento actual. Finalmente, se revisó PubMed, buscando evaluaciones de los modelos, planes e instrumentos de atención a crónicos en España.

En 2011 la revista *Medical Care* publicó 2 valoraciones contrapuestas sobre el modelo de atención a crónicos (CCM): por una parte, la del creador del modelo, Edward Wagner¹⁰, y por otra, la de Barbara Starfield¹¹. Wagner reconocía que los modelos de CCM deben estar basados en las personas y prestados fundamentalmente por la Atención Primaria (AP), considerando que existían pruebas de que los servicios que implantan CCM obtienen mejores resultados. Starfield, basándose en las propias referencias de Wagner, afirmaba por el contrario que «no existen evidencias de beneficio en focalizar la organización del sistema sanitario en un tipo particular de enfermedades, incluidas las crónicas». En su opinión, el concepto de atención a enfermedades crónicas es antitético con el de AP, al focalizarlo en enfermedades y no en personas.

Tabla 4 Lineamientos fundamentales de los planes de atención a la cronicidad

Ubicación del paciente en el centro del sistema, reorientando la asistencia hacia un modelo proactivo en lugar de reactivo, potenciando el empoderamiento de los/las pacientes, su autonomía y autocuidado
Abordaje de la atención con enfoque poblacional
Fomento de las actuaciones de prevención y promoción de la salud de las enfermedades crónicas priorizadas
Estratificación de la población en categorías susceptibles de intervenciones estandarizadas diferentes
Reorganización de la atención a través del desarrollo de diversas intervenciones orientadas a la continuidad, el fomento de las fórmulas de integración asistencial y el impulso de la coordinación entre diferentes agentes intersectoriales, especialmente en materia sociosanitaria
Desarrollo de herramientas orientadas a la gestión integral del paciente, entre las que destaca especialmente la implantación de la historia clínica electrónica única por paciente
Adecuación de los roles profesionales al nuevo modelo, lo que supone el fomento de nuevos perfiles profesionales (gestor/a de casos, enfermería de enlace, consultor hospitalario)
Reconocimiento teórico de que la Atención Primaria debe ser el eje sobre el que se centra la atención al paciente crónico

La necesidad de un cambio de modelo sanitario

Si el modelo sanitario actual no está dando la respuesta adecuada a una situación que afecta a la mayor parte de la población, sería necesario un replanteamiento radical del mismo. Sin embargo, los responsables políticos de este país presumen del buen funcionamiento del sistema sanitario, lo que coincide con el elevado nivel de satisfacción de la población con el mismo, al menos hasta el inicio de los recortes de financiación sanitaria derivados de la crisis económica (Barómetro Sanitario, 2007-2016).

Paradójicamente, el propio Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad considera en su Estrategia que un cambio de esta envergadura es posible realizarlo sin coste añadido («la mejora de la organización en el Sistema

Tabla 3 Tercera generación de programas de cronicidad

	Castilla-La Mancha	La Rioja	Asturias	Canarias	Cantabria
Nombre	Plan Director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial 2014-2017	Estrategia de atención al paciente crónico de La Rioja	Personas sanas, poblaciones sanas	Cronicidad	Plan de Atención a la Cronicidad de Cantabria
Año publicación	2014	2014	2014	2015	2015
Análisis de situación	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Prevalencia de al menos una enfermedad crónica	-	Hombre/mujer: 21,5/23,8% (16-44 años); 52/52,2% (45-64 años); 80/78% (> 65 años)	-	22% (hombre), 26,4% (mujeres)	51,97%
Enfermedades	No explícito	Insuficiencia cardiaca EPOC Diabetes mellitus Hipertensión Enfermedad renal crónica	No explícito	Enfermedad cardiovascular Diabetes mellitus Salud mental Cáncer	No explícito
Modelos de referencia	CCM/ICCC/KP	CCM/ICCC/KP/Kings Fund	Marco conceptual determinantes de las desigualdades sociales en salud ^a /CCM/RISS (OPS)/AP 21	CCM/ICCC/KP	CCM/ICCC/KP
Líneas estratégicas	Gestión del conocimiento Mejora de procesos internos de atención Autonomía y cualificación de agentes de interés Mejora de resultados de sistemas de salud	Continuidad e integridad de la atención Adaptar la organización a las necesidades del paciente crónico Autonomía, autocuidado y atención al cuidador Tecnologías y sistemas compartidos Formación e investigación	21 proyectos estratégicos articulados en 4 líneas políticas: Enfoque poblacional Salud en todas las políticas Participación y autonomía del paciente Continuidad asistencial y adaptación de intervenciones	Equidad Promoción de la salud y prevención Reorientación de la atención sanitaria Continuidad asistencial Investigación, innovación, formación	Continuidad Alternativas asistencia tradicional Promoción y educación del ciudadano Formación e investigación Tecnología de información Dolor crónico y polimedcados
Estratificación poblacional	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Sistema de clasificación	-	Propio	-	-	-
AP como eje	Sí	Sí	Sí	No explícito	Sí
Criterios de evaluación	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Estrategia de implementación	No	Sí	Sí	+/-	No
Evaluación publicada	No	No	No	No	No
Colaboradores				KPMG/ Janssen	

AP: Atención Primaria; CCM: Chronic Care Model; ICC: Innovative Care for Chronic Conditions; KP: pirámide de riesgo de Kaiser Permanente; OPS: Organización Panamericana de la Salud; RISS: Red Integrada de Servicios Sanitarios.

^a Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España.

Tabla 5 Revisión de la evidencia sobre los modelos de atención a la cronicidad y sus instrumentos

Intervención	Fuente	Conclusión	Evidencia
Reorganización de la atención	Renders et al. ²⁸	Las intervenciones profesionales múltiples y las intervenciones organizacionales que mejoran el recuerdo y la revisión periódica pueden mejorar el manejo de pacientes con diabetes	Débil
	Aubin et al. ²⁹	No es posible llegar a ninguna conclusión respecto a la efectividad de las intervenciones incluidas destinadas a mejorar la continuidad de la atención en los pacientes o proveedores de atención médica o los resultados del proceso de atención	No concluyente
	Smith et al. ³⁰	Existe incertidumbre sobre la efectividad de las intervenciones dirigidas a personas con multimorbilidad, debido al número relativamente pequeño de ensayos clínicos aleatorizados realizados hasta la fecha	No concluyente
Chronic Care Model	McDonald et al. ⁷	La revisión de la evidencia actual no demuestra mejor resultado de ningún modelo concreto de coordinación. Así mismo, no hay pruebas sobre la efectividad de programas de cuidados coordinados (gestión de enfermedades o de casos) en los pacientes con múltiples problemas crónicos	No
	Oxman et al. ⁸	Algunos de los componentes del modelo de Chronic Care Model, solos o en combinación, pueden mejorar la calidad de la atención, los resultados clínicos o el uso de los recursos, pero los efectos no son consistentes y numerosos obstáculos limitan su uso	No concluyente
	Nolte y McKee ³¹	La evidencia es poco concluyente sobre la efectividad del CCM, cuyo resultado dependerá de las características específicas del sistema en que se implanten	No concluyente
	Peytremann-Bridevaux et al. ³²	Existe una evidencia de moderada a baja calidad de que los programas de manejo de enfermedades crónicas para adultos con asma pueden mejorar la calidad de vida específica del asma, la gravedad del asma y las pruebas de función pulmonar. Sin embargo, la composición óptima de los programas de gestión de las enfermedades crónicas del asma y su valor añadido necesitan más investigación	Débil
	Minué et al. ¹⁰	La evidencia sobre la efectividad de los diferentes modelos de integración permanece incierta; buena parte de ellas no están basadas en Atención Primaria, agravando los problemas de fragmentación y segmentación, recomendándose la evaluación de las experiencias que pudieran llevarse a cabo	No concluyente
	Van Leeuwen et al. ³³	Puesto que el modelo de CCM adaptado a pacientes geriátricos no es costo-efectivo en comparación con la forma habitual de atención tras 24 meses de seguimiento, no se recomienda una implementación generalizada	No
Intervención	Fuente	Conclusión	Evidencia
Modelo Kaiser Permanente	Feachem et al. ³⁴	Kaiser Permanente (KP) en California alcanzaba mejores resultados en desempeño y gasto que el Sistema Nacional de Salud británico (NHS) (fundamentalmente en duración de la estancia media hospitalaria y acceso a determinados servicios especializados) a un coste ligeramente superior	Sí

Tabla 5 (Continued)

Intervención	Fuente	Conclusión	Evidencia
	Ham et al. ³⁵	La utilización de cama hospitalaria era 3 veces y media mayor en el NHS que el KP-California para las 11 principales causas de ingreso. La razón de la mayor eficiencia de KP parecía deberse a una combinación de bajas tasas de admisión y una menor estancia media, consecuencia de una mayor integración de servicios, un manejo mucho más activo de pacientes, el uso del autocuidado y un mayor liderazgo clínico	Sí
	Frølich et al. ³⁶	En comparación con el sistema de salud danés, KP tenía una población con más enfermedades documentadas y mayores costes de operaciones, empleando menos médicos y recursos como la cama hospitalaria. Las medidas de calidad observadas parecían mayores en KP. Sin embargo, comparaciones simples entre sistemas sanitarios pueden tener un valor limitado si no existe una información detallada sobre los mecanismos subyacentes o en relación con las estrategias de mejora extrapolables	Débil
Gestión de casos (case management)	Peytremann-Bridevaux et al. ³²	Existe una evidencia de moderada a baja calidad de que los programas de manejo de enfermedades crónicas para adultos con asma pueden mejorar la calidad de vida específica del asma, la gravedad del asma y las pruebas de función pulmonar. Sin embargo, la composición óptima de los programas de gestión de las enfermedades crónicas del asma y su valor añadido necesitan más investigación	Débil
	Garcés y Ródenas ³⁷	La comparación (no aleatorizada ni ciega) de un grupo de intervención (creación de un equipo de gestión de casos) con otro de control obtuvo como resultado un incremento en el uso combinado de recursos sanitarios y sociales, una disminución de las consultas médicas y una mayor satisfacción en los pacientes en el grupo de intervención	Sí
Profesionales de enlace	Gillies et al. ³⁸	Existe evidencia de que los dispositivos de enlace mejoran la salud mental hasta por 3 meses, así como la satisfacción y adherencia hasta durante 12 meses. Sin embargo, la calidad general de los ensayos fue baja, especialmente en lo que respecta al sesgo de rendimiento y desgaste, y puede haber resultado en una sobreestimación de la efectividad. Se necesitan más pruebas para determinar su eficacia	Débil
Atención domiciliaria	Young et al. ³⁹	No hay suficientes datos publicados de alta calidad. Hubo algunos datos que evidencian que la atención basada en la comunidad puede estar asociada con la mejora de la calidad de vida y la función física en comparación con la atención institucional. Sin embargo, las alternativas comunitarias a la atención institucional pueden estar asociadas con un mayor riesgo de hospitalización	No concluyente
	Ward et al. ⁴⁰	No hay evidencia suficiente para comparar los efectos de la atención domiciliaria frente a la hospitalaria en relación con los resultados de rehabilitación de personas mayores	No

Tabla 5 (Continued)

Intervención	Fuente	Conclusión	Evidencia
	Shepperd et al. ⁴¹	La evidencia incluida en esta revisión apoya el uso de programas de cuidados del final de la vida en el hogar para aumentar el número de personas que morirán en él, aunque el número de personas admitidas en el hospital mientras reciben cuidados de fin de vida debe ser controlado	Sí
	Shepperd et al. ⁴²	Los programas de evitación del ingreso hospitalario mediante la atención en domicilio, con la opción de traslado al hospital, pueden proporcionar una alternativa efectiva a la atención hospitalaria para un grupo selecto de pacientes ancianos que requieren hospitalización. Sin embargo, la evidencia está limitada por los escasos ensayos controlados aleatorizados incluidos en la revisión	Débil
Reordenación de servicios	Smith et al. ⁴³	Esta revisión evidencia que la atención compartida mejora los resultados de la depresión y probablemente tiene efectos mixtos o limitados sobre otros resultados. Las deficiencias metodológicas, en particular la duración inadecuada del seguimiento, pueden explicar en parte estos efectos limitados. Los hallazgos de la revisión apoyan la creciente base de evidencia para la atención compartida en el manejo de la depresión, particularmente los modelos escalonados de cuidado compartido	Sí
	Laurant et al. ⁴⁴	Los hallazgos evidencian que las enfermeras debidamente capacitadas pueden producir una atención de tan alta calidad como los médicos de Atención Primaria y lograr buenos resultados de salud para los pacientes. Sin embargo, esta conclusión debe considerarse con cautela dado que solo un estudio fue impulsado para evaluar la equivalencia de la atención	Débil
Planificación de altas e ingresos	Gonçalves-Bradley et al. ⁴⁵	La planificación al alta adaptada al paciente individual probablemente provoque una pequeña reducción en la duración hospitalaria de la estancia. También puede producir una mayor satisfacción con la asistencia sanitaria para pacientes y profesionales, pero hay pocas pruebas de que reduzca los costos para el servicio de salud	Débil
	Gonçalves-Bradley et al. ⁴⁶	A pesar del creciente interés en el potencial de los servicios hospitalarios a domicilio de alta precoz como una alternativa menos costosa a la atención hospitalaria, esta revisión proporciona evidencia insuficiente de beneficio económico (a través de una reducción en la duración del hospital)	No concluyente
Protocolos, GPC	Thomas et al. ⁴⁷	Hay alguna evidencia de que la atención mediada por Guías de Práctica Clínica es eficaz para cambiar el proceso y los resultados de la atención proporcionada por las profesiones relacionadas con la medicina. Sin embargo, se necesita precaución en la generalización de los resultados a otras profesiones y entornos	Débil
	Flodgren et al. ⁴⁸	Las herramientas de implementación desarrolladas por los productores de guías reconocidos probablemente llevan a una mejor adherencia de los profesionales de la salud a las pautas en el manejo del dolor de espalda no específico y el orden de las pruebas de función tiroidea	Débil

Tabla 5 (Continued)

Intervención	Fuente	Conclusión	Evidencia
Procesos integra-dos/vías clínicas	Rotter et al. ⁴⁹	Las vías clínicas se asocian con una reducción de las complicaciones intrahospitalarias y una mejor documentación, sin repercusiones negativas sobre la duración de la estancia y los costos hospitalarios	Débil
Tecnologías de la Informa-ción y Comuni-cación (TIC)	Gagnon et al. ⁵⁰	Existen pruebas muy limitadas sobre intervenciones eficaces que promueven la adopción de las TIC por parte de los profesionales sanitarios. La eficacia de las intervenciones para promover la adopción de las TIC en los entornos sanitarios sigue siendo incierta y se necesitan ensayos más bien diseñados	No concluyente
Telemedicina (TM)	Flodgren et al. ⁵¹	Hay pruebas de que la TM puede mejorar el control glucémico de pacientes con diabetes. Su eficacia puede depender de diferentes factores, incluyendo aquellos relacionados con la población del estudio, la gravedad de la enfermedad y la trayectoria de la enfermedad de los participantes	Débil
Autocuidado	Martin et al. ⁵²	Existe una falta de evidencia empírica para apoyar o refutar el uso de las tecnologías inteligentes domiciliarias dentro de la salud y el cuidado social	No
Paciente experto	Greenhalgh ⁵³	Los programas de autogestión basados en el paciente experto siguen siendo la política preferida en la mayor parte de los países, pero las pruebas sobre su eficacia son débiles. Es el momento de ir más allá de ellos abordando modelos más holísticos que incluyan el contexto familiar social y político de las personas. Se necesitan más programas de cambio, en especial los que actúen sobre determinantes sociales de inequidades en salud	Débil
Integración asisten-cial	Dudley y Garner ⁵⁴	Existen algunas pruebas de que la vinculación de servicios puede mejorar la utilización y los resultados de la prestación de asistencia sanitaria. Sin embargo, hasta la fecha no hay pruebas de que una forma más completa de integración mejore la prestación de los servicios de salud o el estado de salud	No concluyente

Nacional de Salud para responder al reto de la cronicidad no implica necesariamente un aumento de recursos. . .»).

Cabría suponer que la sustitución por un nuevo modelo precisaría de la existencia de pruebas concluyentes respecto a la efectividad y eficiencia del mismo; algo que, como ya se ha señalado, aún no ha sido adecuadamente acreditado.

Una revisión detallada de los diferentes planes permite considerar que su desarrollo se fundamenta a menudo, más que en la aplicación estricta de un nuevo modelo de organización, en la utilización de diferentes herramientas e instrumentos (tabla 6). Como se indica en la tabla 5, su efectividad y eficiencia es variable y controvertida, pero en cualquier caso su aplicación podría ser perfectamente compatible con el modelo de organización actual, sin la asunción de cambios radicales que suponen inevitablemente un gasto añadido, cuyo coste de oportunidad no está contemplado.

Así mismo, si la AP debiera ser el eje sobre el que articular la atención a los pacientes con enfermedades crónicas (tal y como señalan la mayor parte de los planes), resulta paradójico que no se explore explícitamente el fortalecimiento

de este nivel asistencial, observándose, por el contrario, un deterioro progresivo y notable de la misma en la década 2007-2017, manifestada de forma concreta en la evolución de la financiación destinada a este nivel.

La definición de la «enfermedad»

El término «disease» conjuga 2 elementos: dis-ease, la ausencia de «facilidad» para la realización de una vida normal, la aparición de una disfunción. Tradicionalmente, lo que definía la enfermedad era la presencia de síntomas o signos; sin embargo, la búsqueda activa de alteraciones asintomáticas, apoyada en un desarrollo tecnológico muy relevante, amplía cada vez más el campo de las enfermedades al terreno de la simple alteración de parámetros, hoy bioquímicos y pronto genéticos (en 1982 podían ser detectadas lesiones hepáticas de hasta 20 mm; en 2008, menores de 2 mm)¹².

Este proceso de definición de enfermedades se encuentra ampliamente influido por la industria farmacéutica, en

Tabla 6 Instrumentos, intervenciones y medidas

	Andalucía	Asturias	Canarias	Cantabria	Castilla y León	Castilla-La Mancha	Cataluña	Euskadi	La Rioja	Madrid	Murcia	Navarra	Valencia	MSSSI
Estratificación	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Gestión de casos	+	+	+	+		+	+	+	+	+	+	+	+	+
Enfermería de enlace	+			+	+				+	+		+	+	+
Atención domiciliaria		+	HD	HD	+		+	+	HD	+	+	ESAD/UCPHD		+
Consultor hospitalario de referencia			+	+	+				+	+	+	+	+	+
Unidad hospitalaria de referencia	+			+	UCA UCSS		+		+	+	+	+	+	
Planificación de altas e ingresos				+					+	+	+	+		+
Planes individuales de actuación	+		+		+					+	+	+		+
Protocolos, GPC		+	+	+			+	+	+	+	+	+	+	+
PAI/rutas asistenciales	+	+	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	+
TIC	+	+	+		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Telemedicina	Sí		Sí	Sí	Sí		Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Hospitales de subagudos		+					+	+			+	+	HACLE	
Colaboración sociosanitaria	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	+	+	+
Paciente activado/autocuidado	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Escuelas de pacientes	+	+	+		+			+	+		+	+	+	+

Tabla 6 (continuación)

	Andalucía	Asturias	Canarias	Cantabria	Castilla y León	Castilla-La Mancha	Cataluña	Euskadi	La Rioja	Madrid	Murcia	Navarra	Valencia	MSSSI
Atención al cuidador	+	+	+		+	+			+	+	+	+	+	+
Uso racional del medicamento	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	+		+
Formación de profesionales y pacientes	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Fomento de investigación	+		+	+	+			+	+	+	+	+	+	+
Fomento de la calidad y seguridad	+	+		+								+		+
Orientación hacia la integración asistencial	+				+		+	+	+			+	+	+
Remodelación del modelo de gestión		+			+		+	+			+	+	+	+
Modelo de financiamiento				+			+	+	+			+		
Incentivos ligados a metas	Sí			+							+	+	+	
Énfasis en determinantes salud	+	+												+
Identificación de prácticas innovadoras	+		+		+			+	+			+	+	+

ESAD: Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria; GPC: Guías de Práctica Clínica; HACLE: Hospitales de Asistencia a Crónicos y Larga Estancia; HD: Hospitalización Domiciliaria; MSSSI: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; PAI: Proceso Asistencial Integrado; TIC: Tecnologías de la Información y la Comunicación; UCA: Unidad de Continuidad Asistencial; UCP: Unidad de Cuidados Paliativos; UCSS: Unidad de Convalecencia Socio-Sanitaria.

cuyo proceso juegan un papel preponderante los profesionales participantes en los paneles que establecen diagnósticos, y cuyos conflictos de interés con la industria son notorios¹³; paradójicamente, la definición de enfermedades no está sujeta a los mismos niveles de escrutinio que se establecen en la aprobación de nuevos fármacos.

El hecho de que sean los parámetros y no los síntomas los que determinan la existencia de una enfermedad supone «la aparición de enormes reservorios de enfermedad no diagnosticada aún en las poblaciones humanas» (Kaplan⁹). Ser identificado como depositario de una enfermedad concreta suele significar la puesta en marcha de una cascada de intervenciones médicas, pero, sin embargo, muchos de estos tratamientos no contribuyen realmente a vivir más o mejor, puesto que no son más que intervenciones destinadas a reducir alteraciones de parámetros bioquímicos.

La metáfora dominante en el ejercicio de la medicina se construyó a partir de una secuencia de 2 intervenciones: el diagnóstico identifica el problema y el tratamiento lo resuelve. Este modelo de pensamiento, lineal, procedente de una concepción newtoniana del universo, centra la atención en los componentes del mismo y sus relaciones de causa y efecto. Como señala Kaplan, este reduccionismo fue propuesto precisamente como remedio ante la sobrecarga de información; pero no por ello se reducirá la complejidad del ser humano o del sistema sanitario.

¿Síntomas o enfermedades?

La diferencia entre dolencia y enfermedad (illness versus diseases) se establece en la interacción ocurrida en la consulta: se entra en ella con la primera, y se sale con la segunda. Pero, sin embargo, casi un tercio de los síntomas con los que se acude a las consultas no tienen una explicación médica, y cerca de una cuarta parte acaban convirtiéndose en crónicos¹⁴.

Rosenberg¹⁵ alertaba sobre la forma en que las tablas nosológicas pueden cambiar la vida de hombres y mujeres, a pesar de que el médico sabe lo arbitrario que puede ser ese diagnóstico. Consideraba que «la medicina contemporánea y las burocracias sanitarias han convertido a las entidades llamadas enfermedades en actores socialmente reales, mediante las pruebas de laboratorio, los umbrales que definen la patología, los factores estadísticos de riesgo y otros artefactos procedentes de la Empresa Biomédica». De esta forma, la enfermedad, el diagnóstico concretado en un código, deviene en entidad que existe al margen de sus manifestaciones en hombres y mujeres únicos, susceptible por ello de ser categorizado, estandarizado y estratificado.

Este proceso de etiquetado aporta también ventajas para el paciente: el diagnóstico se ha convertido, en palabras de Rosenberg, en el «password» para acceder al sistema sanitario, lo que da carta de realidad al padecimiento que el sujeto sufre. Por ello no es extraño que las personas que no reciben etiqueta para su padecimiento presenten una mayor preocupación, un menor grado de cumplimiento de sus expectativas y un menor grado de satisfacción con la atención¹⁶.

Frente a este proceso de codificación, Starfield⁶ mantiene que la atención es mejor cuando reconoce los problemas de las personas más que sus diagnósticos, siendo el reto precisamente el ser capaz de identificarlos. En esa

misma línea, Tinetti y Fried abogan por orientar el proceso de decisión clínica no a fijar diagnósticos, sino al logro de los objetivos individuales y la identificación y el tratamiento de todos los factores que intervienen, tanto biológicos como no biológicos¹⁷.

Qué es enfermedad crónica

Bajo el paradigma mecanicista, la enfermedad se construye en código binario (Kaplan¹²): la enfermedad existe o no, es aguda o crónica. Sin embargo, las enfermedades son procesos, cuyo origen probablemente se remonte a mucho tiempo antes de ser diagnosticados, y en los que la existencia de la misma no supone necesariamente sufrir o morir a consecuencia de ella: algunos estudios ponen de manifiesto que cerca de la mitad de los hombres entre 70 y 80 años tienen cáncer de próstata¹⁸ y que más del 75% de los mayores de 65 años tienen placas de ateroma en sus carótidas (la prevalencia llega al 100% en el cáncer de tiroides, según hallazgos de autopsias¹⁹).

Sin embargo, las enfermedades crónicas no son entidades independientes, sino artificios establecidos para facilitar la decisión clínica: Starfield¹¹ señala que «las enfermedades agudas y crónicas comparten etiologías comunes; las enfermedades crónicas tienen exacerbaciones agudas y hacen a las personas vulnerables a estas, así como la repetición de enfermedades agudas puede tener la apariencia de un trastorno crónico».

Además de ello, no conviene ignorar lo que puede significar para una persona ser etiquetado de una enfermedad de carácter crónico: Rabin et al.²⁰ señalan que aquellas personas que conceptualizan como crónico o recidivante el cáncer que padecen reportan más ansiedad, depresión o preocupación que aquellos que la conciben como una enfermedad aguda (que surge, se trata y desaparece). Los modelos mentales se convierten así en poderosas guías de la elección de los pacientes.

A diferencia de lo anterior, contemplar la dolencia como la interrelación de diagnósticos (el enfoque característico de la AP) no solo permite reconocer en toda su importancia la multimorbilidad (cuya intensidad es la que determina realmente el consumo de recursos, y no el tipo o característica de la enfermedad), sino que además permite identificar las inequidades en salud entre grupos poblacionales, habida cuenta de que son los grupos más vulnerables los que tienen una mayor probabilidad de sufrir enfermedades múltiples¹¹.

¿Qué tipos de enfermedades crónicas se priorizan?

El programa de enfermedades no transmisibles de la Organización Mundial de la Salud (NCD Alliance) estaba apoyado por un grupo de soporte formado por las empresas farmacéuticas y de tecnología sanitaria más importantes del mundo (Heath⁵). Indudablemente, las enfermedades que se priorizan en los planes de «cronicidad» generan una elevada morbimortalidad, pero no son las únicas; sí comparten, en cambio, el hecho de que existen tratamientos farmacológicos para ellas.

Condiciones como la violencia o la pobreza generan no menos morbimortalidad, y sin embargo, no son

priorizadas en ningún modelo de estas características (exceptuando algunos casos excepcionales, como Asturias). Si tomamos como ejemplo la pobreza, un 22,3% de la población española está en riesgo de ella, situación que afecta al 40% de la población infantil (el tercer país con la tasa más alta en esta población de Europa)²¹ y que también afecta ya al 13% de la población mayor de 65 años; mayor que las prevalencias de muchas de las enfermedades crónicas priorizadas²².

Aunque la pobreza no esté incluida en la Clasificación Internacional de Enfermedades, es poco discutible que genera un elevado sufrimiento a quienes la padecen e incrementa su mortalidad; de hecho, las enfermedades ocurren con más frecuencia y son más graves en las personas más desfavorecidas socialmente²³, independiente del país o el continente. En esta misma dirección, los trabajos de Elisabeth Blackburn demuestran que un mayor nivel de estrés en la vida cotidiana acelera el acortamiento de los telómeros²⁴, reduciendo la duración de la vida celular, estrés muy evidente en situaciones de pobreza, violencia o desarraigo.

Conclusión

Ante la ausencia de pruebas concluyentes sobre modelos de integración, McDonald recomendaba en su revisión que «los decisores políticos y gestores deberían ser cautos antes de invertir recursos significativos para implantar intervenciones sin evidencia demostrada de su valor, aunque parezca que tienen sentido». Es una sugerencia prudente que, sin embargo, no parece ser tenida en cuenta en el proceso de implementación de la atención a la cronicidad. En cualquier caso, dada la inevitable inversión en recursos públicos que supone, debería ser de obligado cumplimiento realizar una evaluación rigurosa de sus resultados. A pesar de que la mayor parte de los diferentes planes incluyen estrategias e indicadores de evaluación, no se ha publicado ninguna evaluación que permita conocer con claridad sus efectos en ningún servicio de salud español (la única evaluación realizada señala el cambio de cultura hacia la integración que ha supuesto y la propia progresión observada hacia el modelo ideado)²⁵.

En su revisión de la iniciativa sobre enfermedades no transmisibles de Naciones Unidas, De Maeseneer et al. concluían: «La NCD Alliance calcula que será necesario un compromiso anual de 9.000 millones de dólares por año para financiar intervenciones prioritarias. Nuestro consejo sería añadir otros 9.000 millones de dólares para fortalecer los servicios locales de Atención Primaria en los mismos países»²⁶. Argumento relevante, porque a diferencia de los nuevos modelos de atención a la cronicidad, sí hay múltiples evidencias que demuestran mejores resultados de un sistema sanitario si se orienta hacia la AP²⁷. El propio Wagner, en su debate con Starfield, reconocía que el CCM siempre fue planeado «como complemento de una AP excelente». Cabe preguntarse si un verdadero fortalecimiento de la AP no sería la mejor opción ante los desafíos sanitarios planteados, sin necesidad de recurrir a innovaciones externas sin evidencia de su efectividad.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Orozco-Beltrán D, Ollero M. Conferencia nacional para la atención al paciente con enfermedades crónicas. *Aten Primaria*. 2011;43:165–6.
- Yudkin JS. The epidemic of pre-diabetes: The medicine and the politics. *BMJ*. 2014;349:g4485, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g4485>.
- Ioannidis JP. More than a billion people taking statins? Potential implications of the new cardiovascular guidelines. *JAMA*. 2014;311:463–4.
- Godlee F. Who should define disease? *BMJ*. 2011;342:d2974.
- Heath I. Seeming virtuous on chronic diseases. *BMJ*. 2011;343:d4239.
- Starfield B. Is patient-centered care the same as person-focused care? *Perm J*. 2011;15:63–9.
- McDonald KM, Sundaram V, Bravata DM, Lewis R, Lin N, Kraft SA, et al. Closing the quality gap: a critical analysis of quality improvement strategies. *Care Coordination vol 7. Technical Review 9. AHRQ Publication No. 04(07)-0051-7*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2007.
- Oxman A, Bjorndal A, Flottorp SA, Lewin S, Lindahl AK. Integrated health care for people with chronic conditions. A policy brief. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services; 2008.
- Minué S, Martufi V, Benitez V, on behalf of WHO. Systematic review of available evidence on integrated health services. Granada: EASP; 2013.
- Wagner EH. Counterpoint: Chronic illness and primary care. *Med Care*. 2011;49:973–5.
- Starfield B. Point: The changing nature of disease implications for health services. *Med Care*. 2011;49:971–2.
- Kaplan RM. Disease, diagnoses, and dollars. Facing the ever-expanding market for medical care. New York: Springer-Verlag; 2009.
- Moynihan R. A new deal on disease definition. *BMJ*. 2011;342, d2548.
- Kroenke KA. Practical and evidence-based approach to common symptoms. *Ann Intern Med*. 2014;161:579–86.
- Rosenberg C. The tyranny of diagnosis: Specific entities and individual experience. *Milbank Q*. 2002;80:237–60.
- Rosendal M, Carlsen AH, Rask MT. Symptoms as the main problem: A cross-sectional study of patient experience in primary care. *BMC Fam Pract*. 2016;17:29.
- Tinetti ME, Fried T. The end of the disease era. *Am J Med*. 2004;116:179–85.
- Gossellar C, Roobol MJ, Schroeder FH. Prevalence and characteristics of screen-detected prostate carcinomas at low prostate-specific antigen levels: Aggressive or insignificant? *BJU Int*. 2005;95:231–7.
- Welch HG, Black WC. Using autopsy series to estimate the disease "reservoir" for ductal carcinoma in situ of the breast: How much more breast cancer can we find? *Ann Intern Med*. 1997;127:1023–8.
- Rabin C, Leventhal H, Goodin S. Conceptualization of disease timeline predicts posttreatment distress in breast cancer patients. *Health Psychol*. 2004;23:407–12.
- Cantillon B, Chzhen Y, Handa S, Nolan B. Children of austerity: Impact of the Great Recession on child poverty in rich countries. Oxford: Oxford University Press; 2017.
- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de condiciones de vida. INE; 2017 [consultado 2 Sep 2017]. Disponible

- en:http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176807&menu=ultiDatos&idp=1254735976608.
23. Venkatapuram S, Bell R, Marmot M. The right to sutures: Social epidemiology, human rights and social justice. *Health Human Rights*. 2010;12:3–16.
 24. Faresjo A, Theodorsson E, Chatziarzenis M, Sapouna V, Claesson HP, Koppner J, et al. Higher perceived stress but lower cortisol levels found among young Greek adults living in a stressful social environment in comparison with Swedish young adults. *PLoS One*. 2013;13:e73828.
 25. Nuño-Solinís R. Desarrollo e implementación de la Estrategia de Cronicidad del País Vasco: lecciones aprendidas. *Gac Sanit*. 2016;30(S1):106–10.
 26. De Maeseneer J, Roberts RG, Demarzo M, Heath I, Sewankambo N, Kidd MR, et al. Tackling NCDs: A different approach is needed. *Lancet*. 2012;379:1860–1.
 27. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, Saltman RB. Building primary care in a changing Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015.
 28. Renders CM, Valk GD, Griffin SJ, Wagner E, van Eijk JTM, Assendelft WJJ. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. *Cochrane Database Syst Rev* 2001, Issue 1. Art. No.: CD001481. DOI: 10.1002/14651858.CD001481.
 29. Aubin M, Giguère A, Martin M, Verreault R, Fitch MI, Kazanjian A, et al. Interventions to improve continuity of care in the follow-up of patients with cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 7. Art. No.: CD007672. DOI: 10.1002/14651858.CD007672.pub2.
 30. Smith SM, Wallace E, O'Dowd T, Fortin M. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database Syst Rev* 2016, Issue 3. Art. No.: CD006560. DOI: 10.1002/14651858.CD006560.pub3.
 31. Nolte E, McKee M. Caring for people with chronic conditions. Berkshire: Open University; 2008.
 32. Peytremann-Bridevaux I, Arditì C, Gex G, Bridevaux P, Burnand B. Chronic disease management programmes for adults with asthma. *Cochrane Database Syst Rev* 2015, Issue 5. Art. No.: CD007988. DOI: 10.1002/14651858.CD007988.pub2.
 33. Van Leeuwen KM, Bosmans JE, Jansen APD, Hoogendijk EO, Muntinga ME, van Hout HPJ, et al. Cost-effectiveness of a chronic care model for frail older adults in Primary Care: Economic evaluation alongside a stepped-wedge cluster-randomized trial. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63:2494-504.
 34. Feachem RGA, Sekhri NK, White KL. Getting more for their dollar: A comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *BMJ*. 2002;324:135-43.
 35. Ham C, York N, Sutch S, Shaw R. Hospital bed utilization in the English NHS, Kaiser Permanente, and the US Medicare programme: Analysis of routine data. *BMJ*. 2003;327:1257-60.
 36. Frølich A, Schiøtz ML, Strandberg-Larsen M, Hsu J, Krasnik A, Diderichsen F, et al. A retrospective analysis of health systems in Denmark and Kaiser Permanente. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:252.
 37. Garcés J, Ródenas F. La gestión de casos como metodología para la conexión de los sistemas sanitario y social en España. *Aten Primaria*. 2015;47:482-9.
 38. Gillies D, Buykx P, Parker AG, Hetrick SE. Consultation liaison in primary care for people with mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2015, Issue 9. Art. No.: CD007193. DOI: 10.1002/14651858.CD007193.pub2.
 39. Young C, Hall AM, Gonçalves-Bradley D, Quinn TJ, Hoof L, Van Munster BC, et al. Home or foster home care versus institutional long-term care for functionally dependent older people. *Cochrane Database Syst Rev* 2017, Issue 4. Art. No.: CD009844. DOI: 10.1002/14651858.CD009844.pub2.
 40. Ward D, Drahota A, Gal D, Severs M, Dean TP. Care home versus hospital and own home environments for rehabilitation of older people. *Cochrane Database Syst Rev* 2008, Issue 4. Art. No.: CD003164. DOI: 10.1002/14651858.CD003164.pub2.
 41. Shepperd S, Gonçalves-Bradley D, Straus SE, Wee B. Hospital at home: Home-based end-of-life care. *Cochrane Database Syst Rev* 2016, Issue 2. Art. No.: CD009231. DOI: 10.1002/14651858.CD009231.pub2.
 42. Shepperd S, Iliffe S, Doll HA, Clarke MJ, Kalra L, Wilson AD, et al. Admission avoidance hospital at home. *Cochrane Database Syst Rev* 2016, Issue 9. Art. No.: CD007491. DOI: 10.1002/14651858.CD007491.pub2.
 43. Smith SM, Cousins G, Clyne B, Allwright S, O'Dowd T. Shared care across the interface between primary and specialty care in management of long term conditions. *Cochrane Database Syst Rev* 2017, Issue 2. Art. No.: CD004910. DOI: 10.1002/14651858.CD004910.pub3.
 44. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2005, Issue 2. Art. No.: CD001271. DOI: 10.1002/14651858.CD001271.pub2.
 45. Gonçalves-Bradley D, Lannin NA, Clemson LM, Cameron ID, Shepperd S. Discharge planning from hospital. *Cochrane Database Syst Rev* 2016, Issue 1. Art. No.: CD000313. DOI: 10.1002/14651858.CD000313.pub5.
 46. Gonçalves-Bradley D, Iliffe S, Doll HA, Broad J, Gladman J, Langhorne P, et al. Early discharge hospital at home. *Cochrane Database Syst Rev* 2017, Issue 6. Art. No.: CD000356. DOI: 10.1002/14651858.CD000356.pub4.
 47. Thomas LH, Cullum NA, McColl E, Rousseau N, Soutter J, Steen N. Guidelines in professions allied to medicine. *Cochrane Database Syst Rev* 1999, Issue 1. Art. No.: CD000349. DOI: 10.1002/14651858.CD000349.
 48. Flodgren G, Hall AM, Goulding L, Eccles MP, Grimshaw JM, Leng GC, et al. Tools developed and disseminated by guideline producers to promote the uptake of their guidelines. *Cochrane Database Syst Rev* 2016, Issue 8. Art. No.: CD010669. DOI: 10.1002/14651858.CD010669.pub2.
 49. Rotter T, Kinsman L, James EL, Machotta A, Gothe H, Willis J, et al. Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs. *Cochrane Database Syst Rev* 2010, Issue 3. Art. No.: CD006632. DOI: 10.1002/14651858.CD006632.pub2.
 50. Gagnon MP, Légaré F, Labrecque M, Frémont P, Pluye P, Gagnon J, et al. Interventions for promoting information and communication technologies adoption in healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev* 2009, Issue 1. Art. No.: CD006093. DOI: 10.1002/14651858.CD006093.pub2.
 51. Flodgren G, Rachas A, Farmer AJ, Inzitari M, Shepperd S. Interactive telemedicine: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2015, Issue 9. Art. No.: CD002098. DOI: 10.1002/14651858.CD002098.pub2.
 52. Martin S, Kelly G, Kernohan WG, McCreight B, Nugent C. Smart home technologies for health and social care support. *Cochrane Database Syst Rev* 2008, Issue 4. Art. No.: CD006412. DOI: 10.1002/14651858.CD006412.pub2.
 53. Greenhalgh T. Chronic illness: Beyond the expert patient. *BMJ*. 2009;338:b49.
 54. Dudley L, Garner P. Strategies for integrating primary health services in low- and middle-income countries at the point of delivery. *Cochrane Database Syst Rev* 2011, Issue 7. Art. No.: CD003318. DOI: 10.1002/14651858.CD003318.pub3.