



ARTÍCULO ESPECIAL

Situaciones de cronicidad compleja y coordinación sociosanitaria



Juan Carlos Morilla Herrera^{a,b,*}, José Miguel Morales Asencio^{b,c},
Shakira Kaknani^{b,d} y Silvia García Mayor^{b,d}

^a Unidad de Residencias, Distrito Sanitario de Atención Primaria de Málaga-Valle del Guadalhorce, España

^b Grupo de investigación CTS 970 «Cronicidad, Dependencia, Cuidados y Servicios de Salud», España

^c Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Málaga, España

^d Unidad de Investigación del Distrito Sanitario de Atención Primaria de Málaga-Valle del Guadalhorce, España

Recibido el 20 de julio de 2015; aceptado el 2 de agosto de 2015

Disponible en Internet el 9 de septiembre de 2015

PALABRAS CLAVE

Cuidados de largo
larga duración;
Anciano frágil;
Continuidad
asistencial;
Cuidados integrales

Resumen La atención centrada en la persona es una de las metas más perseguidas en los servicios de salud actuales. Es necesario poder garantizar un nivel suficiente de trabajo cooperativo y coordinado entre distintos proveedores y entornos, que incluya a la familia, y recursos sociales y comunitarios.

La integración clínica se produce cuando el cuidado de los pacientes prestado por profesionales y proveedores se integra en un único y coherente proceso a través de las diferentes profesiones mediante el uso de guías y protocolos compartidos. Dicha coordinación puede desarrollarse a tres niveles: macro, que supone la integración de uno o más de los tres elementos básicos que sustentan la atención de salud (el plan de salud, la atención primaria y la atención especializada), con el objetivo de reducir la fragmentación de la atención; meso, donde se coordinan los servicios sanitarios y sociales para dar una atención integral a personas mayores y pacientes crónicos; y micro, cuando el objetivo es la mejora en la coordinación en pacientes individuales y cuidadores.

La instauración de nuevos roles, como el de enfermeras de práctica avanzada, la mejora de la capacidad de resolución de médicos de familia en ciertos procesos, o la modificación del lugar de provisión de determinados servicios son claves para garantizar servicios adaptados a las necesidades de los pacientes crónicos.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jmorilla29@gmail.com (J.C. Morilla Herrera).

KEYWORDS

Long-term care;
Frail elderly;
Continuity of patient
care;
Comprehensive
Health Care

Complex chronic care situations and socio-health coordination

Abstract Patient-centered healthcare is currently one of the most pursued goals in health services. It is necessary to ensure a sufficient level of cooperative and coordinated work between different providers and settings, including family and social and community resources.

Clinical integration occurs when the care provided by health professionals and providers is integrated into a single coherent process through different professions using shared guidelines and protocols. Such coordination can be developed at three levels: macro, which involves the integration of one or more of the three basic elements that support health care (the health plan, primary care and specialty care), with the aim of reducing fragmentation of care; meso, where health and social services are coordinated to provide comprehensive care to elderly and chronic patients; and micro, aimed to improve coordination in individual patients and caregivers.

The implementation of new roles, such as Advanced Practice Nursing, along with improvements in family physicians' problem-solving capacity in certain processes, or modifying the place of provision of certain services are key to ensure services adapted to the requirements of chronic patients.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

La complejidad de la cronicidad y la atención sociosanitaria: hay que cambiar de perspectiva

El enfoque habitual de la complejidad de la atención a la cronicidad y el desafío que supone para el sistema sanitario y social, es hacerlo desde una óptica centrada en las dimensiones del envejecimiento, prolongación de la esperanza de vida, aumento de la dependencia, incidencia ingobernable de la polipatología y multimorbilidad, impacto en los costes, etc., para luego desembocar en descifrar lo que las variables fisiopatológicas, de utilización de servicios y de caracterización clínica del paciente dan de sí a la hora de comprender la complejidad¹. Y aunque no deja de ser un enfoque de análisis necesario, la complejidad de la cronicidad ha de ser entendida irremediamente desde la perspectiva de quienes la sufren como punto de partida y, a partir de ahí, intentar comprender cómo actúa la organización y provisión de servicios, para determinar con cierto éxito qué factores son modificables.

Esto ha de ser así porque las personas con enfermedad crónica compleja deben hacer frente a su situación de vida habitualmente en el domicilio, donde el paciente y su familia están la mayor parte del tiempo sin el apoyo del sistema sanitario². Los profesionales sanitarios tienen contactos limitados en el tiempo con los pacientes y sus cuidadores familiares, sobre todo en las fases agudas de la enfermedad. Pacientes y cuidadores han de hacer frente a las decisiones y acciones que su situación les plantea por ellos mismos, con más o menos acierto. Estas situaciones anónimas y cotidianas van tejiendo una amalgama de complejidad creciente y acumulativa que se extiende no solo a cómo controlar un síntoma o manejar una medicación, sino que se infiltra en el terreno de la esfera social (alejamiento progresivo de los círculos de amistad y de relaciones sociales), económica (nuevos gastos generados por la enfermedad o pérdida de ingresos por la misma, tanto en pacientes como en quienes

han de asumir el cuidado), emocional (sentimientos progresivos de impotencia y desesperanza, retos continuos al afrontamiento, sobrecarga y cansancio en cuidadores), o cognitiva (hay que integrar y aprender a manejar múltiples situaciones, procedimientos, tratamientos, mecanismos de atención, etc.), tanto del paciente, como de quienes lo rodean^{3,4}.

Esta progresión de la complejidad termina afectando al entorno familiar más inmediato de la persona enferma, activando irremediamente el rol de cuidador familiar, generalmente entre las mujeres más cercanas a la persona⁵.

Los servicios de salud de los pacientes crónicos adquieren nuevas dimensiones para la persona, con múltiples factores que cobran relevancia, interconectados entre sí de forma no lineal, lo que implica que la puesta en acción de un factor supone un efecto no proporcional sobre el resultado global. Desde el punto de vista de los propios protagonistas, la complejidad tiene que ver con la pérdida de calidad de vida, la espiral de contactos con los servicios de salud, fragmentados y descoordinados, los múltiples escenarios en los que no saben qué hacer, a lo que hay que añadir la presencia de determinantes socioeconómicos. Además, la complejidad tiene carácter acumulativo: los factores sociales se entremezclan con los clínicos, acumulándose de forma longitudinal en el tiempo y con retroalimentación sinérgica entre estos⁶.

Los sistemas lineales de abordaje de la complejidad precisamente fracasan en esto. Así, un sistema de predicción basado en el reingreso y sustentado en variables clínicas y antecedentes de utilización de servicios, difícilmente recogerá complejidad acumulada desde el punto de vista de la calidad de vida o los determinantes sociales y, por ende, las acciones que se desplieguen estarán encaminadas a prevenir el reingreso, actuando sobre las variables del modelo, reduciendo el espectro de intervención. Si no funcionan, generan la impresión de que la atención a la cronicidad no es efectiva con el modelo de servicio creado, como ocurrió con la implantación del modelo Evercare de gestión de casos en el Reino Unido⁷.

Cuando esta experiencia de complejidad personal instalada en la persona enferma y su círculo familiar se topa con servicios de salud de orientación «lineal», tiene lugar una nueva amplificación de la complejidad⁸. Los pacientes siguen experimentando una atención segmentada por enfermedades, especialidades y entornos, tomando incluso iniciativas particulares para evitar problemas añadidos, como el uso selectivo de ciertos servicios⁹.

Se han realizado algunas propuestas que intentan incorporar enfoques no lineales, como el modelo vectorial de complejidad de Safford et al.¹⁰, que organiza la complejidad en función de los principales determinantes de salud. Recientemente se ha publicado un marco referencial según el cual existen unas condiciones de vida y determinantes sociales de salud a priori, que tienen un efecto importante sobre la capacidad de hacer frente al comienzo de la enfermedad. La enfermedad compleja obliga a un proceso de adaptación a los primeros cambios en el patrón de vida que conlleva el inicio de conductas de autocuidado. En este momento, la información y el empoderamiento de la persona son elementos clave para garantizar un adecuado afrontamiento y el autocuidado. Comienza la relación con los proveedores de servicios de salud y en la medida en que su actitud sea más o menos proactiva, los grados de coordinación y continuidad de la atención favorezcan o no una atención orientada a procesos crónicos y el apoyo familiar sea más o menos efectivo, la complejidad de la vivencia del proceso crónico se acelera con mayor o menor contundencia y el declive en la calidad de vida adquiere más o menos relevancia¹¹.

Algunos autores han empleado el término metafórico «salir del paso» («muddling through») para describir cómo manejarse en un contexto incierto, complejo y dinámico. Esta perspectiva quiere poner de relieve cómo nunca se pueden conocer todas las variables de un problema complejo y aún menos el efecto de las múltiples interacciones entre sus integrantes¹². Algunos autores inciden en que la primera medida y quizás la más importante es «oír a los pacientes», en el sentido de que la atención se oriente a las necesidades, no a las demandas¹³. En definitiva, no es otra cosa que la tan ansiada atención centrada en la persona, que constituye un deseo manifiesto de pacientes, cuidadores, muchos profesionales y decisores, pero, que nunca parece instalarse en los servicios de salud¹¹.

Este factor es determinante a la hora de diseñar los servicios y los cambios organizativos para garantizar servicios adaptados a las necesidades de los pacientes crónicos: la cultura de flexibilidad y de maximizar la capacidad de resolución de los proveedores. Así, la instauración de nuevos roles, como los de las Enfermeras de Práctica Avanzada (EPA)^{14,15}, la mejora de la capacidad de resolución de médicos de familia en ciertos procesos, o la modificación del lugar de provisión de determinados servicios son ejemplos de esta filosofía de flexibilidad tan necesaria para gestionar la incertidumbre de la complejidad.

En esta cultura de flexibilidad no se pueden «secuestrar» las decisiones y resoluciones en servicios, paredes, categorías y especialidades, o en los distintos ámbitos de atención, sino que hay que garantizar que allí donde sea necesario aplicarlas, y el nivel de complejidad lo permita, lo haga el proveedor mejor ubicado para ello, sea cual sea el espacio de atención donde se sitúe y siempre en pro de mejorar

la respuesta a las necesidades de las personas como consecuencia de una situación de cronicidad compleja.

Coordinación sociosanitaria

La coordinación no puede definirse bajo un único componente, es un acto complejo que puede suceder en diferentes ámbitos y niveles. Pueden diferenciarse varias modalidades de integración, que no son excluyentes sino complementarias: a través de redes de proveedores que son contratados por un provisor o de un soporte «no clínico» integrando funciones de apoyo administrativo o de registros de pacientes. Otra forma de coordinación consiste en diferentes servicios clínicos que se integran a un determinado nivel organizacional directamente a través de equipos o de profesionales multidisciplinares. La integración clínica se produce cuando el cuidado de los pacientes prestado por profesionales y proveedores se integra en un único y coherente proceso a través de las diferentes profesiones mediante el uso de guías y protocolos compartidos¹⁶.

Puede distinguirse también entre la integración horizontal y vertical. La primera se da cuando dos o más organizaciones o servicios actúan al mismo nivel de la organización, la vertical cuando organizaciones de diferentes niveles actúan de modo conjunto¹⁶.

Existen experiencias de coordinación sociosanitaria explicables a distintos niveles de agregación: macro, meso y micro.

Coordinación a nivel macro

El término médico-social (soins medico-sociaux) se utiliza ampliamente en la Europa francófona (Suiza, Francia, Bélgica). Existen diversas experiencias de sistemas que intentan resolver esta separación operando a nivel macro como el modelo Kaiser Permanente, Veterans Health Administration, Geisinger Health System. Estos sistemas buscan la integración de uno o más de los tres elementos básicos que sustentan la atención de salud (el plan de salud, la atención primaria y la atención especializada), para superar los problemas de duplicación, la atención de mala calidad y el uso ineficiente de recursos.

Las características claves de la integración a nivel macro incluyen, entre otros, la atención por grupos de especialistas conectados con los generalistas, los incentivos financieros, las tecnologías de la información, el uso de guías de práctica, la responsabilidad por la prestación, la delimitación de la población, la gestión corporativa, el liderazgo efectivo y la cultura de colaboración¹⁷.

Coordinación a nivel meso

Se centra en las necesidades de determinados grupos de pacientes como personas mayores y otros pacientes con una o más condiciones crónicas. La evidencia en América del Norte y Europa muestra que los sistemas de asistencia sanitaria y social integrados para personas mayores y para la gestión de la enfermedad en pacientes crónicos pueden ofrecer beneficios en algunos indicadores.

Algunos ejemplos de integración meso están orientados a mayores frágiles como el modelo PACE desarrollado en

Estados Unidos para la atención a personas mayores vulnerables, los modelos de cuidados sanitarios y sociales desarrollados en Canadá: SIPA y PRISMA, que tienen como objetivo mantener a las personas mayores frágiles el mayor tiempo posible en la comunidad.

Otros enfoques se han dirigido a pacientes con enfermedades crónicas como son las redes clínicas escocesas o las cadenas de cuidados en Suecia. Las primeras han creado una relación de trabajo entre organizaciones e individuos mediante el uso eficiente de personal, el desmantelamiento de los límites profesionales y organizacionales, el intercambio de buenas prácticas, posicionando a los pacientes en el centro del sistema y mejorando el acceso a los servicios¹⁸. Las cadenas de cuidados suecas han sido descritas como «actividades coordinadas dentro de la atención de salud», vinculadas entre sí para lograr una mejora cualitativa del resultado final para el paciente y una mejora de la calidad de atención haciendo frente a la creciente fragmentación del sistema¹⁹. La satisfacción de necesidades se hace mediante la vinculación de la atención primaria, la atención hospitalaria y la atención comunitaria a través de vías clínicas, basadas en acuerdos locales entre proveedores, y es una forma de integración contractual.

Kodneřs²⁰ revisó los modelos de cuidados integrados para población mayor identificando algunos elementos importantes:

- Conforman una estructura organizacional en forma de paraguas que guía la estrategia de integración, la gestión y provisión de los diferentes niveles de servicio.
- Utilizan la gestión de casos en equipos multidisciplinarios con un único punto de entrada y coordinación para proveer paquetes de cuidados.
- Organizan a los proveedores en redes, mediante la estandarización de procedimientos de derivación, acuerdos entre servicios, aprendizaje conjunto y sistemas de información compartidos.
- Usan incentivos financieros para promover la prevención, la rehabilitación y el descenso en la sustitución de servicios.

Coordinación a nivel micro

La integración en el nivel micro abarca una amplia gama de enfoques, que incluyen la planificación de la atención, la gestión de casos, los hogares con atención centrada en el paciente, las salas virtuales, los presupuestos personales, la tele salud y teleasistencia. Las intervenciones que utilizan múltiples estrategias son más exitosas que aquellas que utilizan estrategias individuales²¹.

En este nivel es especialmente interesante el estudio de la continuidad como resultado percibido por el usuario como consecuencia de múltiples procesos, entendida esta como el grado de percepción del paciente de la coherencia y unión del cuidado a lo largo del tiempo²². Las categorías que trazan los límites de la continuidad de cuidados son: la información, las relaciones interpersonales y la coordinación-gestión como respuesta a las necesidades de la persona²³.

Kesby²⁴ ha trazado un marco conceptual que representa distintos estadios en la continuidad de cuidados. Así, habría

un primer nivel denominado *cuidados paralelos*, en los que dos o más servicios proveen cuidados a un mismo paciente, pero, cada uno posee objetivos diferentes y, por tanto, la continuidad es bastante fluctuante. En un nivel superior, se encontrarían los *cuidados coordinados*, en los que distintos servicios o unidades que habitualmente tienen objetivos distintos se armonizan para asegurar la continuidad en un proceso determinado, generalmente materializado en una vía clínica o algún protocolo interservicios. A continuación, figurarían los *cuidados integrados*, como un estadio en el que los servicios y entornos se vinculan permanentemente para garantizar la continuidad, se provee un paquete de servicios único, destinado a la persona que los precisa y se mantienen en el tiempo, con objetivos comunes permanentes. Introduce Kesby un último escalafón, por encima de los cuidados integrados que correspondería a la continuidad de cuidados en su máxima expresión añadiendo el consenso y la toma de decisiones compartidas con cuidadores informales, familiares y pacientes.

La evaluación del impacto de la integración sigue siendo un reto importante²⁵. Esto es debido a que los objetivos de la integración pueden ser múltiples, por lo que los criterios con los cuales se mide el éxito pueden variar ampliamente (tipos de población diana, de intervención, de variables de resultado, contexto, etc.)²⁶.

La relación entre la integración de la organización y la coordinación de cuidados puede ser insuficiente para superar la fragmentación de la atención. Altos niveles de atención coordinada se pueden conseguir tanto en organizaciones altamente integradas como entre diferentes organizaciones que trabajan conjuntamente en red. La integración puede llevarse a cabo en los niveles macro, meso y micro. Sin embargo, los cuidados coordinados constituyen una manera de conseguir la integración a nivel micro, asegurando que los usuarios de los servicios experimentarán una atención perfecta. La coordinación de los cuidados depende menos de la integración organizativa que de la integración clínica y de los servicios, porque la experiencia de los usuarios del servicio está más influenciada por la naturaleza del equipo de trabajo y la adopción de directrices y políticas que por la naturaleza de los acuerdos organizativos compartidos²⁷.

En España donde las redes social y sanitaria han crecido separadas, las políticas sociosanitarias perentorias deberían centrarse en implementar los mecanismos para que ambas redes funcionen de modo coordinado más que en cultivar una integración exprés de organismos que llegarán tarde y mal a alcanzar la aculturación necesaria.

El estudio ENMAD²⁸ ha mostrado que la gestión de casos en el Servicio Sanitario Público de Andalucía muestra una capacidad solvente para la detección de poblaciones vulnerables en los domicilios, sobre todo en aquellos colectivos que permanecían «ocultos» a la mirada de los servicios de salud o que emergían súbitamente en otros niveles de atención inadecuados para su problema. Se han despejado las dudas que existían antes de su despliegue, sobre el papel de las enfermeras de gestoras de casos y su posible solapamiento con otros miembros del equipo. Al contrario, su presencia favorece la intervención de más profesionales.

Sin embargo, es posible *evolucionar* a un perfil más orientado a las exigencias de la cronicidad en el espacio clínico y social. Se han desarrollado modelos de EPA en muchos

campos, siendo uno de los más desarrollados el de la atención a la población mayor²⁹. Así, la EPA integrada en los equipos interdisciplinarios de salud, mejoran la salud y el bienestar, reducen los costes y mejoran la calidad de vida³⁰.

Conclusión

La integración clínica y de los servicios, a través de la EPA, los modelos de gestión de casos, la mejora de la capacidad de resolución de médicos de familia en ciertos procesos, o la modificación del lugar de provisión de determinados servicios, sea cual sea el espacio de atención, son claves para garantizar servicios adaptados a las necesidades de los pacientes crónicos complejos.

Muchos países han apostado por el desarrollo de modelos de coordinación evolucionando a estructuras o dinámicas de actuación permanentes que permiten la integración del cuidado en paquetes de servicios individualizados y personalizados con la participación de los distintos proveedores, incluida la participación del paciente y la familia en la toma de decisiones.

En España, se hace necesario potenciar que las políticas sociosanitarias caminen en la dirección más adecuada para centrar la atención verdaderamente en las personas y se tomen decisiones que fomenten la normalización de modelos de coordinación, que se continúen hacia la integración y la garantía de la continuidad de los cuidados para responder de manera efectiva a las necesidades reales de las personas en situación de cronicidad compleja.

Financiación

Ningún tipo de apoyo financiero ni material ha existido para el desarrollo del manuscrito.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Nardi R, Scanelli G, Borioni D, Grandi M, Sacchetti C, Parenti M, et al. The assessment of complexity in internal medicine patients. *The FAMedcomplex Study*. *Eur J Intern Med*. 2007;18:283-7.
- Ham C. Chronic care in the English National Health Service: progress and challenges. *Health Aff Proj Hope*. 2009;28:190-201.
- Martin CM, Peterson C. The social construction of chronicity – a key to understanding chronic care transformations. *J Eval Clin Pract*. 2009;15:578-85.
- Thorne S, Paterson B, Acorn S, Canam C, Joachim G, Jillings C. Chronic illness experience: insights from a metastudy. *Qual Health Res*. 2002;12:437-52.
- Rogero García J. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
- Shippee ND, Shah ND, May CR, Mair FS, Montori VM. Cumulative complexity: a functional, patient-centered model of patient complexity can improve research and practice. *J Clin Epidemiol*. 2012;65:1041-51.
- Gravelle H, Dusheiko M, Sheaff R, Sargent P, Boaden R, Pickard S, et al. Impact of case management (Evercare) on frail elderly patients: controlled before and after analysis of quantitative outcome data. *BMJ*. 2007;334:31.
- Martin CM, Grady D, Deaconking S, McMahon C, Zarabzadeh A, O'Shea B. Complex adaptive chronic care - typologies of patient journey: a case study. *J Eval Clin Pract*. 2011;17:520-4.
- Procter S, Wilson PM, Brooks F, Kendall S. Success and failure in integrated models of nursing for long term conditions: multiple case studies of whole systems. *Int J Nurs Stud*. 2013;50:632-43.
- Safford MM, Allison JJ, Kiefe CI. Patient complexity: more than comorbidity. the vector model of complexity. *J Gen Intern Med*. 2007;22 Suppl 3:382-90.
- Morales-Asencio JM, Martin-Santos FJ, Kaknani S, Morilla-Herrera JC, Cuevas Fernández-Gallego M, García-Mayor S, et al. Living with chronicity and complexity: Lessons for redesigning case management from patients' life stories - A qualitative study. *J Eval Clin Pract*. 2014.
- Sturmberg JP. Caring for people with chronic disease: is "muddling through" the best way to handle the multiple complexities? *J Eval Clin Pract*. 2012;18:1220-5.
- Morales-Asencio JM, Martin-Santos FJ, Morilla-Herrera JC, Cuevas-Fernandez-Gallego M, Celdran-Manas M, Navarro-Moya FJ, et al. Design of a case management model for people with chronic disease (Heart Failure and COPD). Phase I: modeling and identification of the main components of the intervention through their actors: patients and professionals (DELTA-ICE-PRO Study). *BMC Health Serv Res*. 2010;10:324.
- Morilla-Herrera JC, Morales-Asencio JM, Martín-Santos FJ, García-Mayor S, Rodríguez-Bouza M, González-Posadas F. Effectiveness of advanced practice nursing interventions in older people: protocol for a systematic review and qualitative study. *J Adv Nurs*. 2013;69:1652-9.
- Sastre-Fullana P, de Pedro-Gómez JE, Bannasar-Veny M, Serrano-Gallardo P, Morales-Asencio JM. Competency frameworks for advanced practice nursing: a literature review. *Int Nurs Rev*. 2014;61:534-42.
- Curry N, Ham C, Sugarman J. King Edward's Hospital Fund for London. Clinical and service integration: the route to improved outcomes. London: King's Fund; 2010.
- Shortell SMSJ. Prepaid groups and organised delivery systems'. En: Enthoven AC, Tollen LA, editores. *Towards a 21st Century Health System*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2004. p. 6-13.
- Goodwin N, Perri 6, Peck E, Freeman T, Posaner R. Managing across diverse networks of care: lessons from other sectors. Rep NHS SDO RD Programme Birm Health Serv Manag Cent Univ Birm. 2004.
- AAhgren B. Chain of care development in Sweden: results of a national study. *Int J Integr Care*. 2003;3.
- Kodner D. Integrated service models: an exploration of North American models and lessons. *International perspectives on health and social care: partnership working in action* Oxford: Wiley-Blackwell. 2009;68-80.
- Davies GP, Williams AM, Larsen K, Perkins D, Roland M, Harris MF. Coordinating primary health care: an analysis of the outcomes of a systematic review. *Med J Aust*. 2008;188:S65.
- Robert Reid, Jeannie Haggerty, Rachael McKendry. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare [Internet]. e Canadian Health Services Research Foundation; 2002 [consultado 22 Jul 2013]. Disponible en: http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/cr_contcare_e.pdf
- Sparbel KJ, Anderson MA. Integrated literature review of continuity of care: Part 1, conceptual issues. *Journal of nursing scholarship*. 2000;32:17-24.
- Kesby SG. Nursing care and collaborative practice. *J Clin Nurs*. 2002;11:357-66.
- Goodwin N, Kodner D, Smith J, Mantel E. Integrated care and the management of chronic illness: reflections on the

- proceedings of the 8th Annual Integrated Care Conference 2008. *Int J Integr Care*. 2008;8.
26. Tollen LA, Fund C. Physician organization in relation to quality and efficiency of care: a synthesis of recent literature. Commonwealth Fund. 2008.
 27. Curry N, Ham C, Sugarman J, King Edward's Hospital Fund for London. Clinical and service integration: the route to improved outcomes. London: King's Fund; 2010.
 28. Morales-Asencio JM, Gonzalo-Jiménez E, Martin-Santos FJ, Morilla-Herrera JC, Celdráan-Mañas M, Carrasco AM, 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 Serv Res*. 2008;8: 193.
 29. Drennan V, Goodman C. Nurse-led case management for older people with long-term conditions. *Br J Community Nurs*. 2004;9:527-33.
 30. Boulton C, Boulton LB, Morishita L, Dowd B, Kane RL, Urdangarin CF. A randomized clinical trial of outpatient geriatric evaluation and management. *J Am Geriatr Soc*. 2001;49:351-9.