

Salud Personalizada **Desarrollo e implementación de una herramienta para** **incorporar determinantes sociales, riesgos y problemas a la** **gestión de pacientes y poblaciones**

Autores:

Vazquez, Edgardo^{1,2}, Casal, Enrique¹, Palli, Guillermo², Pampliega,
Eneas², Montenegro, Sergio Daniel³,

¹ Casa Médica Centrada en el Paciente - Ciudad Autónoma de Buenos
Aires, Argentina

² VínculoMédico SA – Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

³ integrando Salud SAS- Misiones, Argentina

¹edgardo.vazquez@casamedica.org

Abstract: Este trabajo presenta el desarrollo de una herramienta, solicitada por una práctica grupal de atención primaria, que integra los aspectos de riesgo y determinantes sociales a la atención médica tradicional, permitiendo: categorizar necesidades actuales de recursos, prever utilización futura, automatizar procesos y personalizar de esta manera el cuidado de la salud. Describe la importancia del problema y de qué manera la herramienta desarrollada da respuestas al mismo. Se incluyen las etapas de su desarrollo: desde la conceptualización, la maquetación, la integración con herramienta existente y su interconexión. Este desarrollo permite optimizar la utilización de recursos, mejorando la calidad de gestión tanto a nivel individual como poblacional.

Keywords: Salud Personalizada, Determinantes sociales de la Salud, Microsistema asistencial, Casa Medica Centrada en el Paciente, CRM, Panel de pacientes, Gestión de Salud, Automatización de procesos

1 - Introducción y problemática

El sistema actual de atención médica se activa cuando la persona presenta un síntoma o cuando desea realizar un control periódico. Fuera de estas situaciones, generalmente permanece inactivo, aguardando la demanda del paciente. Excepcionalmente funciona sobre los riesgos (ej.: coronario, diabetes) cuando su presencia tiene un impacto potencial visible.

La salud depende de múltiples factores, que trascienden la atención médica tradicional, denominados determinantes sociales. Estos ejercen una influencia sobre el bienestar de las personas y no son tomados en cuenta por los sistemas tradicionales.

Asimismo, la continuidad de la atención es un pilar central a su calidad y se ve afectada en múltiples áreas: el fraccionamiento entre las distintas especialidades,

entre los distintos niveles de atención (primaria, secundaria y terciaria) y la discontinuidad dada por la concepción reactiva del sistema.

CAIS, Congreso Argentino de Informática y Salud

Estos tres elementos (sistema de atención médica reactivo, exclusión de los determinantes sociales y discontinuidad del cuidado) dificultan un enfoque más abarcativo de la salud, la personalización del cuidado y la adecuación de los recursos a dichas necesidades.

Estas características han modelado el sistema de atención médica en términos de recursos humanos, procesos, modalidad de trabajo, uso de información, así como también una cultura de uso en la población en general.

Respondiendo a estas características se desarrollaron herramientas de TI, como la historia clínica electrónica donde se registran la información de problemas de salud y su manejo (estudios, medicaciones) portales del paciente, etc

Desde 2009 dos de los autores (EC;EV) implementaron un modelo de cuidado de la salud denominado Casa Medica Centrada en el Paciente (CMCP) Microsistema de atención médica ambulatoria que asume la responsabilidad por una población definida, estimula una participación activa paciente, trabaja en equipo integrando aspectos psicosociales. Otra característica son el uso intensivo de sistemas de información (HCE, Portal, CRM, sistemas de comunicación masivos) y la mejora del modelo del pago por servicio agregando el factor de valor.

Para poder dar respuesta a las deficiencias mencionadas, CMCP acordó con Integrando Salud (IS) -empresa de tecnología- el desarrollo de una herramienta que permitiese personalizar el cuidado de la salud, integrar las determinantes sociales con la carga de problemas y riesgos; definir categorías según el requerimiento de recursos así como las acciones a tomar acorde a las mismas (ej.: consultas, estudios de control), generar la automatización de los flujos de trabajo para el seguimiento proactivo de las acciones y monitorizar su ejecución, tanto a nivel individual como poblacional.

2 - Objetivo

El objetivo del presente trabajo es describir el proceso de desarrollo e implementación de una herramienta de gestión de salud personalizada en base a riesgo, enfermedad y determinantes sociales y evaluar su impacto de uso en el ámbito ambulatorio en cuanto a aceptabilidad de los usuarios, calidad de cuidado, satisfacción del paciente y resultados clínicos.

3 - Hipótesis

La hipótesis principal del presente trabajo es que la implementación de un sistema de gestión de salud personalizada que contemple aspectos sobre riesgo, enfermedad y determinantes sociales y además que esté integrada a una historia clínica electrónica, puede generar beneficios en cuanto a calidad de cuidado, satisfacción del paciente y resultados clínicos.

4 - Conceptos preliminares

Microsistema Asistencial de Salud:

Mínima unidad replicable donde la persona, su familia y su entorno contactan con el equipo de salud. Se encuentra compuesta por: una población asistida, un equipo de salud, un conjunto de procesos, una infraestructura de Tecnología de información y una gestión de información.ⁱ

Determinantes Sociales de la salud ⁱⁱⁱⁱ:

Son las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud. También se ha descrito como “las características sociales en que la vida se desarrolla». De manera que los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud. Los determinantes sociales objetos de políticas públicas son aquellos susceptibles de modificación mediante intervenciones efectivas.^{iv}

CRM

Es la sigla utilizada para "**Customer Relationship Management**" (software para la Gestión de la Relación con el Cliente). Algunas de sus funciones son:

- Rastrear activamente y administrar la información de los pacientes.
- Conectar todo el equipo de salud con cualquier dispositivo y lugar.
- Capturar de manera inteligente los e-mails de los pacientes.
- Simplificar tareas repetitivas para que pueda hacer un acompañamiento de objetivos más efectivo.
- Proporcionar recomendaciones y ventajas de manera instantánea.
- Se expande y personaliza dinámicamente conforme a los requerimientos del cuidado de salud.^v

Panel de Paciente:

Un panel de pacientes es un grupo de pacientes asignados a un médico o equipo clínico específico. El equipo está dedicado al cuidado de aquellos dentro de ese panel.^{vi}

Seguimiento automatizado de los procesos ^{vii}:

El seguimiento automatizado de los procesos de trabajo del equipo de salud es facilita la coordinación del cuidado de la población de pacientes. Existe una amplia cantidad de actividades y procesos cotidianos que deben llevarse a cabo, y cuando se automatizan, se ahorra tiempo y esfuerzo. Por ejemplo, es posible que un médico de atención primaria deba asignar pacientes de diferentes potenciales riesgos a diversos procesos de seguimiento y atención, estos son pasos y tareas que pueden ser automatizados para ser enviados y seguidos por asistentes y/o profesionales de acuerdo con criterios determinados. También es posible que deba enviar correos electrónicos de seguimiento antes y después de las acciones efectuadas por los pacientes o asistentes en intervalos programados. Todo esto puede ser coordinado y diagramado mediante el uso de reglas y acciones en los sistemas de workflow definidos dentro de un CRM.

5 – Desarrollo

Para el desarrollo del presente trabajo se describirá el proceso de ideación del sistema de gestión de salud personalizada, se desarrollarán las definiciones sobre criterios de riesgo, determinantes sociales y de enfermedad; también se detallará las categorías de necesidad de cuidado definidas para este proyectos y por último se mencionará las características del software de gestión de historias clínicas

sobre el cual se desarrolló el sistema de “Salud Personalizada”, en base a los conceptos mencionados anteriormente.
CAIS, Congreso Argentino de Informática y Salud

5.1 - Proceso de ideación del sistema de gestión de salud personalizada

El proceso de ideación de este sistema de “Salud Personalizada” llevaba varios años de trabajo y de maduración por parte del equipo de la institución Casa Medica, y fue conceptualizado con 4 componentes, los cuales pueden observarse en la figura 1.

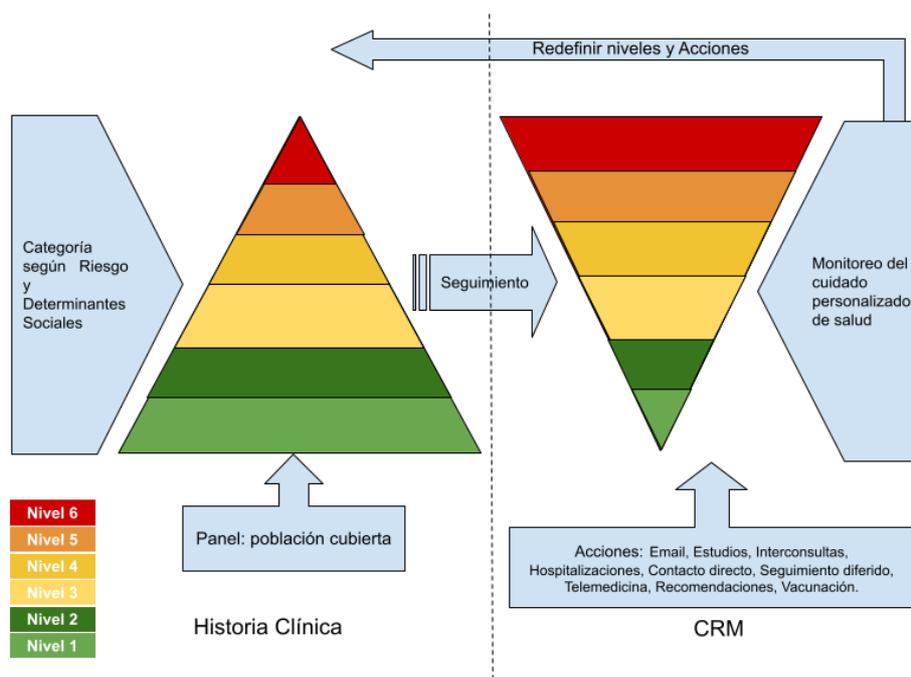


Fig 1.: Componentes del Software de Salud personalizada

- **Componente de Panelización:** es una herramienta que debe permitir identificar a la población de pacientes a seguir, por ej: pacientes con más de 2 consultas al mismo prestador en los últimos 2 años.
- **Componente de asignación de riesgo^{viii}, nivel de necesidad de cuidado y plan de acción a seguir:** este componente debe estar integrado a la historia clínica electrónica del paciente, y debe permitir asignar diferentes tipos de riesgos, determinantes sociales y de enfermedad (ver tabla 1), además de mostrar información contextual del paciente, como sus problemas médicos o lista de fármacos consumidos. También debe permitir asignar una ponderación de necesidad de cuidado, que a su vez pueden sumarse o potencializarse. (Ej: un paciente que padece diabetes y enfermedad de Alzheimer tiene un riesgo potencial mayor que los riesgos de cada problema individual). La sumatoria de criterios de riesgo que posee un paciente, definen la intensidad de cuidado y cantidad de recursos que necesitará. Para poder ordenar la disponibilidad de estos recursos se generan categorías que tienen en común la necesidad de recursos, la periodicidad de controles y acciones necesarias para mejorar el cuidado (ver tabla 2). Por último debe permitir definir un plan de acción a seguir de acuerdo a su condición y nivel de comorbilidad.
- **Componente de automatización:** este componente debe permitir la interacción del HIS con el CRM, para automatizar ciertas tareas que facilitan el monitoreo y seguimiento de este tipo de pacientes, para que la planificación del cuidado se vaya realizando en forma automática.

- **Componente de seguimiento Poblacional:** este componente debe permitir monitorear a la población de pacientes en base a la información registrada, en cuanto a criterios de riesgo, determinantes sociales y de enfermedad, plan de acción de a seguir y nivel de necesidad de cuidado.

Para poner a prueba este modelo, se hizo la prueba piloto de cargarlo en una planilla de cálculo en microsoft excel. En la figura 2, se puede observar un boceto de la planilla, con los distintos casos de uso para un modelo de Salud Personalizada, utilizando como ejemplo, pacientes atendidos en la actualidad en Casa Médica, con distintos niveles de complejidad.

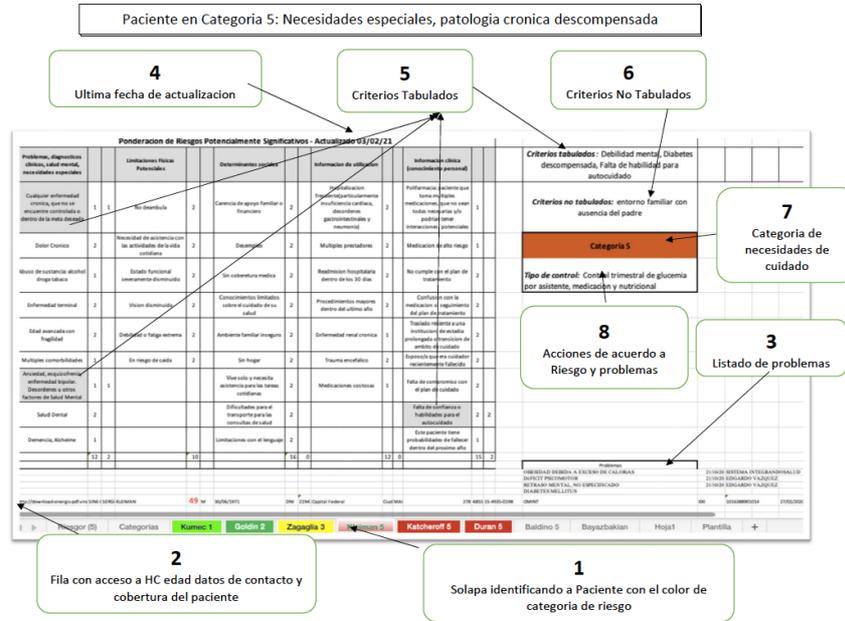


Fig 2.: Boceto para el registro Salud Personalizada

En este modelo manual, es posible evaluar pacientes a través de 8 pasos:

1. Solapa identificando al paciente con el color de categoría de intensidad del cuidado
2. Fila con link de acceso a historia clínica (VM) edad, datos de contacto del paciente y cobertura
3. Listado de problemas de salud registrado en la Historia Clínica
4. Fecha de la última actualización de los datos
5. Criterios de riesgo, determinantes sociales y enfermedad identificados en la siguiente tabla
6. Criterios de carga de enfermedad o riesgo que no figuran en la tabla (en general surgen del conocimiento personal del paciente)
7. Categoría de necesidad de cuidado
8. Acciones de acuerdo con riesgos y problemas

5.2 Definición sobre criterios de riesgo, determinantes sociales y de enfermedad

En la **tabla 1** se puede observar que los criterios de riesgo, determinantes sociales y de enfermedad utilizados para el desarrollo de este sistema fueron agrupados en 5 categorías:

- A. Problemas, diagnósticos clínicos, salud mental, necesidades especiales
- B. Limitaciones Físicas Potenciales

- C. Determinantes sociales
 D. Información de utilización
 E. Información clínica (conocimiento personal)

Problemas, diagnósticos clínicos, salud mental, necesidades especiales	Limitaciones Físicas Potenciales	Determinantes sociales	Información de utilización	Información clínica (conocimiento personal)
Qualquier enfermedad crónica, que no se encuentre controlada o dentro de la meta deseada	No deambula	Carencia de apoyo familiar o financiero	Hospitalización frecuente (particularmente insuficiencia cardíaca, desordenes gastrointestinales y neumonías)	Polifarmacia; paciente que toma múltiples medicaciones, que no sean todas necesarias y/o podrían tener interacciones potenciales
Dolor Crónico	Necesidad de asistencia con las actividades de la vida cotidiana	Desempleo	Múltiples prestadores	Medicación de alto riesgo
Abuso de sustancia: alcohol, droga, tabaco	Estado funcional severamente disminuido	Sin cobertura medica	Readmisión hospitalaria dentro de los 30 días	No cumple con el plan de tratamiento
Enfermedad terminal	Visión disminuida	Conocimientos limitados sobre el cuidado de su salud	Procedimientos mayores dentro del último año	Confusión con la medicación o seguimiento del plan de tratamiento
Edad avanzada con fragilidad	Debilidad o fatiga extrema	Ambiente familiar inseguro	Enfermedad renal crónica	Traslado reciente a una institución de estadía prolongada o transición de ámbito de cuidado
Múltiples comorbilidades	En riesgo de caída	Sin hogar	Trauma encefálico	Esposo/a que era cuidador recientemente fallecido
Ansiedad, esquizofrenia, enfermedad bipolar, Desordenes u otros factores de Salud Mental		Vive solo y necesita asistencia para las tareas cotidianas	Medicaciones costosas	Falta de compromiso con el plan de cuidado
Salud Dental		Dificultades para el transporte para las consultas de salud		Falta de confianza o habilidades para el autocuidado
Demencia, Alzheimer		Limitaciones con el lenguaje		Este paciente tiene probabilidades de fallecer dentro del próximo año

Tabla 1: Registro de riesgo, determinantes sociales y carga de enfermedad

5.3 Definición de niveles de necesidad de cuidado

Se definieron 6 niveles de necesidad de cuidado^{ix}, cada uno identificado por un color, los cuales se pueden observar en la tabla 2.

El paciente se encuentra saludable, sin factores de riesgo ni enfermedades crónicas	El paciente es saludable, pero con riesgo de una enfermedad crónica, o tiene otro factor de riesgo significativo	El paciente tiene una o más enfermedades crónicas, con factores de riesgo significativos pero se encuentra estable o en metas deseables de tratamiento	El paciente tiene una o más enfermedades crónicas con factores de riesgo significativos, se encuentra inestable o no cumplen metas terapéuticas	El paciente padece múltiples enfermedades crónicas, factores de riesgo significativos, complicaciones y/o tratamientos complicados	El paciente padece problemas catastróficos o complejos en los cuales su salud podría no ser restablecida
Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 6

Tabla 2: Categorización del paciente acorde a necesidad de cuidado

A continuación, se detalla qué criterios contempla cada nivel y qué tipo de cuidado debería aplicarse en cada caso:

Nivel 1: El paciente es saludable, sin factores de riesgo ni enfermedades crónicas.

Prevención Primaria

Objetivo: Prevenir el inicio de enfermedad (baja utilización de recursos).

Nivel 2: El paciente es saludable pero con riesgo de enfermedad crónica, o tiene otro factor de riesgo significativo

Prevención Primaria

Objetivo: Prevenir el inicio de enfermedad (baja utilización de recursos).

Nivel 3: El paciente tiene una o más enfermedades crónicas, con factores de riesgo significativos pero se encuentra estable o en metas deseables de tratamiento

Prevención Secundaria

Objetivo: Tratar las enfermedades y evitar las complicaciones serias (uso moderado de recursos)

Nivel 4: El paciente tiene una o más enfermedades crónicas, con factores de riesgo significativos, se encuentra inestable o no cumple metas terapéuticas

Prevencción Secundaria

Objetivo: Tratar las enfermedades y evitar las complicaciones serias (uso moderado de recursos)

Nivel 5: El paciente padece múltiples enfermedades crónicas, factores de riesgo significativos, complicaciones y/o tratamientos complicados

Prevencción Terciaria

Objetivo: Tratar las etapas avanzadas de las enfermedades y minimizar la discapacidad (uso intensivo de recursos)

Nivel 6: El paciente padece problemas catastróficos o complejos en los cuales su salud podría no ser establecida

Atención Catastrófica

Objetivo: Puede ir desde restaurar la salud a limitarse a proveer confort (uso extremadamente intensivo de recursos)

5.4 - Características del software de gestión de historias clínicas utilizado para este proyecto

Para la implementación del presente proyecto se trabajó con el software de gestión de historias clínicas electrónicas de Integrando Salud®. Esta es una plataforma basada en cloud computing que está desarrollada en lenguaje de programación PHP, y utiliza como motor de base de datos MySQL. Maneja como estándares de interoperabilidad HL7, CDA, FHIR, Snomed CT a nivel de la codificación de problemas y de fármacos y WebRTC a nivel de sus herramientas de Telemedicina. Está integrada a la Red Nacional de Salud Digital del Ministerio de Salud de la Nación Argentina.

Esta plataforma posee un modelo de historia clínica electrónica centrada en el paciente, orientada a problemas, organizada en forma modular y ordenada por múltiples criterios: nivel de atención, cronológico y por fuentes de información (datos filiatorios, problemas, evoluciones, pedidos, resultados, interconsultas, prescripciones, vacunas, etc.)

5.5 - Desarrollo del sistema de gestión de “Salud Personalizada”

Se agregó al software de gestión de historias clínicas electrónicas un nuevo módulo que se llamó “**Salud Personalizada**”. Previo al desarrollo, se hizo un mockup de la pantalla, para que pueda ser evaluado por el equipo de Casa Médica, y luego de su aprobación, se dió inicio al proceso de programación. Este nuevo módulo funciona como una ficha dinámica, en la cual el equipo asistencial va registrando durante las diferentes consultas, los criterios de riesgo, los determinantes sociales y de enfermedad, como así también otros criterios subjetivos relevados durante la consulta. El sistema muestra en forma integrada dentro del mismo módulo, información relevante sobre los problemas médicos y fármacos consumidos, entre otros, y permite asignar un nivel de necesidad de cuidado que está categorizado en 6 niveles, tal como se puede observar en la tabla 2. Cada uno de estos niveles tiene definido un color en base a la complejidad del paciente.

Uno de los aspectos más importantes de este nuevo módulo es la capacidad de poder definir planes de acción para cada paciente. En esta primera versión estas acciones, permiten definir una periodicidad (día, semana, mes, año) y un destinatario de dicha acción que puede ser el paciente, el médico o un asistente. A su vez, estas acciones impactan en un CRM, que está integrado ad hoc a la historia clínica electrónica y al Sistema de Salud Personalizada, que automatiza estas tareas y va activando a los diferentes actores del equipo asistencial (médicos y asistentes) como así también a los pacientes, para empoderarlos con información y hacerlos partícipes activos de su cuidado. Un ejemplo de workflow que se podrían definir desde este sistema es definir una acción, por ejemplo “Contacto por email”, cuyo destinatario sea el “paciente”, y cuya periodicidad sea cada “1 año”. Este workflow podría recordar por email a un paciente diabetico que debería hacerse un fondo de ojo cada año.

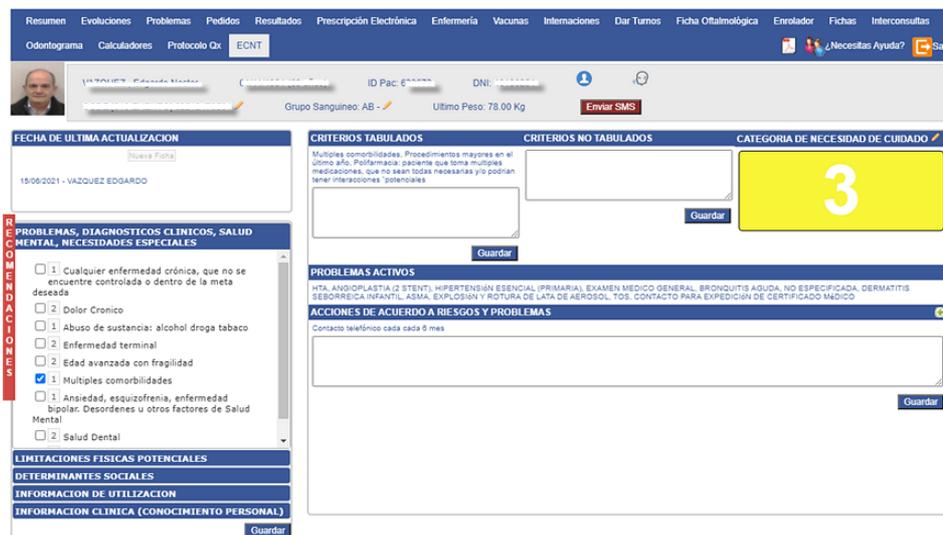


Fig 3.: Captura de pantalla de módulo de “Salud Personalizada” integrada a la Historia Clínica Electrónica Ambulatoria

5.6 - Integración entre la Historia Clínica y el CRM

Se está planificando usar herramientas existentes como REST API para integrar el CRM y la historia clínica electrónica.

Las nuevas integraciones entre la historia clínica electrónica y el CRM, permite sincronizar los datos demográficos de los pacientes y de disparar los workflows seleccionados por el profesional de la salud para el seguimiento y monitoreo de los cuidados de salud de la población a ser atendida.

El flujo de información previsto sería el siguiente (figura 4):

- 1) Desde la historia clínica se envían los datos demográficos de los pacientes para ser incluidos en el CRM.
- 2) Desde la historia clínica se genera la clasificación y se asigna el nivel de seguimiento deseado.

- 3) Desde la historia clínica se consulta los workflows disponibles para seguimiento definidos en el CRM.
- 4) El profesional de salud selecciona el/los workflows de automatización de seguimiento que desea ejecutar y graba la selección.
- 5) El CRM ejecutará los workflows según los criterios entregados por el profesional de salud y seguirá los pasos definidos en el mismo.
- 6) La Historia clínica podrá acceder al estado de los workflows definidos en el paso 4 para ver su estado de ejecución y las acciones que se han llevado a cabo.

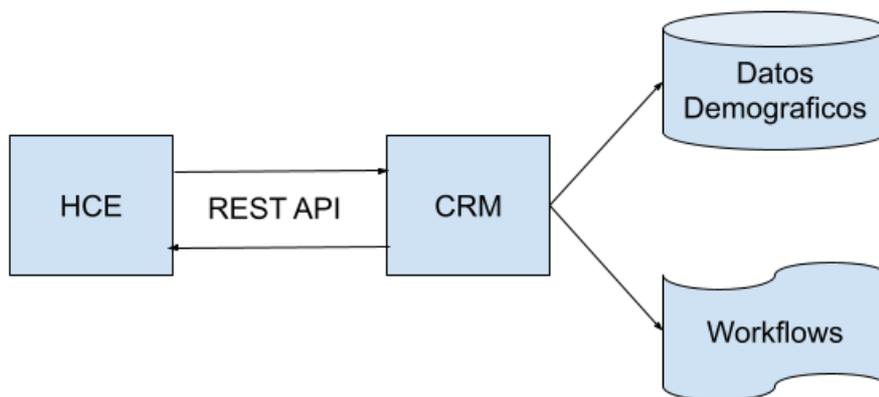


Fig 4: Esquema de funcionamiento del seguimiento de pacientes

Los pasos que requieran generar campañas, targets y mensajería de seguimiento, se harán con la herramienta workflows del CRM y serán consumidos por la HCE para consultar el estado de estas poblaciones a modo individual por cada paciente participante.

6 – Resultados

Con 7 meses de avance, el proyecto de “**Salud Personalizada**” ha logrado pasar desde una etapa de ideación, a una etapa de desarrollo e implementación en terreno. Para un avance acelerado del proyecto, se tomó la decisión de usar metodologías ágiles de tipo SCRUM y se dividió al proyecto en 3 etapas, de acuerdo al nivel de complejidad de desarrollo:

- **Etapa 1: Desarrollo de módulo de categorización de pacientes individuales** que esté integrado a la historia clínica electrónica y que permita la asignación riesgo, determinantes sociales y de enfermedad, como así también el nivel de necesidad de cuidado y el plan de acción individual.
- **Etapa 2: Desarrollo de módulo de Panelización:** va a consistir en una herramienta que permita generar reportes de pacientes, por ejemplo, con más de 2 consultas con el mismo prestador en los últimos 2 años.
- **Etapa 3: Desarrollo de Tablero de Seguimiento Poblacional:** va a consistir en una herramienta que permita monitorear a los pacientes en base a su riesgo, necesidades de cuidado y plan de acción a seguir.

Recientemente se finalizó la etapa 1 y se ha iniciado con la etapa 2 y 3 en paralelo. Actualmente se están realizando evaluaciones cualitativas con profesionales de la salud para obtener su valoración de los beneficios, disponibilidad a utilizarla, niveles de dificultad y sugerencias de mejora. Inicialmente los beneficios más

valorados son contar con la información comprensiva disponible en un solo lugar, inclusión de determinantes psicosociales y automatización de acciones. Expresaron temor a tener una mayor carga de trabajo, sobre todo inicialmente. Algunas de las mejoras sugeridas relacionadas con contenidos, funcionalidades y navegación ya fueron incluidas durante el desarrollo. En cuanto a la calidad de cuidado, satisfacción del paciente y resultados clínicos, todavía es muy difícil de cuantificar debido al escaso número de pacientes enrolados bajo este modelo de atención. Se definió empezar por su implementación en la Institución Casa Medica, y luego ir extendiendo su uso a otras instituciones orientadas a este modelo de cuidado personalizado.

7 - CONCLUSIONES

Se demuestra que uniendo varias soluciones ya existentes, y programando otras, se logró crear una plataforma de implementación rápida, que requiere de pocos actores intermedios, y que con la ayuda de procesos automatizados permite que el equipo profesional pueda integrar los determinantes sociales de la persona a los otros datos de la atención médica (problemas, medicamentos, resultado de estudios), establecer categorías de necesidad de cuidado y planificar acciones futuras (contactos, estudios controles) por parte de los integrantes del equipo asistencial y/o del paciente. Asimismo, permite efectuar de forma efectiva un monitoreo de cumplimiento de estos.

A nivel poblacional permite efectuar un seguimiento de segmentos de paneles atendidos, jerarquizando y planificando según categoría de requerimientos.

8 - COMENTARIOS

Hace falta generar indicadores de uso y monitoreo de estos, para medir el impacto de esta herramienta en cuanto a la facilidad en el seguimiento de pacientes por parte de los profesionales, como así también el impacto de estos en los resultados clínicos individuales y poblacionales. La extensión del uso de la herramienta a nuevos usuarios y nuevas instituciones dedicadas a brindar este tipo de cuidados personalizados va a ser clave para la maduración del proyecto.

BIBLIOGRAFÍA:

-
- ⁱ Mohr, J. (2000). Forming, operating and improving microsystems of care. Hannover: Center for the Evaluative Clinical Science, Dartmouth College.
 - ⁱⁱ DeVoe, J. Perspectives in Primary Care: A Conceptual Framework and Path for Integrating Social Determinants of Health Into Primary Care Practice. Ann Fam Med 2016;14:104-108.
 - ⁱⁱⁱ Kaufman, A. Theory vs Practice: Should Primary Care Practice Take on Social Determinants of Health Now? Yes. University of New Mexico,

Albuquerque, New Mexico Ann Fam Med 2016;14:100-101. doi:
10.1370/afm.1915.

- ^{iv} <https://www.minsal.cl/determinantes-sociales-en-salud/>
- ^v <https://www.salesforce.com/mx/crm/#crm-definicion-y-conceptos-scroll-tab>
- ^{vi} <https://edhub.ama-assn.org/steps-forward/module/2702760>
- ^{vii} https://en.wikipedia.org/wiki/Business_process_automation
- ^{viii} Dom Dera James: Risk Stratification: A Two-Step Process for Identifying Your Sickest Patients. Downloaded from www.aafp.org/fpm
- ^{ix} Risk-Stratified Care Management and Coordination. AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS.
<https://pcpci.org/sites/default/files/resources/Risk-Stratified%20Care%20Management%20and%20Coordination.pdf>