

A Medicina Interna Perante os Desafios do Futuro dos Cuidados aos Doentes Crónicos

Internal Medicine Facing the Challenges of the Future of Care for Chronic Patients

Luís Campos¹

“No mundo vindouro, o mundo estará governado por sintetizadores, pessoas capazes de reunir a informação adequada no momento adequado, pensar de forma lógica sobre ela e tomar de maneira sábia importantes decisões.”¹

Edward Wilson

Autor Correspondente:

Luís Campos [luisbarretocampos@gmail.com]
Rua da Vinha nº 25, R/C esq., 1200-475 Lisboa, Portugal

RESUMO

A Medicina Interna está numa fase de crescimento determinada essencialmente pela modificação da demografia hospitalar, pela hiperespecialização e pela ameaça à sustentabilidade do sistema induzida pelos custos da inovação. Em Portugal, temos uma situação privilegiada no contexto europeu, porque soubemos preservar o carácter generalista da Medicina Interna, ao contrário dos países da Europa Central e do Norte, que optaram pela dupla titulação e onde a maior parte dos internistas tem uma subespecialidade médica. No entanto, a forma como nos organizamos atualmente para cuidar dos nossos doentes não é a adequada: nos hospitais necessitamos grandes departamentos para doentes médicos agudos geridos pelos internistas, a cogestão dos doentes nos serviços cirúrgicos deve ser implementada assim como unidades de Medicina Ambulatória, que reúnam os hospitais de dia, unidades de diagnóstico rápido, programas de hospitalização domiciliária e unidades de cuidados integrados, de forma a diminuir as admissões urgentes e criar alternativas ao internamento. A necessidade de internistas tem crescido mais rapidamente do que a sua formação, pelo que necessitamos mais internistas e uma maior valorização do nosso trabalho porque os internistas portugueses têm qualidade, são flexíveis, eficientes e multipotenciais; estas são qualidades cada vez mais necessárias para o futuro dos cuidados aos doentes crónicos.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência Ambulatorial; Comorbidade; Doença Crónica; Guias de Prática Clínica; Organização Hospitalar; Medicina Interna; Padrões de Prática Médica

ABSTRACT

Internal Medicine is in a phase of growth determined mainly by the modification of hospital demography, hyperspecialization and the threat to the sustainability of the system induced by the costs of innovation. In Portugal we have a privileged situation in the European context, because we have been able to preserve the generalist nature of Internal Medicine, unlike the countries of Central and Northern Europe, which have opted for double titration and where most internists have a medical

1. Presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna; Professor Auxiliar Convidado da Nova University School/Faculdade de Ciências Médicas.

Recebido: 15/02/2017 - Aceite: 25/02/2017

subspecialty. However, the way we are currently organized to care for our patients is no longer adequate: in hospitals we need large departments for acute medical patients managed by the internists, the co-management of patients in the surgical services should be implemented as well as units of Ambulatory Medicine, which bring together day hospitals, rapid diagnostic units, home hospitalization programs and integrated care units, in order to reduce emergency admissions and create alternatives to hospitalization. The need for internists has grown faster than their training so we need more internists and a greater appreciation of our work, because Portuguese internists have quality, are flexible, efficient and multipotential, and these qualities are increasingly necessary for the future of care to chronic patients.

KEYWORDS: Ambulatory Care; Chronic Disease; Comorbidity; Hospital Administration; Practice Guidelines; Practice Patterns, Physicians

A NECESSIDADE DA MEDICINA INTERNA

Depois de uma altura, em que a Medicina Interna parecia que ia desaparecer como o delta do Okavango, fragmentada pela emergência das especialidades médicas, as circunstâncias atuais são claramente favoráveis a uma afirmação crescente da Medicina Interna, a qual está a acontecer desde os anos 80, fazendo com que a Medicina Interna seja uma especialidade nuclear do sistema de Saúde. Que razões explicam esta inversão de caminho?

Acho que podemos destacar três fatores: o primeiro é a modificação da demografia hospitalar: o aumento da esperança de vida² tem feito crescer o número de doentes crónicos e, entre estes, há particularmente o grupo dos doentes idosos, frágeis, com multimorbilidade, que são os grandes consumidores dos recursos na saúde, que invadiram os hospitais de forma tão avassaladora que a literatura anglo-saxónica apelidou o fenómeno de *silver tsunami*.³ A resposta a estes doentes constitui o grande desafio atual dos sistemas de saúde e a Medicina Interna poderá ser a chave para uma resposta eficaz a estes doentes.

O outro fator determinante é o aumento exponencial do conhecimento em Medicina, que aliado à evidência de uma relação entre volume e qualidade na realização de muitos procedimentos e na abordagem de algumas doenças, tem induzido a fragmentação das especialidades e a geração de hiperespecialistas que sabem cada vez mais sobre cada vez menos. Este é um movimento inevitável e mesmo desejável. O problema é que os doentes vão no sentido contrário: são cada vez mais complexos e com multimorbilidade, exigindo uma abordagem holística. Este é, de resto, um problema transversal a todas as áreas do conhecimento: Edgar Morin, dizia no seu livro "Relier les connaissances" "Existe uma inadequação cada vez maior, profunda e grave. Duma parte - um saber fragmentado em elementos separados e compartimentados nas disciplinas, doutra parte realidades multidimensionais, globais, transnacionais, planetárias e problemas cada vez mais transversais, polidisciplinares,

ou seja, transdisciplinares".⁴ Quanto mais avançarmos no caminho da hiperespecialização mais precisamos de generalistas e de sintetizadores.

O terceiro fator é a ameaça à sustentabilidade do sistema induzida pelos custos da inovação. A literatura demonstra que, quando os doentes são abordados por uma especialidade de órgão ou sistema, fazem mais atos diagnósticos, mas não têm melhores resultados.⁵ E toda a discussão à volta do sobrerastreio, sobrediagnóstico e sobretratamento tem trazido mais evidência a esta discussão. Os americanos têm uma frase lapidar que caracteriza bem este fenómeno: "Escolhe o especialista e escolherás a doença!". A Medicina Interna, na tradição de William Osler, tem na história clínica e no exame objetivo a chave para três quartos dos diagnósticos, e a sua forma racional e por etapas de estudar os doentes é a mais eficiente e a que mais poupa o doente a riscos desnecessários.

A MEDICINA INTERNA EM PORTUGAL

Em Portugal temos uma situação privilegiada no contexto europeu, porque soubemos preservar o carácter generalista da Medicina Interna, ao contrário dos países da Europa Central e do Norte, que optaram pela dupla titulação e onde a maior parte dos internistas tem uma subespecialidade médica. A fragmentação destas subespecialidades faz com que estes médicos tenham dificuldade em manter a capacidade de um desempenho global a nível da subespecialidade e tenham perdido a capacidade de atuar como internistas. Estes países estão atualmente com muitas dificuldades para lidar com esta mudança da demografia hospitalar. Ao contrário, os Estados Unidos, pelo meio dos anos 90, reconheceram a necessidade duma especialidade generalista no hospital, e criaram o movimento hospitalista, que tem um perfil muito sobreponível à Medicina Interna portuguesa. Desde então os hospitalistas foram a especialidade que mais cresceu nos EUA, atingindo os 50 000 médicos em

2015, e estão, literalmente, a tomar conta dos hospitais americanos.⁶

Esta situação favorável de Portugal deveu-se a algumas boas decisões tomadas ao longo do tempo: o impedimento da dupla titulação, desde 1994, a regulação pelo Estado do número de internos para cada especialidade de acordo com as necessidades do país e a capacidade formativa, o reconhecimento da importância da Medicina Interna pelas sucessivas equipas ministeriais da saúde e mesmo pelos grupos privados de saúde, e o prestígio e a forma como os internistas portugueses têm defendido a Medicina Interna. O resultado é que Portugal é o segundo país da OCDE com melhor *ratio* entre as especialidades generalistas e as outras, e a Medicina Interna é a especialidade mais numerosa nos hospitais do SNS.⁷

NOVOS MODELOS ORGANIZACIONAIS

Os internistas são os especialistas dos adultos, estão para o doente adulto como o pediatra está para as crianças, têm capacidade para abordar todas as doenças médicas dos adultos, seja nos serviços de urgência, nas enfermarias ou no ambulatório, podem tratar a maioria destas doenças, decidir quando necessitam a cooperação de outras especialidades ou em que circunstâncias devem referenciar os doentes a outras especialidades. Além disso, têm capacidade para abordar os doentes ainda sem diagnóstico, tratar as doenças sistémicas e os doentes com multimorbilidade.

No entanto, estamos inseridos em organizações e pensamos que a forma como nos organizamos atualmente para cuidar dos nossos doentes não é mais a adequada. Donald Berwick, um dos maiores líderes da Medicina nos EUA, ilustra esta inadequação contando a história da Choluteca River Bridge, uma magnífica ponte construída pelos japoneses nas Honduras, e que acabou de ser construída em 1998. Nesse mesmo ano o furacão Mitch desviou o curso do rio e a ponte ficou no mesmo lugar, tendo passado a ser conhecida pelo nome de “Bridge to nowhere”. E é essa a conclusão a que chegam muitos dos que pensam sobre a área da saúde: o rio mudou de curso mas a ponte ainda está no mesmo lugar.

Não há uma resposta simples para um problema complexo e ninguém tem a solução mágica, no entanto algumas ideias começam a surgir de forma consensual: o atual modelo hospitalar, existente, particularmente nos hospitais públicos, dividido em silos dedicados a órgãos ou sistemas, não é mais adequado para os doentes que hoje frequentam os hospitais. Temos que evoluir para grandes departamentos médicos, onde os internistas tomem conta de todos os doentes médicos agudos,

coordenando a intervenção das outras especialidades. Isto não quer dizer que estes departamentos sejam só enfermarias gerais. Estes departamentos devem ter unidades diferenciadas em determinadas patologias como sejam de cuidados intermédios, de insuficiência cardíaca, de doenças autoimunes, de acidente vascular cerebral, de cuidados paliativos, e outras, onde os internistas, sozinhos ou em parceria, assistam estes doentes num ambiente protocolado, com médicos diferenciados nestas áreas, com equipas mais experientes, unidades que sejam lugares privilegiados de formação e origem de projetos de investigação. Em Portugal, este modelo departamental já está implementado em hospitais como o Pedro Hispano, em Matosinhos, o Hospital Beatriz Ângelo, em Loures, o Hospital da Luz, em Lisboa, e o Hospital CUF Porto, no Porto. Naturalmente que este modelo é exigente para os internistas e altera radicalmente o *ratio* de internistas *versus* outros especialistas de áreas médicas de 1 para 3 nos hospitais com o modelo clássico, e 1 para 1 nos hospitais com modelo departamental.

Outra necessidade imperiosa é a de alterar o modelo de apoio aos serviços cirúrgicos, onde os internistas só são chamados, muitas vezes, tarde de mais, quando os doentes sofrem complicações. Os internistas devem estar em permanência nos serviços cirúrgicos ou médico-cirúrgicos, numa lógica de cogestão. Os doentes que entram nestes serviços devem ser acompanhados desde o início pela Medicina Interna para otimizar a sua condição pré-cirúrgica e prevenir as complicações no período pós-cirúrgico.⁸ Este modelo já está implementado, por exemplo, no Hospital da Luz, no Hospital de Nossa Sra. da Ajuda - Espinho e no Hospital São Francisco Xavier.

No que respeita ao ambulatório hospitalar, deveriam ser disseminadas unidades de Medicina Ambulatória, que reunissem os hospitais de dia, unidades de diagnóstico rápido, programas de hospitalização domiciliária e unidades de cuidados integrados. Esta seria uma solução para amenizar a redução de camas hospitalares num país que já é o 7º a contar do fim com menos camas nos hospitais, entre os países da OCDE.⁹ Para além disso permitiria manter em casa uma percentagem significativa de doentes, resgatando estes doentes à elevada probabilidade de eventos adversos que os internamentos hospitalares acarretam. A hospitalização domiciliária está amplamente implementada em Espanha e começou há um ano no Hospital Garcia de Orta, em Almada.

O DESAFIO DA INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

Em relação à integração de cuidados, essa seria porventura a reforma mais importante que poderíamos enunciar, e é um desafio quer para o setor público quer para

o setor privado da saúde. A realidade é que a resposta aos doentes crónicos tem sido fragmentada, reativa, episódica, através das urgências, centrada nas doenças. Temos que mudar o paradigma desta resposta e proporcionar a estes doentes cuidados contínuos, integrados, preventivos, centrados no doente e não na doença, em que este é encarado como um parceiro nos cuidados. Só assim conseguiremos reduzir as admissões nas urgências e os internamentos hospitalares destes doentes. Estes programas têm que ter os internistas e os médicos de família como protagonistas essenciais, e a Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI) e a Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar estão alinhadas neste propósito, mas esta resposta deve ser baseada em equipas multidisciplinares e a articulação não deve ser apenas entre os hospitais e os cuidados primários mas deve incluir também os cuidados continuados, os cuidados paliativos e a assistência social.¹⁰ A verdade é que a fusão dos hospitais com os cuidados primários, como acontece nas unidades locais de saúde, não garante a integração de cuidados, e a separação também não a impede, como o demonstra o êxito das unidades coordenadoras funcionais na área materno-infantil.

Os grupos privados de saúde perceberam mais rapidamente as necessidades e preferências dos doentes e não têm a separação que existe no setor público entre cuidados primários e secundários. Perceberam também o gosto português por estruturas “de conveniência”, e por isso apostaram, e bem, em clínicas ambulatoriais ou pequenos hospitais, onde estão os médicos assistentes dos doentes, sejam eles clínicos gerais ou internistas, juntamente com todas as outras especialidades médicas e cirúrgicas, todos os exames complementares disponíveis, muitas vezes mesmo com bloco operatório e algumas camas de internamento. Os doentes gostam disto, que os médicos partilhem a sua informação clínica e de os ver a comunicar uns com os outros para resolver os seus problemas. Esta organização e disponibilidade de recursos potencia a capacidade resolutive dos médicos assistentes, capacidade que tem faltado nos cuidados primários no Serviço Nacional de Saúde, e que é uma das razões porque os doentes preferem recorrer às urgências hospitalares e contribui de forma significativa para que sejamos o país europeu onde os doentes recorrem mais às urgências hospitalares.¹¹

No setor público existe outro grave problema: os serviços de Medicina estão transformados em centros de resolução dos problemas sociais, os internistas perdem muito do seu tempo a tentar resolver os problemas sociais dos doentes e esgotam as suas energias a esbarrar na falta de resposta da assistência social e do ministério público. Os hospitais públicos estão desprovidos de qualquer poder perante qualquer doente ou qualquer

família que simplesmente decide que o hospital é o melhor lugar para permanecer. As famílias têm mesmo incentivos para deixarem os seus nos hospitais, porque não têm a despesa e continuam a receber as pensões. O resultado é que os serviços de Medicina estão inundados de doentes com alta clínica a aguardar a resolução do problema social. Esta situação agrava-se em alguns hospitais públicos com gestão privada, onde existem expectativas mais elevadas dos doentes e das famílias, um maior grau de exigência e menor disponibilidade de cooperação. Em um destes hospitais a percentagem de doentes com internamento inapropriado, para além da alta clínica, representa cerca de um quarto dos doentes internados no serviço de Medicina. A articulação entre saúde, assistência social e justiça, deveria merecer a atenção urgente dos decisores.

Ao nível da integração de cuidados, existem muitos bons exemplos a nível internacional, a maior parte deles oriundos do setor privado. Destaco o programa Barcelona-Esquerda, que envolve mais de meio milhão de habitantes desta cidade, o modelo *Gesund Kinzigtal*, na Alemanha, o programa *Norrtaelje*, na Suécia, e o programa da Escócia. Pela primeira vez, em Portugal, estão vertidos na contratualização entre a ACSS e os hospitais incentivos a este tipo de programas, assim como a outros modelos alternativos ao internamento. Há já vários hospitais a implementar programas de cuidados integrados, como o Hospital São Francisco Xavier, juntamente com o ACES de Oeiras, mas também na Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, ULS de Matosinhos e Hospital Garcia de Orta.

Cada cidadão deveria ter, para além do seu médico de família, o seu “internista de referência”, o médico que sabe as doenças que o doente tem, mas acima de tudo conhece o doente que tem aquelas doenças, o médico que, no hospital, é o rosto que o doente reconhece, o médico a quem o médico de família do doente pode contactar diretamente sempre que tem alguma dúvida ou problema relacionado com aquele doente. É uma ideia que está em prática em toda a região da Andaluzia.¹² Isto, para além dos internistas poderem ser também os médicos assistentes no ambulatório.

A MEDICINA INTERNA PERANTE OS DESAFIOS DO FUTURO DOS CUIDADOS AOS DOENTES CRÓNICOS

Mas, para que tudo isto aconteça precisamos de mais internistas! Não chegam os 1000 internos que temos em formação. A necessidade da Medicina Interna tem crescido de forma mais acelerada do que a formação de

internistas. A Medicina Interna é a especialidade mais carenciada no SNS, como o provou o recente mapa de vagas para carenciados que os hospitais públicos enviaram. Todos os dias recebemos SMS de empresas de recursos humanos a convidarem-nos para irmos trabalhar nos mais diversos serviços dos mais diversos hospitais. Acresce a isto, a quantidade de médicos que se vai reformar depois de 2019, como vai acontecer com muitos de nós que pertencíamos aos cursos de Medicina prévios à introdução do *numerus clausus*.

Isso tem exigido dos internistas um esforço acrescido e só a competência, a dedicação e o sentido ético dos internistas, que os faz trabalhar milhares de horas a mais que não são remuneradas, tem evitado ruturas penalizantes para os doentes nos hospitais do SNS, mas isso não é suportável por muito tempo. Temos que ter mais internistas e o exercício da Medicina Interna tem que ser melhor compensado, mais satisfatório para quem a exerce e mais atrativo para os internos. Nos hospitais públicos outras especialidades são pagas pela produção adicional, os internistas suportam o acréscimo de doentes na urgência e no internamento e não são recompensados por isso. A diminuição do pagamento das horas extraordinárias empurrou muitos colegas para o duplo emprego, pelo que a anunciada reposição do pagamento das horas extraordinárias vai ser uma medida de elevar justiça e poderá estancar esse movimento.

Por outro lado a Medicina Interna enfrenta a ameaça da criação de novas especialidades. Pensamos que há áreas, como a emergência, a geriatria, os cuidados paliativos, onde é necessário ter especialistas que desenvolvam competência nestas áreas, competências que já existem formalizadas na Ordem dos Médicos, e para as quais a Medicina Interna fornece a melhor preparação de base. Mas, enquanto a competência permite tudo o que uma especialidade permite, o contrário não é verdadeiro. A criação destas especialidades significaria condenar jovens licenciados a exercer esta atividade, confinada a espaços específicos, até à sua reforma, em áreas de elevadíssimo *burnout*, sem possibilidade de retorno nem de acumulação com outras funções, significaria criar mais muros nos hospitais e dificultaria uma gestão flexível de recursos humanos. Já a criação da especialidade de Medicina Intensiva, que decorreu de forma pouco transparente, consideramos ter sido um erro crasso. Uma vez criada uma especialidade, isso representa um caminho sem retorno.

Uma das principais funções da SPMI é ajudar os decisores a tomar boas decisões, mas nós também temos que fazer o nosso trabalho, investindo fortemente na formação dos nossos internos, através de cursos presenciais,

webinars, *e-learning*, e estamos a criar condições para alavancar esta atividade, com a possibilidade, mesmo, de a expandirmos aos oito países de língua oficial portuguesa, o que representa um universo de 250 milhões de pessoas. Por outro lado, temos que adaptar o internato, tornando-o mais flexível para permitir um equilíbrio entre a manutenção da nossa capacidade generalista, que é a nossa grande mais-valia, com o desenvolvimento de competências. Temos, também, que diversificar os critérios de progressão na carreira para não prejudicar a diversidade dos perfis de internistas que a Medicina Interna tem que estimular para fazer face à diversidade de modelos de cuidados e de ambientes onde está envolvida.

Uma das áreas em que a Medicina Interna tem que ser mais envolvida é na elaboração de Normas de Orientação Clínicas (NOCs) respeitantes às doenças crónicas. A elaboração destas normas tem sido entregue, em muitos casos, apenas a uma especialidade de órgão ou sistema, mas a Medicina Interna, assim como a Medicina Geral e Familiar deviam também integrar as equipas que as elaboram, porque não só são especialidades que lidam com estes doentes mas também como forte de esbater eventuais conflitos de interesse. Por outro lado, muitas destas normas dirigidas a doenças específicas são inadequadas para grande parte dos doentes que tratamos, que têm muitas outras patologias, pelo que necessitamos NOCs dirigidas à multimorbilidade.¹³

Outra das áreas onde a Medicina pode e deve exercer um papel mais ativo é na promoção da saúde, prevenção da doença e na capacitação dos doentes para tomarem cada vez mais conta da sua saúde. Nós tratamos os doentes que sofrem de doenças crónicas, a maior parte delas são de natureza sistémica, por isso, quando sabemos que os cuidados de saúde determinam 10% da saúde das pessoas e os comportamentos de risco cerca de 40%, quando sabemos que 80% dos casos de diabetes, de acidente vascular cerebral e de doença coronária e 40% dos casos de cancro, podiam ser prevenidos pela abstinência do tabaco, pela mudança de hábitos alimentares e pelo exercício, torna-se uma obrigação ética envolvermo-nos nesta missão.¹⁴

Ser internista é realmente uma paixão e um privilégio. Esta profissão é um extraordinário observatório da natureza humana, proporciona-nos a experiência intensa da confrontação com a vida nos seus limiares, dá-nos a oportunidade de fazer a diferença na vida do outro. Numa altura em que no mundo se instala um discurso de separação e de construção de muros, a Medicina Interna é uma especialidade de agregação e de construção de pontes. A Medicina Interna tem flexibilidade, multi-

potencialidade e é eficiente.¹⁵ Além disso os internistas portugueses são competentes e dedicados, e são essas características que têm evitado ruturas no SNS.

O nosso país tem uma escala pequena, temos quase a mesma população que algumas das regiões autónomas de Espanha, temos um bom Sistema de Saúde, temos pessoas à frente do ministério, das organizações de Saúde, dos grupos privados de saúde, inteligentes, conhecedoras e com bom senso, temos boas condições para pôr Portugal na linha da frente da inovação organizacional na resposta aos nossos doentes crónicos. Os internistas portugueses e a SPMI estão disponíveis para isso. Se o conseguirmos, isso representará um enorme benefício para os nossos doentes e uma contribuição inestimável para a sustentabilidade do sistema de saúde.

CONFLITOS DE INTERESSE: O autor declara a inexistência de conflitos de interesse na realização do trabalho.

FONTES DE FINANCIAMENTO: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

CONFLICTS OF INTEREST: The authors declare that they have no conflicts of interest.

FINANCIAL SUPPORT: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

REFERÊNCIAS

1. Wilson EO. *Consilience: The Unity of Knowledge*. New York: Alfred A. Knopf, Inc; 1998.
2. Kontis V, Bennett JE, Mathers CD, Li G, Foreman K, Ezzati M. Future life expectancy in 35 industrialized countries: projections with a Bayesian model ensemble. *Lancet*. 2017 (in press).
3. Bartels SJ, Naslund JA. The Underside of the Silver Tsunami – Older Adults and Mental Health Care. *N Engl J Med*. 2013;368:493-6.
4. Morin E. *Relier les connaissances. Le défi du XXIe siècle*. Paris: Éditions du Seuil; 1999.
5. Center for Evaluative Clinical Sciences: Supply-sensitive Care. Lebanon: The Dartmouth Atlas Project; 2009 [consultado jan 2016]. Disponível em: http://www.dartmouthatlas.org/downloads/reports/supply_sensitive.pdf.
6. Wachter RM, Goldman L. Zero to 50,000 – The 20th Anniversary of the Hospitalist. *N Engl J Med*. 2016;11:1009-11.
7. OECD. *Health at a Glance: 2015*. OECD Publishing. [consultado jan 2017]. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_2015-en.
8. Huddleston JM, Long KH, Naessens JM, Vanness D, Larson D, Trousdale R, et al. Medical and Surgical Co-management after Elective Hip and Knee Arthroplasty: A Randomized, Controlled Trial. *Ann Intern Med*. 2004;141:28-38.
9. OECD. *Health at a Glance: 2016*. OECD Publishing. [consultado jan 2017]. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_2016-en.
10. World Health Organization. *Global strategy on people-centred and integrated health services*. Geneva: WHO; 2015.
11. Berchet C. *Emergency Care Services: Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand*, OECD Health Working Papers, No. 83, Paris: OECD Publishing; 2015.
12. Ollero M, Álvarez M, Barón B. *Proceso Asistencial Integrado. Atención a Pacientes Pluripatológicos*. 2ª ed. Sevilla: Consejería de Salud. Andalucía; 2007.
13. Lloyd D, Hughes, Marion E. T. McMurdo, Bruce Guthrie; Guidelines for people not for diseases: the challenges of applying UK clinical guidelines to people with multimorbidity. *Age Ageing*. 2013;42:62-9.
14. World Health Organization. *Preventing Chronic Diseases, a Vital Investment*. Geneva: WHO; 2005.
15. White HL, Glazier RH. Do hospitalist physicians improve the quality of inpatient care delivery? A systematic review of process, efficiency and outcome measures. *BMC Medicine*. 2011;9:58.