

## Cambios en el modelo de atención de personas con multimorbilidad crónica: una revisión narrativa

### Changes in the care model of people with chronic multimorbidity: a narrative review

Jorge Barros U<sup>1,2</sup>, Paula Zamorano P<sup>2</sup>, Teresita Varela Y<sup>2</sup>, Esteban Irazoqui S<sup>2</sup>, Álvaro Téllez T<sup>1,2</sup>

#### Resumen

**Introducción:** Muchos países deben enfrentarse al rápido aumento de personas viviendo con alguna condición crónica de salud. En Chile, según datos entregados por la última encuesta nacional de salud, se ha estimado que la población con alguna condición crónica es de 11 millones de personas, de las cuales un 81% presenta multimorbilidad. Este grupo tiene una menor calidad de vida, una mayor mortalidad ajustada por edad, mayor utilización de recursos del sistema de salud, así como un mayor riesgo de hospitalización y una estadía hospitalaria más prolongada. **Metodología:** revisión narrativa de la literatura para lograr identificar como se ha organizado el cuidado de los pacientes con multimorbilidad a lo largo del tiempo y como se han ido desarrollando estrategias que buscan un abordaje distinto. **Resultados:** los sistemas de salud se han organizado con un enfoque centrado en la enfermedad, lo que genera que los pacientes reciban un cuidado fragmentado, ineficiente e inefectivo, sin lograr dimensionar la complejidad de la persona y su contexto biopsicosocial. Los sistemas de salud, principalmente en Europa han desarrollado diversas iniciativas que buscan cambiar la perspectiva desde el cuidado centrado en la enfermedad al cuidado centrado en la persona. **Conclusiones:** se puede concluir que la multimorbilidad es un problema que afecta a millones de personas en el mundo y que los servicios y sistemas de salud necesitan hacer un cambio hacia un modelo centrado en la persona de forma de dar respuestas a las necesidades de este grupo de pacientes.

**Palabras clave:** multimorbilidad; modelo de atención; cuidado integral; enfermedad crónica; persona; automanejo

#### Abstract

**Introduction:** Many countries must face the rapid increase of people living with a chronic health condition. In Chile, according to data provided by the last National Health Survey, it has been estimated that the population with a chronic condition is 11 million people, which 81% have multimorbidity. This group has lower quality of life, higher age-adjusted mortality, greater use of health system resources as well as an increased risk of hospitalization and a longer hospital stay. **Methods:** Narrative review of the literature to identify how the care of patients with multimorbidity has been organized over time and how strategies have been developed that seek a different approach. **Results:** Health systems have been organized with a focus on the disease, which results in patients receiving fragmented, inefficient and ineffective care, without sizing the complexity of the person and their biopsychosocial context. Health systems, mainly in Europe, have developed various initiatives that seek to change the perspective from disease-centred care to person-centred care. **Conclusions:** It can be concluded that multimorbidity is a problem that affects millions of people in the world and that health services and systems need to make a change towards a person-centred model in order to respond to the needs of this group of patients.

**Keywords:** multimorbidity; model of care; comprehensive care; chronic disease; person; selfcare

Fecha de envío: 8 de abril de 2019 - Fecha de aceptación: 5 de diciembre de 2019

(1) Departamento de Medicina Familiar, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

(2) Centro de Innovación en Salud ANCORA UC, Santiago, Chile.

Autor de correspondencia: [jrbarros@uc.cl](mailto:jrbarros@uc.cl)



## Introducción

La mortalidad y la morbilidad por enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) constituyen uno de los principales desafíos para desarrollar en el siglo XXI. Más de 36 millones de personas mueren anualmente como resultado de ECNT. Esta epidemia aumenta desproporcionadamente en los países de ingresos bajos y medios bajos mientras que, en todos los países, estas muertes afectan desproporcionadamente a los más pobres y más vulnerables (WHO, 2017). A medida que la población envejece aumenta también la multimorbilidad, entendida como padecer 2 o más condiciones crónicas, físicas o mentales, en una misma persona, ocurridas al mismo tiempo, en donde una no es complicación de la otra (Struckmann *et al.*, 2018). Se estima que en Europa existen 50 millones de personas que viven con multimorbilidad (Albrecht *et al.*, 2016), afectando a más del 60% de las personas mayores de 65 años (Palmer *et al.*, 2018). En Chile, de acuerdo a los últimos datos entregados por la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016-2017 se ha estimado que la población viviendo con alguna condición crónica es de 11 millones de personas, de las cuales un 81% de ellas presenta multimorbilidad (Margozzini, 2018).

Las personas con multimorbilidad, al compararlas con personas que sólo presentan una condición crónica, tienen una menor calidad de vida, una mayor mortalidad ajustada por edad, mayor utilización de recursos del sistema de salud, así como un mayor riesgo de hospitalización y una estadía hospitalaria más prolongada. A su vez presentan un mayor ausentismo laboral y una salida precoz de la fuerza laboral (Leijten *et al.*, 2018). Por otro lado, la multimorbilidad es más prevalente en los grupos poblacionales más vulnerables, por lo que el no hacerse cargo apropiadamente de esta situación tiene un impacto negativo en la equidad en salud (Palmer *et al.*, 2018).

En general, los sistemas de salud han organizado su enfrentamiento de las enfermedades crónicas en torno a diagnósticos únicos y las decisiones terapéuticas se han dirigido casi exclusivamente a mejorar parámetros clínicos (Van der Heide *et al.*, 2018), con un enfoque y acercamiento centrado en la enfermedad. Esto conduce a que los pacientes con multimorbilidad reciban un cuidado fragmentado, ineficiente, inefectivo y en algunas ocasiones incluso dañino (Palmer *et al.*, 2018). Por esto la recomendación es que los sistemas de salud cambien su modelo de atención hacia uno donde el cuidado está centrado en la persona (Van der Heide *et al.*, 2018). El esfuerzo por implementar este cambio es relativamente reciente y está en pleno desarrollo, por lo que aún no existe mucha evidencia que permita recomendar modelos de implementación maduros.

El presente artículo tiene el objetivo de describir, a través de una revisión narrativa, la experiencia documentada de algunos países

que han comenzado a cambiar el modelo de atención de pacientes con multimorbilidad, implementando modelos de cuidado integrados y centrados en la persona, identificando los componentes comunes que se mencionan en los distintos modelos y el impacto de estos modelos en la salud de las personas.

## Modelo centrado en la enfermedad

Los esfuerzos para mejorar el cuidado de personas con enfermedades crónicas se han enfocado generalmente en el desarrollo de guías para implementar cuidados estandarizados según cada condición de salud (Salisbury *et al.*, 2018). La respuesta al aumento sostenido de personas con condiciones crónicas, como por ejemplo diabetes o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), en muchos países europeos durante la última década ha sido implementar programas de manejo de enfermedad (PME), que generalmente consideran una estructura de cuidado programada, entregada por un equipo de salud multidisciplinario, con apoyo al automanejo y recolección de datos que permitan monitorear indicadores de progresión individual y de resultados del programa (Rijken *et al.*, 2018). El concepto PME hace referencia al manejo de una única condición crónica (Rijken *et al.*, 2012) y la mayoría no está diseñada para evaluar las múltiples necesidades que experimentan las personas con multimorbilidad (Rijken *et al.*, 2018).

La fragmentación que implica el evaluar a los pacientes por patología además trae otras desventajas, pues al tratar cada condición por separado, los pacientes pueden recibir indicaciones de varios medicamentos y cambios de estilo de vida desde distintos especialistas, generalmente no coordinados entre sí. Asimismo, deben asistir frecuentemente a distintas citas médicas en diferentes puntos de atención (Salisbury *et al.*, 2018).

## Cambios a nivel mundial

Reconociendo los problemas antes descritos, organizaciones en Inglaterra, Estados Unidos y Europa han publicado guías sobre cómo mejorar el abordaje de pacientes con multimorbilidad. El departamento de salud y servicios humanos de Estados Unidos ha hecho un llamado a cambiar el paradigma sobre cómo se entrega el cuidado (Salisbury *et al.*, 2018). El cuidado centrado en la enfermedad debe cambiar hacia el cuidado centrado en la persona. Esta nueva concepción de cuidado, considera respetar las preferencias, necesidades y valores del paciente e incorporarlos en las decisiones clínicas (Van der Heide *et al.*, 2018). Existe consenso en algunos elementos claves propios de este enfoque, que consisten en: una revisión periódica de los problemas de las personas de acuerdo a sus circunstancias individuales, enfoque en la calidad de vida y funcionalidad, tanto como el control de

la patología, adaptar las recomendaciones de tratamiento a las prioridades y situación propia de cada persona, promoción del autocuidado, toma de decisiones compartidas y elaboración de planes de cuidado individuales. Los servicios deben ser entregados por un equipo multidisciplinario con un profesional claramente identificado como el responsable de coordinar el cuidado. Estos cambios requieren un rediseño del sistema de atención, facilitado por registros clínicos de información que apoyen la toma de decisiones y permitan compartir información entre los profesionales que entregan el cuidado (Salisbury *et al.*, 2018).

Tratándose de un cambio de modelo de atención emergente, aún existe escasa evidencia que permita concluir cual es la mejor forma de entregar este cuidado centrado en el paciente, específicamente a personas con multimorbilidad (Van der Heide *et al.*, 2018). De los estudios disponibles, Rijken *et al.* (2018) publicaron una revisión de prácticas de cuidado integrado a personas con multimorbilidad, en distintos países de Europa. A través de 31 organizaciones expertas en esta materia lograron identificar 112 prácticas que cumplían los criterios de inclusión en 25 países de Europa. Del total de prácticas identificadas, un 58% de ellas se enfocaban en multimorbilidad en general, con personas que tenían cualquier combinación de enfermedades crónicas, a diferencia de las otras que se enfocaban en una enfermedad en particular o en una combinación de patologías crónicas específicas. La atención primaria estaba involucrada en un 77% de las prácticas que entregaban cuidado indiferenciado de las patologías de base y los médicos familiares eran los que más frecuentemente estaban involucrados en el manejo de estos pacientes (81%). Estas prácticas de multimorbilidad general mostraron características propias de un enfoque centrado en la persona tales como: una participación activa de los pacientes en la fijación de objetivos, toma de decisiones compartida y automanejo, involucramiento de los cuidadores y entrega de cuidado multidisciplinario de forma coordinada. Este estudio no identificó algún país donde las prácticas de multimorbilidad indiferenciadas fueran más prevalentes, sin embargo, si se asoció a la existencia de una mayor variedad de profesionales trabajando en la misma práctica de atención primaria.

Por su parte, Van der Heide *et al.* (2018) publicaron un artículo, en el marco del proyecto ICARE4EU, en el que sistematizaron información sobre prácticas o programas que entregaran un cuidado integral a personas con multimorbilidad. Se recogió la experiencia de 112 programas de países europeos de la cual se desprenden orientaciones sobre cómo incorporar en la práctica clínica a pacientes con multimorbilidad, elementos del cuidado centrado en las personas. Basados en la literatura, los autores identificaron los siguientes elementos del cuidado centrado las personas: 1) tomar en cuenta las necesidades, preferencias y recursos del paciente en

el desarrollo e implementación de un plan de cuidado, 2) involucrar a los cuidadores informales como co-clientes y co-proveedores del cuidado, y 3) colaboración y cuidado multidisciplinario coordinado. Del primer elemento identificaron que, en 69 de los 112 programas, se entregaba material educativo al paciente, sin embargo, muy pocos de ellos adaptaban ese material a sus propias características, como nivel educacional o idioma nativo. Se aplicaron, además distintas metodologías educativas para involucrar al paciente en la toma de decisiones: sesiones de discusión pre tratamiento con los médicos involucrados para inducirlos a motivar a los pacientes a tomar decisiones; entregar entrenamiento en comunicación a los profesionales para incentivar la toma de decisiones en los pacientes; utilización de herramientas web para preparar a los pacientes antes de sus consultas; utilización de herramientas de entrevista motivacional. En 79 programas los planes de cuidado individuales eran desarrollados en conjunto con el paciente. En cuanto a involucrar a los cuidadores, en 46 programas se reportó que los cuidadores eran un grupo objetivo del plan de cuidado. En 22 programas eran específicamente evaluados como co-clientes. En 30 programas eran considerados como co-proveedores del cuidado y explícitamente reconocidos como parte del equipo de salud. Además, en 63 de los programas se los consideraba como apoyo al automanejo del paciente. Respecto a la coordinación del cuidado, en 80 de los programas era uno de los objetivos principales. En 73 programas existía un profesional específico a cargo de la comunicación y el contacto con el paciente. En 44 programas se había implementado un sistema digital de comunicación para apoyar la comunicación entre los profesionales.

Este artículo también identificó las barreras que tenían los programas para adoptar un modelo de atención centrado en la persona, dentro de las que destacan: a nivel de pacientes, creer que tienen un inadecuado conocimiento/habilidad en automanejo, a nivel de los profesionales de salud, tener poco tiempo y además no sentirse con las habilidades adecuadas para hacerlo (Van der Heide *et al.*, 2018).

Leijten *et al.* (2018) proponen un marco conceptual que pueda ser usado para desarrollar, implementar, describir y evaluar un cuidado integral en pacientes con multimorbilidad. Realizaron una revisión de la literatura científica y de literatura gris, junto con discusiones entre expertos para identificar y estructurar los conceptos relevantes de este tipo de cuidado. Concluyen que el cuidado integral centrado en la persona para individuos con multimorbilidad, es una aproximación holística que considera las capacidades del paciente, sus habilidades de automanejo, sus necesidades, preferencias y el medio ambiente en el cual están inmersos. Los autores lograron identificar en este marco conceptual 6 áreas de trabajo con 3 niveles de intervención (micro, meso macro). Las áreas de trabajo identificadas fueron: financiamiento, recursos humanos, liderazgo/gobierno, entrega de servicios,

información e investigación y tecnología y productos médicos. En los distintos niveles de cada área se describen aspectos que contribuyen a desarrollar y reorganizar los modelos integrales de cuidado, que es un proceso activo a través de los distintos niveles de salud (primaria, secundaria, terciaria) y entre diferentes sectores como salud, sociales y comunitarios.

Por su parte, Struckmann *et al.* (2018) también publicaron una revisión que identifica modelos y elementos relevantes para el cuidado integral de personas con multimorbilidad. Al igual que en el estudio antes descrito, estructuraron los hallazgos de acuerdo a los 6 componentes del cuidado integral definido por la Organización Mundial de la Salud, OMS (financiamiento, recursos humanos, liderazgo/gobierno, entrega de servicios, información e investigación y tecnología y productos médicos), en cada una de estos componentes se identificaron los elementos más relevantes mencionados en la literatura revisada. Los 5 elementos mayormente identificados como claves para un programa de cuidado integral fueron: centralidad en el paciente, evaluación holística, automanejo, integración y coordinación de los servicios y la colaboración.

La Unión Europea financió un proyecto denominado "Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy ageing across the Life Cycle (JA-CHRODIS) (Palmer *et al.*, 2018)", que se enfocó en desarrollar guías comunes y metodologías de cuidado para pacientes con multimorbilidad. Este grupo propuso a partir de un grupo de expertos, un marco conceptual de cuidado para pacientes con multimorbilidad, que incluye definiciones, objetivos, características claves, población objetivo, así como la relevancia de ser aplicado en Europa. A través de la revisión de la literatura y de la discusión del grupo de expertos se identificaron 16 componentes importantes en el tratamiento y cuidado de pacientes con multimorbilidad. Entre los componentes identificados destacan: a los equipos multidisciplinarios, planes de cuidado individualizados, gestión de casos, automanejo, entrenamiento del equipo de salud, involucrar al paciente en la toma de decisiones, sistemas de información clínica compatibles e incorporación del entramado social, entre otros.

Si bien, los diversos estudios recogen múltiples componentes y los agrupan de diversas maneras, en la tabla 1 se resumen los hallazgos principales utilizando la estructura propuesta por el proyecto JA-CHRODIS (Palmer *et al.*, 2018), los que se identifican como comunes a las iniciativas previamente descritas (tabla 1). Entre estos elementos comunes destacan el entregar un cuidado integral y centrado en la persona a través de un equipo multidisciplinario con la incorporación de la gestión de casos. En ese sentido estos elementos se alinean de forma particular con los elementos esenciales del modelo de salud familiar que se implementan, en menor o mayor grado, en nuestra atención primaria de salud.

Un elemento común que es necesario destacar dice relación a potenciar y a dar apoyo al automanejo del paciente, en cuanto sea capaz de tomar decisiones en forma compartida con el equipo de salud, adquiriendo un rol mucho más activo y protagónico con el manejo de sus patologías. En relación a los equipos de salud se define la necesidad de capacitarlos en el manejo de la multimorbilidad y que la práctica que realizan esté basada en la mejor evidencia científica. A su vez se plantea que exista un registro clínico electrónico, con un sistema de referencia y contrarreferencia en donde además de la existencia de códigos únicos para las patologías pueda haber un canal de comunicación del paciente hacia el equipo de salud; es en este elemento del sistema de información en donde como país probablemente estamos más distantes de lo que se plantea en los modelos revisados.

Algunos de estos elementos se han incorporado en experiencias de intervención de pacientes con multimorbilidad y existen reportes que muestran algunos resultados de su impacto en resultados clínicos. Por ejemplo, intervenciones basadas en el automanejo han demostrado impacto en: indicadores clínicos (niveles de presión arterial, de hemoglobina glicosilada, y exacerbaciones asmáticas), conductas de riesgo, satisfacción y conocimiento respecto de las patologías por parte de los usuarios, además de mejoras en la calidad de vida, autoeficacia, control sobre la enfermedad, autopercepción de salud y actividad física y social. (Nuño *et al.*, 2012; Reynolds *et al.*, 2018)

Por otra parte, una revisión sistemática publicada el año 2012 identificó 10 ensayos clínicos randomizados con bajo riesgo de sesgo, en donde se evaluaron intervenciones complejas en pacientes con multimorbilidad. Si bien las intervenciones tenían múltiples componentes, se categorizaron en dos grandes grupos: intervenciones organizacionales e intervenciones centradas en el paciente. Al evaluar la efectividad de estas intervenciones los resultados fueron variados, encontrándose beneficios a nivel de salud física (disminución de presión arterial, hemoglobina glicosilada, colesterol, hábitos alimenticios) y salud mental (depresión). En cuanto a la utilización de recursos, los estudios eran heterogéneos lo que impidió extraer conclusiones generales. Algunos estudios primarios encontraron disminución del número de hospitalizaciones en los grupos intervenidos, generando ahorros por montos 10 veces mayores a los costos invertidos. Sin embargo, la mayoría de los estudios no encontró diferencias en los recursos y ahorros asociados a la intervención (Smith *et al.*, 2012).

Otra revisión publicada el 2016 por la Colaboración Cochrane determinó la efectividad de intervenciones organizacionales o centradas en el paciente, diseñadas para mejorar resultados de personas con multimorbilidad en atención primaria. Se identificaron 18 ensayos

clínicos randomizados que incorporaban intervenciones complejas para personas con multimorbilidad. En 12 de esos estudios el elemento predominante de intervención fue el cambio en la organización de la entrega del cuidado, generalmente a través de la gestión de casos y del trabajo de equipo multidisciplinario. En 6 de los estudios las intervenciones eran predominantemente centradas en el paciente, por ejemplo, educacionales o intervenciones dirigidas a potenciar el automanejo. La revisión encontró una mejora de resultados en salud mental con una reducción modesta en el score de depresión (diferencia estandarizada de medias:  $-0,41$  (95% CI  $-0,63$  to  $-0,20$ ).

Asimismo, también se reporta una pequeña mejora en los resultados reportados por los pacientes. (Smith *et al.*, 2016)

Recientemente la revista Lancet publicó un estudio aleatorizado por grupos (Salisbury *et al.*, 2018) realizado en Inglaterra y Escocia que intervino durante 6 meses a 797 pacientes bajo un modelo de multimorbilidad versus 749 pacientes bajo el modelo usual. Si bien el estudio no encontró diferencias en el desenlace primario de calidad de vida, si se observaron diferencias en desenlaces secundarios como satisfacción usuaria, por ejemplo.

**Tabla 1:** Elementos comunes identificados para el cuidado de personas con multimorbilidad.

Entrega del cuidado	Apoyo toma decisiones	Apoyo automanejo	Sistemas de información	Recursos de la comunidad
Evaluación integral	Práctica basada en evidencia	Entrenamiento a los equipos	Registro electrónico	Voluntad política de los tomadores de decisiones
Equipo multidisciplinario coordinado	Entrenamiento al equipo	Entrenamiento al paciente y su familia	Referencia y contrarreferencia	Apoyo para acceso a recursos sociales
Gestor de casos	Consultorías	Toma de decisiones compartida	Códigos unificados de patologías	Involucrar a la red social informal del paciente
Planes individuales	Integración y coordinación de los servicios		Envío de información del paciente a su equipo tratante	
Estratificación por riesgo				

## Conclusiones

En Chile como en el mundo las enfermedades crónicas no transmisibles son un problema en aumento, situación ante la cual los sistemas de salud están implementando programas de atención centrados en cada enfermedad. Sin embargo, la mayoría de la población adulta es portadora de dos a más enfermedades crónicas, lo que obliga a identificar la comorbilidad como nuevo desafío. Las personas con multimorbilidad, comparadas con quienes presentan sólo una condición crónica, tienen una menor calidad de vida, una mayor mortalidad ajustada por edad, mayor utilización de recursos del sistema de salud, así como un mayor riesgo de hospitalización y una estadía hospitalaria más prolongada.

Asimismo, el enfoque predominante centrado en la enfermedad, conlleva un cuidado fragmentado, ineficiente, insatisfactorio e inefectivo. Por todo esto, es impostergable realizar un cambio en el modelo de atención, que se centre en la persona y su familia.

Así lo han entendido principalmente en los países europeos, en donde se desarrollan actualmente las principales iniciativas que buscan, por un lado, generar el marco teórico que permita ordenar

y sistematizar la implementación de este nuevo modelo de atención, y por otro identificar sus elementos esenciales, con el fin de difundirlo y evaluarlo. Este es un desafío que en Chile recién está siendo considerado, sin embargo, es urgente darle prioridad, en razón a su situación demográfica y epidemiológica.

**Fuentes de financiamiento:** Fondo Nacional de Salud (FONASA) - Servicio de Salud Metropolitano Suroriente (SSMSO)

## Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

## Referencias

- Albrecht T, Dyakova M, Schellevis F & Van den Broucke S. (2016). Many diseases, one model of care? *Journal of Comorbidity* **6**, 12-20
- Leijten FRM, Hoedemakers M, Struckmann V, Kraus M, Cheraghi-Sogi S, Zemplenyi A, Evrik R, Vallve C, Huic M, Czypionka T & Boland Rutten-van Molken M. (2018). Defining good health and care from the perspective of persons with multimorbidity: results from a qualitative study of focus groups in eight European countries. *BMJ Open* **8**, e021072.



- Leijtens FRM, Struckmann V, van Ginneken, Cypionka T, Kraus M, Reiss M, Tsiachristas A, Boland M, de Bont A, Bal R, Busse R & Rutten-van Molken M. (2018). The SELFIE framework for integrated care for multi-morbidity: Development and description. *Health Policy* **122**, 12-22
- Margozzini P & Passi A. (2018). Encuesta Nacional de Salud, ENS 2016-2017: un aporte a la planificación sanitaria y políticas públicas en Chile. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas* **43**, 30-34,
- Nuño R, Coleman K, Bengoa R & Sauto R. (2012) Integrated care for chronic conditions: The contribution of the ICCF Framework. *Health Policy* **105**, 55-64
- Palmer K, Marengoni A, Forjaz MJ, Jureviciene E, Laatikainen T, Mammarella F, Muth C, Navickas R, Prados-Torres A, Rijken M, Rothe U, Souchet L, Valderas J, Vontetsianos T, Zaletel J & Onder G. (2018). Multimorbidity care model: Recommendations from consensus meeting of the Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle (JA-CHRODIS) *Health Policy* **122**, 4-11
- Reynolds R, Denis S, Hasan I, Slewa J, Chen W, Tian D, Bobba S & Zwar N. (2018). A systematic review of chronic disease management interventions in primary care. *BMC Fam Pract.* **19**, 1-13
- Rijken M, Bekkema N, Boeckstaens P, Schellevis F, De Maesseneer M & Groenewegen P. (2012). Chronic Disease Management Programmes: an adequate response to patients' needs?. *Health Expectations* **17**, 608-621
- Rijken M, Hujala A, van Ginneken E, Melchiorre MG, Groenewegen P & Schellevis F. (2018). Managing multimorbidity: Profiles of integrated care approaches targeting people with multiple chronic conditions in Europe. *Health policy* **122**, 44-52
- Salisbury C, Man MS, Bower P, Guthrie B, Chaplin K, Gaunt D, Brookes S, Fitzpatrick B, Gardner C, Hollinghurst S, Lee V, McLeod J, Mann C, Moffat K & Mercer S. (2018). Management of multimorbidity using a patient-centred care model: a pragmatic cluster randomised trial of the 3D approach. *Lancet* **392**, 41-50
- Smith SM, Soubhi H, Fortin M, Hudon C & O'Dowd T. (2012). Managing patients with multimorbidity: systematic review of interventions in primary care and community settings. *BMJ.* **345**, e5205.
- Smith SM, Wallace E, O'Dowd T & Fortin M. (2016) Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* **3**.
- Struckmann V, Leijtens FRM, van Ginneken, Kraus M, Reiss M, Spranger A, Boland M, Cypionka T, Busse R & Rutten-van Molken M. (2018). Relevant models and elements of integrated care for multimorbidity: Results of a scoping review. *Health Policy* **122**, 23-35
- Van der Heide I, Snoeijis S, Quiatrin S, Struckmann V, Hujala A, Schellevis F & Rijken M. (2018). Patient-centeredness of integrated care programs for people with multimorbidity. Results from the European ICARE4EU project. *Health Policy* **122**, 36-43
- World Health Organization. (2017). Tackling NCDs: 'best buys' and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259232>. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO