

# Kaiser Permanente: ¿qué se puede aprender de su experiencia en integración asistencial?

Roberto Nuño Solinís<sup>1</sup>

## Introducción

El logro de una atención más integrada sigue siendo una de las principales preocupaciones de los sistemas sanitarios. Los importantes avances en el campo conceptual<sup>1</sup> y en la generación de evidencia de los últimos años<sup>2,3</sup> han servido para consolidar esta área de conocimiento, pero también para visibilizar las importantes lagunas existentes entre las que destacan las referidas a la implementación de los cambios, a la transformación sistémica y a la evaluación de intervenciones complejas.

Una definición ya clásica de integración asistencial es la de Kodner y Spreeuwenberg<sup>4</sup> que hace referencia a "un conjunto coherente de métodos y modelos a nivel de financiación, administración, organización, prestación de servicios y aspectos clínicos, diseñado para crear conectividad, alineación y colaboración dentro y entre los sectores curativos y de cuidado", siendo la atención integrada el resultado de la combinación de estos procesos para la prestación de unos servicios mejor coordinados y la obtención de mejores resultados para los usuarios finales. En fechas más recientes, la literatura de integración ha prestado atención a que se los servicios se diseñen y organicen en base a las necesidades y preferencias de los pacientes, y enfocados a reforzar las capacidades individuales y comunitarias para el autocuidado y llevar una vida saludable. De este modo, la atención integrada se configura como un paradigma de calidad o como un principio de diseño de servicios en el que convergen los discursos del "integrated care" tradicional y del "people-centered care" y todo ello orientado a asegurar la mejora de la calidad, eficiencia y la equidad<sup>5,6</sup>.

Estas definiciones de integración nos informan de la complejidad de la integración, dado el intrincado conjunto de procesos que ocurren en los macro, meso y microniveles, pero se limitan a plasmar esa complejidad sin abordar los aspectos de su implantación práctica en contextos reales. En cierta medida, se configura un discurso algo alejado de las prácticas clínicas y de gestión, por lo que el esfuerzo de comprender los detalles prácticos y cotidianos del cambio hacia una atención más integrada adquiere aún más valor.

Así, un tema recurrente es tratar de identificar las claves de los sistemas considerados "buenas prácticas" en cuanto a integración y resultados de la misma. Muchos de los sistemas así considerados son estadounidenses: Veterans, Kaiser Permanente, Geisinger, Mayo Clinic, Intermountain... lo cual sorprende cuando los indicadores a nivel de país de los EEUU no destacan en el ámbito de la OCDE. Además muchos de esos sistemas no han sido analizados desde una óptica comparativa ni con el rigor ni con la extensión exigible para ser considerados como sistemas de alto rendimiento en materia de integración.

Kaiser Permanente (en adelante KP) constituye una excepción en ese sentido, pues sí ha sido objeto de una importante literatura comparada<sup>7</sup>. Así, el modelo KP despertó atención en el Reino Unido en la última década, en gran parte por la publicación de un estudio comparativo<sup>8</sup> con el *National Health Service* (NHS) del Reino Unido, que mostraba un mejor rendimiento de KP de California en la mayoría de los indicadores analizados, entre los cuales destacaba la gran diferencia en frecuencia de hospitales de agudos, aproximadamente una tercera parte en Kaiser respecto al NHS. Este estudio y otros subsiguientes<sup>9,10</sup>, que se han enfocado sobre el mismo tema, han seguido alimentando el interés por KP. También en Dinamarca<sup>11-14</sup> y en España<sup>15-17</sup> se ha presta-

<sup>1</sup> Deusto Business School Health. Universidad de Deusto (Bilbao)

Correspondencia: roberto.nuno@deusto.es

do atención a KP desde una óptica de integración asistencial.

Esta circunstancia junto con los excelentes resultados comparados que obtiene KP en el ámbito de los EEUU<sup>18,19</sup> justifica este estudio. Y en consecuencia, se ha llevado a cabo una exploración del modelo KP, enfocada en el aprendizaje de lecciones relevantes para el Sistema Nacional de Salud español en un contexto en el que el desarrollo de la integración asistencial es percibido como una respuesta organizativa clave para afrontar los retos de la cronicidad y la multimorbilidad.

### Material y métodos

Se ha desarrollado un estudio de caso para comprender "qué funciona, cómo funciona, por qué funciona, y para quién funciona" en Kaiser Permanente. Se apoya en una revisión narrativa sobre esta organización (realizada en agosto de 2014) y en los materiales recopilados mediante las siguientes fuentes de información: entrevistas abiertas y entrevistas semi-estructuradas con gestores y clínicos de KP, observación directa en visitas a Hospitales, Campus asistenciales, centros de gestión, y laboratorios de innovación de KP (realizadas en una visita de estudio en abril de 2010).

### Resultados

#### La organización y su contexto

KP fue fundada en 1945 por el industrial Henry J Kaiser y el médico Sidney R. Garfield. En 2013, era el mayor sistema integrado de salud y la mayor aseguradora sanitaria sin ánimo de lucro de los EEUU. Opera en un mercado competitivo en el cual el aseguramiento se reparte entre un gran número de compañías privadas y planes federales como *Medicare* y *Medicaid*, entre otros. Asimismo, el mercado de provisión sanitaria en EEUU está repartido entre un gran número de proveedores habitualmente no integrados verticalmente.

Por su parte, KP integra la función de aseguramiento (*Health Plan*) y diversas estructuras de provisión, incluyendo sus 37 hospitales (*Kaiser Foundation Hospitals*) y 618 centros de salud y ambulatorios, junto con *The Permanente Medical Group* (PMG), que emplea a los 16.000 profesionales médicos que trabajan en Kaiser. Además

del citado personal médico trabajan en KP otros 175.000 trabajadores.

La población asegurada supera los 9,1 millones de personas en 8 Estados diferentes y en el distrito de Columbia. La cifra de negocio total en 2013 se situó en 50.600 millones de dólares USA.

#### Rendimiento organizativo

KP es uno de los modelos sanitarios que goza de mayor reconocimiento a nivel internacional. Presenta buenos resultados clínicos e indicadores de calidad y accesibilidad a servicios sanitarios excelente con tiempos de espera reducidos, a la vez que minimiza el uso de camas en hospitales de agudos. Como muestra de la alta calidad que provee a sus miembros, en el ranking que elabora el Comité Nacional de Aseguramiento de la Calidad de Estados Unidos (NCQA) sobre los Planes de Salud del país, los 8 planes con que cuenta KP se posicionan en el 6% superior de los 484 planes que configuran dicho ranking (2013). Los resultados de salud que alcanza en su población son habitualmente muy superiores a la media de los EEUU y de California<sup>18</sup> (Estado al que pertenecen un 70% de sus asegurados), por citar un ejemplo, la mortalidad cardiovascular es inferior en un 30% a la de la población no cubierta por KP.

#### Factores de éxito identificados por sus directivos y en la literatura científica

Tanto los directivos de KP en sus declaraciones como lo publicado en la literatura científica coinciden en la identificación de una serie de rasgos que definen el éxito de su modelo. Los cuales podemos sintetizar en:

##### α) Enfoque de salud poblacional

La misión de Kaiser Permanente es: "proveer de atención sanitaria de alta calidad y accesible económicamente y mejorar el estado de salud de sus asegurados y de las comunidades en las que presta servicio". Su visión es "ser líder en Salud Total (*Total Health*) mejorando las vidas (de los asegurados)".

Ese liderazgo quieren alcanzarlo a través de un enfoque asentado en un sistema de provisión integrado con utilización de tecnologías avanzadas y orientado a *Total Health*. KP está usando este último

concepto como elemento de diferenciación, aunque conceptualmente es muy similar a la definición clásica de salud de la Organización Mundial de la Salud, es interesante conocer los cuatro ámbitos de la visión *Total Health: Staying Healthy, Returning to Health, Living Well with Chronic Conditions y Healthy Ageing*.

Más allá de ese refrendo estratégico del enfoque poblacional, el mismo se desarrolla a través de herramientas como la estratificación de riesgos de la población, el uso de registros clínicos, la existencia de una historia clínica integrada, etc. que muestran el alineamiento entre innovación tecnológica y objetivos estratégicos.

#### b) Integración sistémica

Los distintos conceptos relacionados con la integración asistencial y la construcción de un sistema integrado están omnipresentes en KP. Así, podemos destacar los siguientes:

Arquitectura organizativa integrada. Ya hemos comentado que en KP se integra el aseguramiento y la provisión, pese a estar organizado en tres entidades legales distintas. La integración se consigue por un acuerdo de exclusividad mutua y por unos esquemas financieros y de contratación basados esencialmente en capitación de tal forma que los objetivos de mantener sana a la población asegurada y de contener costes son compartidos.

Integración clínica. Hay muchos aspectos de la organización clínica y de la estructuración de los procesos asistenciales en KP que favorecen la integración clínica, pero, sin duda, el más disruptor es como los niveles asistenciales quedan difuminados. Así, los médicos especialistas no están asignados al hospital y trabajan en el entorno más apropiado y coste-efectivo, normalmente ubicados en grupos multidisciplinarios junto a médicos generalistas en los Medical Centers. Se trata de romper las culturas de “silo” y la fragmentación de los procesos asistenciales. En la misma línea las iniciativas de gestión de enfermedades tienen una visión integrada del ciclo de

la enfermedad y priorizan la intervención proactiva y “aguas arriba”.

Integración entre los ámbitos asistenciales y administrativo-financieros. Este aspecto es central dado el entorno donde se desenvuelve KP, así existe un feedback y reciprocidad sobre las implicaciones económicas de las decisiones clínicas.

#### c) Gestión activa y coordinada de las enfermedades crónicas.

Desde 1996, en KP se trabaja con el reconocimiento de que la sanidad del siglo XXI va a estar dominada por el abordaje de la cronicidad. Así, se desarrolló y puso en marcha el Care Management Institute (CMI), cuyo eje central es la estratificación de los asegurados en tres segmentos según sus diferentes necesidades de atención sanitaria. El objetivo en cada nivel es implementar intervenciones proactivas y planificadas para maximizar la salud y satisfacción del paciente y fomentar el uso racional de los recursos.

Además, el CMI desarrolla los programas de atención en enfermedades crónicas y áreas clínicas prioritarias (por ejemplo, diabetes, asma, dolor crónico, atención al anciano, depresión, insuficiencia cardíaca, cáncer, obesidad, etc.) a través de guías y otras herramientas con evidencia de efectividad y coste-efectividad. Los propios resultados de KP evidencian que el manejo proactivo y planificado de estos pacientes evita los riesgos de hospitalización y reduce los costes.

En el primer nivel de la estratificación de pacientes crónicos se encuentra la mayoría de los mismos cuyas condiciones pueden ser manejadas mediante intervención en estilos de vida y con abordaje farmacológico. Aunque la prevención y el autocuidado son esenciales en todos los estratos aquí cobran especial importancia. Estas actividades son soportadas mediante herramientas como *Healthwise Handbook*, *MyHealth Manager* así como el uso de apps a través de las cuales el paciente recibe recordatorios sobre sus actividades de prevención. Estos pacientes son seguidos por los equipos multidisciplinarios de forma proactiva con citación de aquellos pacientes en

los que no se están cumpliendo los objetivos de tratamiento.

Si estos pacientes presentan problemas recurrentes de adherencia, múltiples comorbilidades y tratamientos complejos pasan a un segundo nivel donde se intensifica el seguimiento, la educación terapéutica y el apoyo al autocuidado mediante gestores de cuidados que pueden ser enfermeras especialistas, farmacéuticos o trabajadores sociales.

En la cúspide de la pirámide, están los crónicos más complejos, pacientes con enfermedad avanzada o fragilidad. Estos casos son seguidos de forma intensiva mediante gestoras de casos que trabajan con programas estructurados.

Finalmente, en el abordaje de los pacientes crónicos se emplean prácticas asistenciales innovadoras, en muchos casos de desarrollo propio, como son la utilización de sesiones grupales<sup>20</sup>, la educación para el autocuidado<sup>21</sup> y el trabajo dentro de una lógica de mejora continua con base poblacional. Además de la mejora de la calidad de la atención, se busca optimizar tiempos y costes a través de actividades grupales y la utilización de personal no médico.

#### d) **Liderazgo médico y cultura de “peer review”**

Se asume un proyecto cooperativo entre clínicos y gestores con responsabilidades compartidas y coordinadas, pero dentro de un marco de liderazgo médico, entendido como clara priorización de los procesos asistenciales como el núcleo duro de su negocio. Esto tiene su reflejo en que todos los médicos son asalariados de PMG en régimen de exclusividad, y accionistas potenciales al cabo de un año de desempeño satisfactorio. Los incentivos y reglas del juego son comunes para todos, generándose un modelo autogestionado que fomenta una visión y un riesgo compartido. PMG, la sociedad de médicos, es la única organización con ánimo de lucro en el entramado organizativo de KP. Este esquema retributivo implica que los médicos renuncian voluntariamente al poder y renta procedente de la generación de listas de espera tan habitual en otros contextos. Por el contrario, existe una cultura

muy arraigada de rendición de “cuentas” en cuanto a resultados de calidad y de manejo de recursos entre los médicos de un modo transparente y con feedback para el aprendizaje y la mejora (“*celebrate high performers, be attentive to low performers*”)

Asimismo, se presta especial atención a la optimización del tiempo médico y su concentración en las tareas en las que añade valor. Para ello se aligera al médico de trabajo burocrático, se usan otros perfiles profesionales siempre que se puede, se realizan actividades grupales, y un conjunto amplio de iniciativas enfocadas en mejorar el aprovechamiento de este personal cuyo coste salarial en Estados Unidos es muy elevado.

#### e) **Potenciación del primer nivel de atención y de la práctica profesional en equipos multidisciplinares integrados**

KP asume que la integración de la atención mejora la experiencia del paciente y resulta eficiente al tratar a los pacientes para evitar retrasos, duplicidades y otros efectos disfuncionales. La integración se sostiene en un modelo de Atención Primaria potenciada con perfiles de especialistas: internistas, ginecólogos, obstetras, pediatras, dermatólogos, oftalmólogos, etc. Las barreras entre niveles se difuminan al verse de forma unificada el proceso de atención, para ello se emplean programas de pacientes crónicos, vías clínicas y otras herramientas.

Se cuenta con grandes centros de Atención Primaria (*Primary Care campuses*) que disponen de amplios medios diagnósticos y terapéuticos y grupos de profesionales que conforman equipos dentro de los cuales existen médicos de primaria y otras especialidades. La potenciación de la integración y la resolutivez frente a la accesibilidad es una característica de estos campus apreciable en su dimensión, cartera de servicios y ubicación. La enfermería de práctica avanzada como las gestoras de casos, también se ubica en estos centros. La duración de la visita médica oscila entre 20-30 minutos y los médicos ven entre 20-25 pacientes/día.

En 2005, se lanzó el proyecto “*Primary Care Transformation: 21st Century Care Innovation Project*”<sup>22</sup> cuyos pilotos buscaban desarrollar servicios en el primer nivel aprovechando el potencial de innovaciones tecnológicas como *HealthConnect*. Fruto de ese proyecto, se desarrollaron formas de consulta no presencial (telefónica, email); herramientas para una gestión activa de los cupos (*panel management*) en especial en actividades de prevención secundaria; y, un enfoque de activación de los asegurados sobre su autocuidado (mediante intervenciones educativas, recordatorios preventivos, etc.) implicando a todos los miembros de los equipos multidisciplinares incluyendo los de las áreas de recepción y citación.

**f) Reducción al mínimo de la hospitalización**

El objetivo es reducir al mínimo tanto la frecuentación hospitalaria como la duración de la estancia, sin comprometer la calidad de la atención. Para ello: se trabaja activamente el dimensionamiento y la organización de los Servicios de Urgencias a fin de evitar ingresos innecesarios; se dispone de equipos de "hospitalistas" que se ocupan de la atención y seguimiento de los pacientes del ingreso al alta, sin otro tipo de ocupaciones; se invierte en la planificación del alta con una adecuada coordinación con otros dispositivos; se hace un uso intensivo de vías clínicas, algunas de las cuales como las de apendicectomía, mastectomía, prótesis de cadera, endarterectomía carotídea, prostatectomía, etc. han permitido reducir en un 50% la estancia media; se optimizan los quirófanos mediante planificación y cumplimiento riguroso de las programaciones; finalmente, se asegura al máximo el acceso rápido al alta, bien a domicilio o en otros dispositivos del tipo subagudos o similar.

La adecuada gestión de las transiciones es un elemento clave para evitar la prolongación de la estancia hospitalaria y los reingresos. Así, se cuenta con enfermería de enlace que interviene en la planificación del alta y en el seguimiento activo de la misma. Programas propios de KP como el Care Transitions<sup>23</sup> desarrollado por Eric

Coleman han mostrado su efectividad en reducción de reingresos y visitas a urgencias.

**g) Utilización intensiva de tecnología orientada a mejorar la calidad de la atención y la accesibilidad.**

KP ha utilizado durante más de 40 años la tecnología de la información para mejorar sus funciones clínicas y administrativas. Basándose en esta experiencia, y con la participación activa de sus médicos, en 2003, KP puso en marcha un sistema de información de salud de 4.000 millones de USD denominado *KP HealthConnect* que conecta electrónicamente sus instalaciones en todo el país y representa la mayor plataforma civil de Historia Clínica Electrónica de los Estados Unidos. Los Registros Electrónicos de Salud de *KP HealthConnect* proporcionan un registro longitudinal de las consultas a las clínicas de los miembros así como datos analíticos, de prescripciones y de imagen médica. *KP HealthConnect* también incorpora:

- prescripción electrónica y solicitud de pruebas (registro informatizado de las órdenes médicas) con órdenes estándar para promover la atención basada en la evidencia
- la población y las herramientas de gestión del panel de pacientes, tales como los registros de enfermedades, para realizar un seguimiento de los pacientes con las herramientas para la toma de decisiones, tales como alertas de seguridad en la medicación, recordatorios de prevención sanitaria y guías de práctica clínica online
- derivaciones electrónicas que directamente dan cita a los pacientes con los especialistas
- monitorización del rendimiento y presentación de informes
- registro de pacientes y facturación

*KP HealthConnect* está diseñado para conectar electrónicamente a los miembros con su equipo de atención médica, con la información de salud personal y con información médica de interés para promover una atención sanitaria integrada.

De cara al asegurado, “*My Health Manager*” es el canal personal de salud donde se puede acceder a la información médica seleccionada de la Historia Clínica, solicitar y cancelar citas, ver el historial de consultas al médico, recordatorios de prevención sanitaria, solicitar más recetas, y enviar mensajes electrónicos seguros a su equipo de atención médica o farmacéutico. Una de las funcionalidades más utilizadas, es la de consulta de resultados de las pruebas de laboratorio online que, además, incluye vínculos a una base de conocimiento para informar sobre la interpretación de los resultados de las pruebas y las estrategias de autocuidado.

Es interesante hacer notar que el desarrollo de los canales no presenciales y su cada vez mayor utilización es una vía de acceso a los servicios muy bien valorada por los asegurados pero no ha venido acompañado de una reducción de la actividad presencial (en consultas médicas)<sup>24</sup>.

**h) Investigación e innovación al servicio de la práctica asistencial**

Como ya se ha mencionado, KP desarrolla un amplio programa de investigación propia. Su apuesta por la investigación está muy vinculada a proyectos que permitan mejorar de forma rápida sus resultados en beneficio de su población asegurada. Es por ello, que la investigación en servicios de salud y en implementación tiene una fuerte presencia en KP. Así, en KP son pioneros en la explotación masiva de bases de datos como soporte y apoyo a la decisión clínica y para conocer la efectividad de las intervenciones prestadas en contextos reales

En definitiva, se investiga para transformar y mejorar la práctica y sobre cómo transformar y mejorar la práctica. De ahí el gran número de innovaciones organizativas y en modelos de atención que proceden de KP.

La cultura innovadora se promueve también desde el *Garfield Innovation Center* (fundado en 2006) que promueve la aplicación del *design thinking* y la innovación centrada en el usuario en el campo de la salud.

**Discusión**

KP opera en un entorno altamente competitivo con presiones simultáneas de contención de costes y de mejora de la calidad de la atención. La respuesta estratégica de Kaiser es un enfoque de mejora de salud poblacional, tratando de minimizar la utilización y prestando servicios en el nivel de atención más coste-efectivo. Se produce un alineamiento de los objetivos económicos y de salud, es decir “una población más sana que consume menos sanidad”. Ese foco en la salud de la población, se traduce en un potente desarrollo de las actividades preventivas y de promoción del autocuidado y responsabilización de los asegurados en su propia salud. También, en el propio desarrollo de la prestación estratificada de servicios en función de las necesidades actuales y futuras de los pacientes.

En el modelo KP, las barreras tradicionales entre niveles se difuminan y surge un modelo de atención integrada con soluciones innovadoras, donde se potencia al máximo la capacidad resolutoria en el nivel de Atención Primaria y se presta especial atención a la minimización de las hospitalizaciones no programadas, que son vistas como un “fallo del sistema”.

El modelo KP huye de gremialismos y visiones fragmentadas a fin de garantizar la longitudinalidad, la continuidad en los episodios y la atención compartida entre niveles. En consecuencia, las formas organizativas se adaptan a esos objetivos y no suponen barreras a los mismos. Asimismo, las estructuras y procesos de gestión están orientados a facilitar la práctica clínica.

Al margen de las buenas prácticas detectadas, también hay aspectos que no tienen demasiado desarrollo o presentan claroscuros: como el limitado liderazgo de las profesiones no médicas, las limitaciones a la libertad de práctica, la escasa coordinación asistencial en el caso de necesidades sociales, la pobre cobertura de la salud mental, etc.

El presente trabajo presenta algunas limitaciones. Así, la metodología empleada permite reflejar el “discurso oficial” de la organización, pero no calibrar adecuadamente el grado de despliegue e interiorización de algunas de las características mencionadas dentro del

conjunto de la misma. Asimismo, la atribución de las bondades del modelo a determinados rasgos específicos requiere del empleo de otro tipo de abordajes metodológicos distintos al empleado en este estudio. También cabe mencionar, que las mejoras de gestión de procesos circunscritas al ámbito hospitalario de KP (como el exitoso trabajo en reducción de mortalidad e infecciones intrahospitalarias del *Quality Consulting Group*<sup>25</sup>) no se han contemplado en detalle dado el enfoque de “sistema” del presente estudio. Finalmente, tratándose de un sistema privado los resultados que obtiene KP no son directamente comparables con los de sistemas sanitarios que tienen que garantizar una cobertura universal.

1. Suter E, Oelke ND, Adair CE, Armitage GD. Ten key principles for successful health systems integration. *Healthc Q*. 2009;13 Spec No:16-23.
2. Armitage GD, Suter E, Oelke ND, Adair CE. Health systems integration: state of the evidence. *Int J Integr Care*. 2009;9:e82.
3. Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the Chronic Care Model in the New Millennium. *Health Affairs*. 2009; 28(1): 75-85
4. Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications--a discussion paper. *Int J Integr Care*. 2002;2:e12.
5. Ferrer L, Goodwin N. What are the principles that underpin integrated care? *Int J Integr Care*. 2014 27;14:e037.
6. WHO (2013). Roadmap Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region A framework for action towards Coordinated/Integrated Health Services Delivery (CIHSD). Copenhagen: World Health Organization (WHO).
7. Maeda JL, Lee KM, Horberg M. Comparative health systems research among Kaiser Permanente and other integrated delivery systems: a systematic literature review. *Perm J*. 2014;18(3):66-77.
8. Feachem RG, Sekhri NK, White KL. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *BMJ*. 2002;324: 135-41.
9. Ham C, York N, Sutch S, Shaw R. Hospital bed utilisation in the NHS, Kaiser Permanente, and the US Medicare programme: analysis of routine data. *BMJ*. 2003;327:1257-60.
10. Dixon J, Lewis R, Rosen R, Finlayson B, Gray D. Can the NHS learn from US managed care organizations? *BMJ*. 2004;328:223-5.
11. Frølich A, Schiøtz ML, Strandberg-Larsen M, et al. A retrospective analysis of health systems in Denmark and Kaiser Permanente. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:252.
12. Strandberg-Larsen M, Schiøtz ML, Silver JD, et al. Is the Kaiser Permanente model superior in terms of clinical integration? a comparative study of Kaiser Permanente, Northern California and the Danish healthcare system. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:91.
13. Schiøtz M, Price M, Frølich A, et al. Something is amiss in Denmark: a comparison of preventable hospitalisations and readmissions for chronic medical conditions in the Danish Healthcare system and Kaiser Permanente. *BMC Health Serv Res*. 2011;11:347.
14. Schiøtz M, Strandberg-Larsen M, Frølich A, et al. Self-management support to people with type 2 diabetes—a comparative study of Kaiser Permanente and the Danish Healthcare System. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:160.
15. Ortún V. La Atención Gestionada de Kaiser mejor que la del NHS. *Gest Clin San*. 2002;4(2):58.
16. Nuño R. Buenas prácticas en gestión sanitaria: el caso Kaiser Permanente. *Rev Adm Sanit*. 2007; 5: 283-92
17. Nuño-Solinís R, Toro N. Estudio de caso nº1: Kaiser Permanente. Instituto Vasco de Innovación Sanitaria. 2012
18. McCarthy D, Mueller K, Wrenn J. Kaiser Permanente: Bridging the Quality Divide with Integrated Practice, Group Accountability, and Health Information Technology. The Commonwealth Fund. June 2009.
19. Porter M, Kellog M. Kaiser Permanente: An Integrated Health Care Experience. *RISAI* 2008;1:1-8
20. Coleman EA, Magid DJ, Beck A, Eilertsen TB, Conner D, Kramer AM. Reducing Emergency Visits in Older Adults with Chronic Illness: A Randomized Controlled Trial of Group Visits. *Effective Clinical Practice*. 2001; (2):49-57.
21. Lorig KR, Sobel DS, Ritter PL, Laurent D, Hobbs M. Effect of a self-management program on patients with chronic disease. *Eff Clin Pract*. 2001;4(6):256-62.
22. King H, Brentari R, Francis L, Kilo CM. People Using Technology to Transform Care: The 21st Century Care Innovation Project. *The Permanente Journal*. 2007;11 (1):40-44.
23. Coleman EA, Parry C, Chalmers S, Min SJ. The Care Transitions Intervention: Results of a Randomized Controlled Trial. *Archives of Internal Medicine*. 2006;166:1822-8
24. Pearl R. Kaiser Permanente Northern California: current experiences with internet, mobile, and video technologies. *Health Aff (Millwood)*. 2014;33(2):251-7.
25. Adams C, O'Brien R, Scruth E. Transformational quality in Kaiser Permanente Northern California. *Qual Manag Health Care*. 2015;24(1):4-8.