

Artículo Original

Estrategia de Cuidados Integrales Centrados en la Persona (ECICEP): Multimorbilidad de la teoría a los resultados.

Person-Centered Comprehensive Care Strategy: Multimorbidity from theory to results.

Autores:

Luis F. Faúndez-Pino ¹ <http://orcid.org/0000-0003-2216-2169> 
Karla Moya Rivas ² <http://orcid.org/0009-0009-6870-7321> 

¹ Médico de Familia, CESFAM Dr. Jorge Kaplan Meyer, Viña del Mar, Chile.

² Becada Medicina Familiar, Universidad de Valparaíso, Chile.

Resumen

DOI: <https://doi.org/10.82238/rscuandes.0501.02>

Introducción: Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son un problema global creciente. Las personas con multimorbilidad (la presencia de dos o más enfermedades) enfrentan mayor mortalidad, más hospitalizaciones y un deterioro en su calidad de vida. Este impacto se extiende a sus familias, quienes deben asumir un aumento en los gastos de salud, mayor carga de cuidados y el deterioro de su propia salud mental. Dentro del contexto del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS) se presenta la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP). **Objetivos:** Evaluar el impacto de la ECICEP en parámetros clínicos y de laboratorio en usuarios con multimorbilidad del Centro de Salud Familiar Dr. Jorge Kaplan de Viña del Mar, Chile. **Métodos:** Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo en 61 pacientes adultos ingresados a la estrategia. Las variables en estudio medidas al inicio y luego de 1 año de la intervención fueron: índice de masa corporal (IMC), colesterol total, colesterol LDL y hemoglobina glicosilada (HbA1c). **Resultados:** Se encontró diferencias estadísticamente significativas para las variables estudiadas tras 1 año de seguimiento. Disminución media de IMC de 1.17, reducción de HbA1C de 0.92, bajas en niveles de LDL de 11.6 y niveles de colesterol total de 19.16. **Conclusiones:** Los pacientes con multimorbilidad que participaron en la ECICEP mostraron mejoras significativas en sus marcadores clínicos y de laboratorio. Estos resultados positivos demuestran el potencial de la estrategia y justifican su continuidad.

Palabras clave: Multimorbilidad; cuidado integral; atención primaria; continuidad del cuidado.

Abstract

Introduction: Chronic noncommunicable diseases (CNCDs) are an important global problem. People with multimorbidity face higher mortality, more hospitalizations, and a deterioration in their quality of life. This impact extends to their families, who must assume increased health expenses, a greater caregiving burden, and the deterioration of their mental health. Within the context of the Comprehensive Family and Community Health Care Model (MAIS), the Person-Centered Comprehensive Care Strategy (ECICEP) is presented. **Objectives:** evaluate the impact of ECICEP on clinical and laboratory parameters in patients with multimorbidity at the Jorge Kaplan Family Hospital in Viña del Mar, Chile. **Methods:** A retrospective cohort study was carried out on 61 adult patients enrolled in the strategy. The parameters studied, measured at the beginning and after of intervention were body mass index (BMI), total cholesterol, LDL cholesterol, and glycosylated hemoglobin (HbA1c).**Results:** Statistically significant differences were found for the parameters under studied, showing a mean decrease in BMI of 1.17, reduction in HbA1C of 0.92, decrease in LDL levels of 11.6, and decrease in total cholesterol levels of 19.16. **Conclusions:** Patients with multimorbidity showed significant improvements in their clinical and laboratory markers, these positive results demonstrate the potential of the ECICEP strategy to reduce multicomorbidity

Keywords: Multimorbidity; comprehensive care; primary care; continuity of care.

Introducción

La multimorbilidad, entendida como la coexistencia de dos o más condiciones crónicas en una misma persona, constituye un desafío creciente para los sistemas de atención sanitaria a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que esta condición afecta a más del 50% de los adultos en gran parte de los países desarrollados, siendo una causa principal de discapacidad y mortalidad [1]. La multimorbilidad se vincula directamente con una mayor complejidad en la atención médica, una utilización más intensiva de recursos y un deterioro en la calidad de vida de los individuos [2]. Asimismo, se manifiesta en una elevada carga de síntomas, polifarmacia, mayor frecuencia de visitas a urgencias, hospitalizaciones y un incremento en la mortalidad [3].

En Chile, la multimorbilidad es un problema de suma relevancia, especialmente en la población mayor. Según el Ministerio de Salud (MINSAL) y los datos de la última Encuesta nacional de Salud (ENS), existen 11 millones de usuarios adultos con ECNT que requieren atención individualizada, de estos, 9 millones conviven con 3 patologías y 2 millones con 5 o más enfermedades crónicas. El sistema de salud chileno es capaz de atender a un máximo de aprox. 4 millones de personas con ECNT anualmente [4].

Como resultado de lo anterior, se deja en evidencia un sistema de salud chileno, que tanto en su red pública como privada, muestra limitaciones para responder adecuadamente a las necesidades de las personas que viven con multimorbilidad. Esta insuficiencia obliga a que los pacientes busquen atención de manera episódica y fragmentada, recurriendo con frecuencia a los servicios de urgencias, lo que trae de la mano otras desventajas, pues al tratar cada condición por separado, las personas pueden recibir indicaciones no coordinadas entre sí y los expone a asistir frecuentemente a distintas citas, controles y/o consultas en diferentes puntos de atención y con distintos profesionales o equipos de atención [5].

Si bien la evidencia internacional respalda la transición hacia modelos de atención centrados en la persona para el manejo de la multimorbilidad, existe una brecha significativa en la evaluación de la efectividad de

estas estrategias en términos concretos de estudios, particularmente en los sistemas de atención primaria de América Latina. Investigaciones recientes subrayan la necesidad de generar evidencia local que permita adaptar e implementar estos modelos, considerando las barreras y facilitadores propios de cada sistema de salud [6]. La mayoría de los estudios se han centrado en poblaciones europeas o norteamericanas, dejando un vacío de conocimiento sobre el impacto de intervenciones similares en poblaciones con perfiles epidemiológicos y socioculturales distintos.

En este sentido, aunque existen múltiples propuestas teóricas sobre el cuidado integral, la evidencia empírica sobre su impacto en resultados clínicos concretos sigue siendo limitada y, a menudo, no concluyente [7]. Por tanto, evaluar una estrategia estructurada como la ECICEP no solo responde a una necesidad del sistema de salud chileno, sino que también aporta evidencia valiosa al debate internacional sobre cómo operativizar y medir el éxito de los cuidados integrales en la práctica clínica diaria. Este estudio busca contribuir a llenar ese vacío, proporcionando datos objetivos sobre los cambios en marcadores de riesgo cardiovascular y metabólico en una cohorte de pacientes bajo este modelo de atención.

En respuesta a los desafíos previamente identificados, y en el marco MAIS, se presenta la ECICEP, diseñada para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad. Su propósito fundamental es transitar de una atención fragmentada, basada en patologías, hacia un enfoque holístico biopsicosocial-espiritual que provea un cuidado integral, continuo y centrado en el individuo. La ECICEP busca ser una herramienta de acompañamiento para los pacientes, sus familias y/o cuidadores, promoviendo su participación activa en sus procesos de salud. La multimorbilidad representa un desafío de gran envergadura en el rediseño de la Atención Primaria de salud (APS), un proceso de gestión del cambio, estratificar a la población según riesgo, capacitar a los equipos de salud, reorganizar los procesos administrativos (agendamiento, registro) y clínicos (ingreso y control integral, planes de cuidado consensuados, gestión del cuidado, seguimiento a distancia, automanejo), así como favorecer el liderazgo, acompañamiento y el trabajo colaborativo en red [8].

Objetivo

Determinar la efectividad de la Estrategia de Cuidados Integrales Centrados en las Personas, en la mejora de marcadores metabólicos y antropométricos (hemoglobina glicosilada, perfil lipídico e índice de masa corporal) en pacientes con multimorbilidad, tras un año de su implementación en un centro de atención primaria en Viña del Mar, Chile.

Método

Este es un estudio de cohorte retrospectivo, en el que se analizó una base de datos anonimizada, en el CESFAM Dr. Jorge Kaplan. Este estudio consideró a un grupo de pacientes ($n = 61$) que fueron analizados y medidos en 2 oportunidades a través del tiempo. Lo anterior, fue con la intención de examinar la relación entre una exposición (o intervención) y un resultado de salud que ya ocurrió y que fue medido.

Por lo general, este tipo de estudios tiene limitaciones relacionadas con: la calidad de los datos históricos, sesgos de selección de la muestra, sesgo de información, sesgo de confusión o memoria, la no posibilidad de establecer una causalidad entre variables, temporalidad de los datos e información. Un aspecto importante a considerar es que la muestra de pacientes fue seleccionada por conveniencia (favoreciendo a aquellos pacientes con la mayor cantidad de datos disponibles, correspondientes a las variables de tipo clínicas y bioquímicas que se midieron- estudiaron en este trabajo).

Los datos e información utilizados estaban disponibles en la ficha clínica (electrónica) de cada paciente. Las variables clínicas (Sexo, Edad, Peso, Talla, Presión Arterial) han sido medidas y registradas en cada atención (médico, enfermero(a), nutricionista y químico farmacéutico) siempre con instrumentos calibrados. Con respecto las variables bioquímicas (Colesterol LDL, Colesterol Total, HbA1C), estas se midieron a partir de muestras (de sangre) que fueron procesadas en un laboratorio comunal, el cual, se encontraba con su certificación correspondiente al día. Por otro lado, en este estudio se justifica la aplicación de la prueba paramétrica de T-Student para muestras pareadas (o relacionadas), debido a que dicha prueba permite comparar alguna variable cuantitativa continua en 2 momentos diferentes separados por alguna intervención de interés para el mismo grupo. La prueba T-Student es conocida por ser robusta (poco sensible) a las desviaciones de la normalidad cuando el tamaño de la muestra es grande. Por lo tanto,

RSC UANDES

como en nuestro caso particular tenemos un $n = 61$, la prueba T- Student pareada debería proporcionar un resultado confiable.

Para la realización de este estudio se contó con la aprobación por parte del Comité de bioética de la facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso.

Criterios de elegibilidad

Se incluyeron en el estudio pacientes mayores de 15 años del CESFAM Dr. Jorge Kaplan ingresados a la ECICEP entre Enero 2023 y Mayo 2024, que tuvieran controles y exámenes actualizados de seguimiento por al menos 1 año.

Se excluyeron pacientes con ingreso a la estrategia que no tuviesen controles y/o exámenes vigentes posteriores a 1 año.

Selección de la muestra

La muestra del estudio consistió en 61 usuarios ingresados a la ECICEP. Esta muestra fue seleccionada por conveniencia, basándose en la disponibilidad de los datos presentes en los registros de fichas clínicas electrónica y de la planilla de registro del programa de salud cardiovascular.

Recolección de los datos

Los datos se obtuvieron a partir de una base de datos anonimizada. Se registraron las siguientes variables para cada paciente: sexo, edad, categorización, índice de masa corporal, presión arterial, colesterol total, colesterol LDL y hemoglobina glicosilada al ingreso y posterior a un año de seguimiento en la ECICEP.

Desenlaces

Los desenlaces evaluados en el estudio fueron los niveles basales de parámetros clínicos y de laboratorio descritos, al ingreso y posteriores a 1 año en la ECICEP.

Análisis estadístico

El análisis estadístico consideró en primera instancia un análisis de tipo descriptivo para todas las variables de interés. Posteriormente, se testearon los supuestos necesarios para aplicar la prueba T-Student para 2 muestras relacionadas. Finalmente, se evaluaron las diferencias estadísticamente significativas entre cada par de mediciones relacionadas (inicio y final) para las siguientes variables: IMC, HbA1c, colesterol LDL y colesterol total.

También se realizó un análisis de correlación lineal (de Pearson) entre las variables relacionadas, con el objetivo de determinar si hay o no una relación de tipo lineal entre pares de variables (antes y después). Se consideró un valor $p < 0,05$ como estadísticamente significativo. El análisis estadístico se llevó a cabo con el *software* SPSS (versión 25.0 en español).

Resultados

Caracterización de la población

La población del estudio estuvo conformada por 61 pacientes con multicronicidad, quienes estaban adscritos al CESFAM Dr. Jorge Kaplan y que acudieron regularmente a sus controles en la ECICEP. La selección de los pacientes se realizó por conveniencia, basándose en los criterios de inclusión y exclusión del estudio.

Las características de la muestra, que incluyen distribución por sexo, grupo etario, categorización según número de patologías y clasificación del riesgo cardiovascular (RCV), se presentan en la tabla 1.

Tabla 1. Características de los usuarios ingresados la ECICEP

		Femenino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Total		32 (52,50)	29 (47,50)	61 (100)
Edad	18 - 29 años	0 (0)	1 (2)	1 (2)
	30 - 44 años	4 (7)	0 (0)	4 (7)
	45 - 59 años	4 (7)	2 (3)	6 (10)
	60 y mas	24 (39)	26 (42)	50 (81)
Categorización	G1	1 (2)	0 (0)	1 (2)
	G2	9 (15)	4 (7)	13 (22)
	G3	22 (36)	25 (40)	47 (76)
Clasificación RCV	Alto	22 (36)	21 (34)	43 (70)
	Bajo	7 (12)	3 (5)	10 (17)
	Moderado	3 (5)	5 (8)	8 (13)

Fuente: Elaboración propia.

La tabla 2 nos muestra la carga de enfermedades de la muestra analizada, describiendo las principales condiciones crónicas relacionadas.

Tabla 2. Distribución de carga de enfermedades.

DIAGNÓSTICOS	Femenino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Total	32 (52,50)	29 (47,50)	61 (100)
DIABETES MELLITUS II	17 (27,8)	16 (26,2)	33 (54)
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	32 (52,5)	29 (47,5)	61 (100)
DISLIPIDEMIA	32 (52,5)	29 (47,5)	61 (100)
HIPOTIROIDISMO	31 (50,8)	22 (36,1)	53 (87)
ARTROSIS	30 (49,1)	28 (45,9)	58 (95)
ENF RENAL CRONICA	8 (13,1)	7 (11,4)	15 (24,5)
IAM	13 (21,3)	19 (31)	32 (52,4)
ACV	11 (18)	9 (14,7)	20 (33)
OBESIDAD	30 (49,1)	28 (45,9)	58 (95)

Fuente: Elaboración propia.

Gráficos: Evolución de las variables bioquímicas.

A continuación, se observan los boxplot (o diagramas de cajas) para cada una de las 4 variables bioquímicas de interés, considerando las mediciones para antes y después de la intervención médica.

Gráfico 1: Evolución IMC

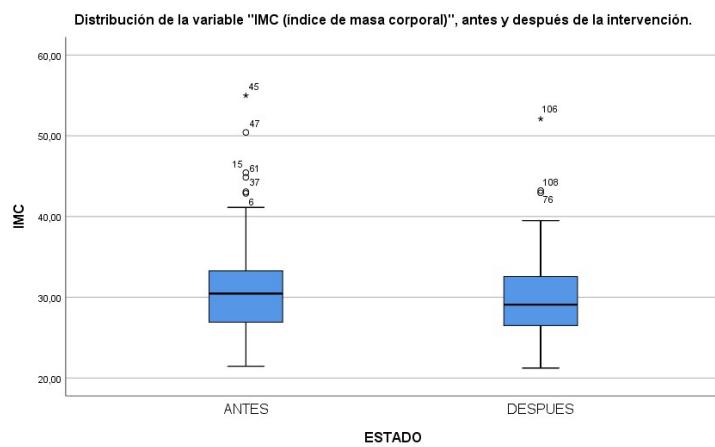


Gráfico 2: Evolución HbA1

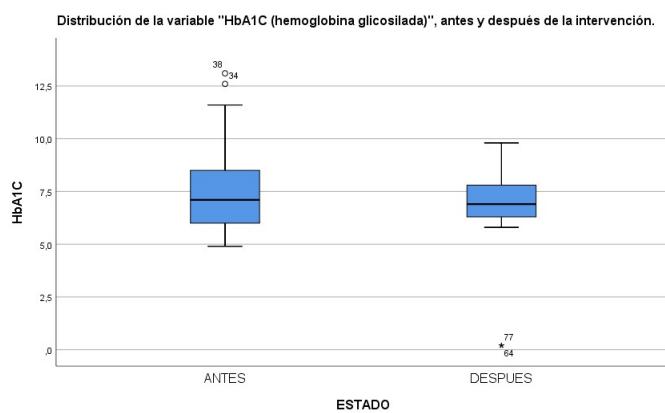


Gráfico 3: Evolución Colesterol Total

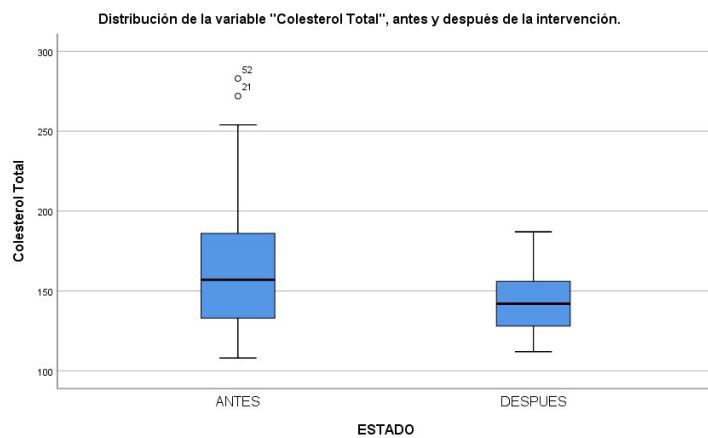
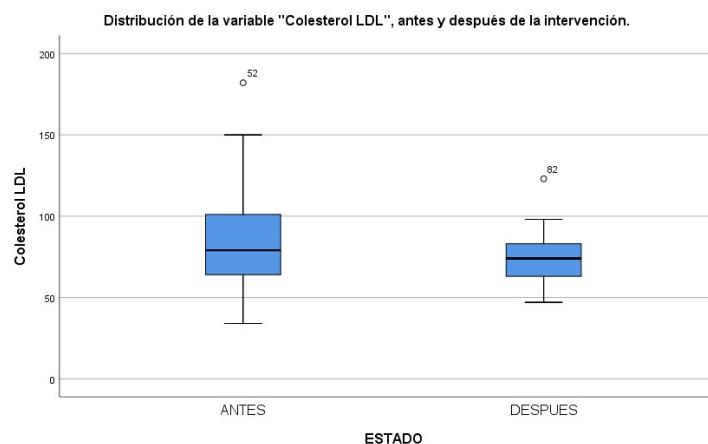


Gráfico 4: Evolución LDL



La tabla 3 nos muestra un resumen descriptivo de las variables relacionadas Inicial (al ingreso) y Final (al año de seguimiento), tanto para el IMC, HbA1C, colesterol LDL y colesterol total.

Tabla 3. Resumen descriptivo de las variables relacionadas

		Media	N	Desviación Estándar
IMC	Inicial	31,43	61	6,90
	Final	30,26	61	5,95
HbA1C	Inicial	7,71	41	2,11
	Final	6,79	41	1,80
Col LDL	Inicial	85,00	61	31,74
	Final	73,39	61	14,53
Col Total	Inicial	162,15	61	40,06
	Final	142,98	61	19,60

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 3 se realiza el análisis estadístico para cada uno de los pares de muestras emparejadas (evidencia la diferencia inicial y final) y aplicación de prueba T- student para evaluar significancia estadística de esta misma diferencia.

Tabla 4. Análisis estadístico pares de muestras emparejadas.

		Media	Desviación Estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia		P
				Inferior	Superior	
IMC	Diferencia Inicial - Final	1,17	1,87	0,69	1,64	0,000
HbA1C	Diferencia Inicial - Final	0,92	1,89	0,33	1,52	0,003
LDL	Diferencia Inicial - Final	11,60	24,41	5,35	17,86	0,000

Fuente: Elaboración propia

Del análisis de la tabla anterior se desprende que los valores obtenidos para cada una de las variables relacionadas, son estadísticamente significativos.

Análisis de correlación lineal de Pearson

Tabla 4. Correlaciones de muestras emparejadas

Correlaciones (de Pearson) de muestras emparejadas				
		N	Correlación	Sig.
Par 1	IMC INICIAL & IMC FINAL	61	0,97	0,000
Par 2	Resultado HbA1C & Resultado HbA1C Final	42	0,54	0,000
Par 3	Resultado Colesterol LDL & Resultado Colesterol LDL Final	61	0,68	0,000
Par 4	Colesterol Total & Colesterol Total Final	61	0,56	0,000

Discusión

Los resultados de este estudio sugieren que la ECICEP podría ser una intervención efectiva para abordar las necesidades complejas de pacientes con multimorbilidad. Se observó una mejora significativa en diversos marcadores de salud, incluyendo el índice de masa corporal (IMC), los niveles de HbA1c, colesterol total y colesterol LDL, en comparación con las mediciones al ingreso. Estos hallazgos coinciden con estudios previos que respaldan el impacto positivo del enfoque integral en el manejo de la multimorbilidad [9,10,11].

Al contrastar estos hallazgos con la literatura reciente, observamos una tendencia similar. Estudios europeos han señalado que las intervenciones que promueven la autogestión y planes de cuidado consensuados, pilares de la ECICEP, logran mejoras sostenidas en el control metabólico [12]. Sin embargo, nuestro estudio aporta una perspectiva valiosa desde el contexto latinoamericano, donde la evidencia sobre la aplicación de estos modelos es aún incipiente. La efectividad observada podría atribuirse a que el enfoque de la ECICEP trasciende el manejo fragmentado por patologías, promoviendo una visión holística centrada en las necesidades y objetivos del individuo.

No obstante, es imperativo interpretar estos resultados con cautela debido a las importantes limitaciones del estudio. La principal es la ausencia de un grupo control, lo que impide atribuir con certeza las mejoras observadas exclusivamente a la intervención. Factores externos o la propia evolución natural de las

patologías podrían haber influido en los resultados. En segundo lugar, el método de selección por conveniencia limitan la representatividad de los hallazgos y su generalización a otras poblaciones. Finalmente, los sesgos inherentes a un diseño retrospectivo, como el de selección y el de información por dependencia de registros clínicos, no pueden ser descartados.

De cara al futuro, estos hallazgos preliminares justifican la realización de investigaciones con diseños más robustos. A nivel práctico, estos resultados respaldan la continuidad y el fortalecimiento de la ECICEP en la red de atención primaria, sugiriendo la necesidad de invertir en la capacitación de los equipos y en la adaptación de los sistemas de registro para un mejor seguimiento de los planes de cuidado individualizados.

Limitaciones del estudio

La principal implicancia de este estudio es aportar una perspectiva local sobre cómo la implementación de la ECICEP puede influir en desenlaces clínicos objetivos. No obstante, considerando los posibles sesgos presentes, los resultados deben interpretarse con cautela y se proponen más como un insumo para futuras investigaciones, por ejemplo, en la elaboración del marco teórico, la discusión o el cálculo del tamaño muestral de un ensayo clínico, que como base para una aplicación clínica directa. En consecuencia, los hallazgos de este estudio no deben asumirse como conclusivos, sino como una hipótesis a explorar en estudios posteriores.

Conclusiones

Los hallazgos de este estudio exploratorio sugieren que la ECICEP podría tener un impacto favorable en el control de marcadores metabólicos y antropométricos en pacientes con multimorbilidad en atención primaria. Las mejoras observadas indican el potencial de la estrategia para ir más allá del tratamiento fragmentado de enfermedades, hacia un enfoque más holístico que promueve la participación activa del individuo en su proceso de salud.

Sin embargo, debido a las limitaciones metodológicas del estudio, estas conclusiones no deben considerarse definitivas. Los resultados abren una hipótesis prometedora que justifica y requiere ser confirmada a través de futuras investigaciones con diseños más rigurosos. Este trabajo representa un

RSC UANDES

primer paso en la evaluación de la ECICEP, aportando evidencia local que podría orientar la toma de decisiones y el rediseño de la atención a personas con condiciones crónicas en Chile.

Financiamiento

Los autores declaran que este trabajo se realizó con recursos propios.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Referencias

1. Xiang, Z., Wang, H., & Li, H. (2024). Comorbidity risk and distribution characteristics of chronic diseases in the elderly population in China. *BMC Public Health*, 24(1), 360. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-17855-w>
2. Adzrago, D., Williams, D. R., & Williams, F. (2025). Multiple chronic diseases and psychological distress among adults in the United States: the intersectionality of chronic diseases, race/ethnicity, immigration, sex, and insurance coverage. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 60(1), 181-199. <https://doi.org/10.1007/s00127-024-02730-1>
3. Xu, D., & Xu, Z. (2024). Machine learning applications in preventive healthcare: A systematic literature review on predictive analytics of disease comorbidity from multiple perspectives. *Artificial Intelligence in Medicine*, 156, 102950. <https://doi.org/10.1016/j.artmed.2024.102950>
4. Ministerio de Salud de Chile. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Santiago: MINSAL; 2018. Disponible en: https://redsalud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2018/02/2-Resultados-ENS_MINSAL_31_01_2018-ilovepdf-compressed.pdf
5. Hecker, T., Jassemi, S., Tymchenko, L., Verdin, N., Russon, N., Elliott, M. J., ... & Donald, M. (2025). Measuring person-centered integrated care for people living with mild to moderate chronic kidney disease and multimorbidity: a cross-sectional survey. *Frontiers in Health Services*, 5, 1655472. <https://doi.org/10.3389/frhs.2025.1655472>
6. Alodhialah, A. M., Almutairi, A. A., & Almutairi, M. (2025). Patient-Centered Care in Family Medicine: Strategies for Continuity and Comprehensive Care for Older Adults—A Mixed-Methods Study. *Clinical Interventions in Aging*, 985-1003. <https://doi.org/10.2147/cia.s513624>
7. Varanasi, R., Sinha, A., Bhatia, M., Nayak, D., Manchanda, R. K., Janardhanan, R., ... & Pati, S. (2024). Epidemiology and impact of chronic disease multimorbidity in India: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Multimorbidity and Comorbidity*, 14, 26335565241258851. <https://doi.org/10.1177/26335565241258851>
8. Vargas I, Barros X, Fernández MJ, Mayol M. Rediseño en el abordaje de personas con multimorbilidad crónica: desde la fragmentación al cuidado integral centrado en las personas. *Rev Med Clin Condes.* [Inter net]2021;32(4):400–13. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rmcle.2021.05.003>
9. Watson, B. N., Estenson, L., Eden, A. R., Gerstein, M. T., Carney, M. T., Dotson, V. M., ... & Bierman, A. S. (2024). Person-centered care planning for people living with or at risk for multiple chronic conditions. *JAMA Network Open*, 7(10), e2439851-e2439851. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.39851>.
10. Donald, M., Jassemi, S., Hecker, T., Brown, J., van Vliet, L., Verdin, N., ... & Valentijn, P. (2025). Person-centered integrated care for people living with kidney disease and multimorbidity: exploring challenges and opportunities. *International Journal of Integrated Care*, 25(S2). <https://doi.org/10.3389/frhs.2025.1655472>
11. Kwaitana, D., Van Breevoort, D., Mnenuka, M., Nkhoma, K., Harding, R., & Bates, M. J. (2024). Improving person-centred care for older persons with serious multimorbidity in LMICs. *African journal of primary health care & family medicine*, 16(1), 4440. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v16i1.4440>
12. Lee, D., Kim, S., Kwon, S., Yun, S., Kanda, M., Lee, S., ... & Inder, A. (2025). Are Long-Term Care Systems Aligned with Person-Centered Integrated Care? Evidence from the Western Pacific. *Health Policy*, 105442. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2025.105442>