



ORIGINAL

Vigencia del modelo de Starfield en las estrategias de cronicidad en Canarias (2015-2024)



Alberto López García* y Patricia Barber Pérez

Departamento de Métodos Cuantitativos, Facultad de Ciencias Económicas, Campus de Tafira, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas, España

Recibido el 5 de febrero de 2026; aceptado el 30 de marzo de 2026

PALABRAS CLAVE

Atención Primaria de salud;
Enfermedad crónica;
Modelo de atención crónica;
Evaluación de servicios de salud;
Atención centrada en la persona

Resumen

Objetivo: Analizar la alineación de la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en Canarias (2015) y del Plan 5 C (Plan de atención al paciente crónico complejo, 2024) y con el modelo de Atención Primaria (AP) según modelo de Starfield (4Cs), evaluando su correspondencia con el marco metodológico de evaluación del Sistema Nacional de Salud (SNS) y con los dominios e ítems del *Primary Care Assessment Tool* (PCAT)-A10.

Diseño: Estudio descriptivo y comparativo basado en análisis documental.

Emplazamiento: Comunidad Autónoma de Canarias.

Participantes: No aplica; estudio documental sin participación de sujetos.

Métodos: Se empleó el método *Ready your materials, Extract data, Analyse data, Distil findings* (READ) para analizar ambas estrategias y su correspondencia con los atributos de la AP, los dominios del PCAT-A10, los indicadores del SNS y los criterios interpretativos de una revisión crítica previamente publicada.

Resultados: Ambas estrategias muestran convergencia conceptual con los atributos de Starfield, especialmente en integralidad y coordinación. La Estrategia de 2015 incorpora accesibilidad, integración sociosanitaria y autocuidado. El Plan 5C refuerza la coordinación mediante interconsultas, comités y dispositivos específicos. El enfoque selectivo en pacientes crónicos de alta complejidad (PCAC) puede tensionar la accesibilidad universal y la continuidad si las intervenciones no se articulan desde la AP. Los indicadores del SNS se centran en procesos organizativos. El PCAT-A10 evalúa el desempeño de la AP desde la perspectiva poblacional.

Conclusiones: El modelo de las 4Cs mantiene su vigencia en las estrategias de cronicidad en Canarias, aunque su incorporación es parcial y heterogénea. Integrar indicadores institucionales y herramientas poblacionales (PCAT-A10) ofrece perspectivas complementarias para evaluar el desempeño de la AP.

© 2026 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alberto.lopez110@alu.ulpgc.es (A. López García).

KEYWORDS

Primary Health Care;
Chronic Disease;
Chronic Care Model;
Health Services
Research;
Patient-Centered
Care

Validity of Starfield's model in the chronic care strategies of the Canary Islands (2015-2024)

Abstract

Objective: To analyse the alignment of the Plan 5C (Plan for the care of people with highly complex chronic conditions, 2024) and the Canary Islands Strategy for Tackling Chronicity (2015) with the Primary Care (PC) model according to Starfield's four core attributes (4Cs), assessing their correspondence with the evaluation framework of the Spanish National Health System (SNS) and with the domains and items of the PCAT-A10.

Design: Descriptive, comparative documentary analysis.

Setting: Canary Islands (Spain).

Participants: Not applicable. Documentary analysis study with no human subjects.

Methods: The READ method was applied to analyze both strategies and their correspondence with the 4Cs, PCAT-A10 domains, SNS indicators, and the interpretive criteria of the critical review by Minué-Lorenzo and Fernández-Aguilar (2018).

Results: Both strategies show conceptual convergence with Starfield's attributes, especially in comprehensiveness and coordination. The Plan 5C strengthens coordination through e-consultations, committees and specific devices. The Strategy 2015 incorporates accessibility, socio-sanitary integration and support for self-care. The selective focus on highly complex chronic patients may strain universal accessibility and continuity if the interventions are not articulated from PC. SNS indicators focus mainly on organizational processes, while the PCAT-A10 assesses PC performance from a population perspective.

Conclusions: Starfield's 4Cs remain a valid framework for analysing chronic care strategies in the Canary Islands. Although the reviewed documents partially incorporate these attributes, their application is partial and heterogeneous. Integrating institutional indicators with population-based tools such as PCAT-A10 provides complementary perspectives for evaluating PC performance.

© 2026 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Desde la Declaración de Alma-Ata (1978)¹, que estableció la Atención Primaria (AP) como el pilar de un sistema sanitario eficiente y prioridad global, piedra angular reafirmada en la Declaración de Astaná (2018)², la AP se ha consolidado como elemento central de las políticas de salud. Sin embargo, su implementación ha variado según región y país, condicionada por factores políticos, económicos, culturales y sociales³.

Starfield et al. y Shi et al. definieron en 1992 un modelo de AP basado en cuatro atributos esenciales —conocidos como las 4Cs—: accesibilidad o primer contacto (*First Contact*), longitudinalidad (*Continuity*), coordinación (*Coordination*) e integralidad (*Comprehensiveness*)^{4,5}. Estos atributos se han consolidado como marco de referencia para el diseño de sistemas sanitarios, la planificación de servicios y el desarrollo de indicadores de evaluación. La evidencia científica revela que una AP robusta se asocia con mejores resultados en salud, reducción de desigualdades, contención del gasto sanitario y mayor eficiencia en el uso de recursos^{3,6-8}. Estudios comparativos en Europa han mostrado que los países con mayor desarrollo de estos atributos presentan sistemas más robustos y orientados a la población⁹.

La integralidad (C1) implica ofrecer una amplia gama de servicios que incluye promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento a lo largo de la vida del paciente. Se

logra a través de equipos multidisciplinares que reducen derivaciones y facilitan el acceso a servicios especializados en el primer nivel. El primer contacto o accesibilidad (C2) garantiza que los servicios de AP sean accesibles y utilizados como punto inicial ante cualquier necesidad de salud, evitando el uso excesivo de recursos hospitalarios. Los proveedores de AP actúan como puerta de entrada al sistema y coordinan la atención, derivando a niveles superiores cuando es necesario, contribuyendo a la sostenibilidad del sistema. La coordinación (C3) asegura la vinculación entre servicios y niveles asistenciales, especialmente en el caso de enfermedades crónicas, a través de mecanismos como historias electrónicas compartidos y reuniones clínicas conjuntas. Aporta eficiencia a la atención sanitaria. Finalmente, la longitudinalidad (C4) promueve una relación estable y duradera entre paciente y profesional, lo que favorece adherencia terapéutica y prevención. La falta de este atributo se asocia con mayor riesgo de mortalidad, especialmente enfermedades crónicas como la diabetes, donde el seguimiento constante por el mismo profesional ayuda a prevenir complicaciones^{8,10}.

El rápido envejecimiento poblacional ha incrementado la prevalencia de enfermedades crónicas, caracterizadas por la necesidad de seguimiento prolongado, riesgo de deterioro funcional y demanda de un abordaje integral. Estos pacientes requieren cuidados extensos y consumen una proporción significativa de los recursos sanitarios y representan

un desafío para las consultas tradicionales de AP, diseñadas históricamente para una atención episódica y centrada en la enfermedad, lo que limita su capacidad para responder a las necesidades complejas de una población envejecida y multimorbida¹¹.

En España y en Canarias las estrategias de cronicidad han tomado como referencia modelos internacionales —Modelo de Atención al Crónico (CCM), Modelo de Atención Innovadora a la Cronicidad (ICCC) y Pirámide de Kaiser Permanente— para reorganizar servicios, estratificar población, promover la gestión de casos, la integración asistencial y el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC)¹².

La revisión crítica de Minué-Lorenzo et al.¹³, señala que los planes autonómicos de cronicidad, que comenzaron a implantarse progresivamente en España hacen más de una década y consolidados con la Declaración de Sevilla (2011), presentan uniformidad de diseño a pesar de la heterogeneidad entre los diferentes servicios de salud, basado en modelos importados como el CCM y la pirámide de Káiser cuya validez externa es limitada en sistemas europeos¹³. Esta necesidad de adecuación también es reconocida en el documento de la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en Canarias (2015)¹², que advierte sobre la procedencia de estos modelos y la necesidad de adaptarlos al contexto autonómico¹². Además, la evidencia sobre la superioridad de instrumentos como el de gestión de casos, integración o telemonitorización no son concluyentes y no se han publicado evaluaciones de su impacto. Paradójicamente, aunque los planes reconocen que la AP debe ser el eje, no se observa un fortalecimiento real de este nivel asistencial sino un deterioro progresivo en financiación y capacidad resolutoria^{9,13}.

En 2024, el Servicio Canario de la Salud (SCS) publica el Plan 5C¹⁴, en el que plantea una estrategia para pacientes crónicos de alta complejidad (PCAC). Este Plan 5C incluye 35 acciones orientadas a Cronicidad Compleja, Continuidad de Cuidados y Coordinación —de ahí las 5C—. Aunque incorpora elementos alineados con los atributos de Starfield, como la integralidad y la longitudinalidad, su enfoque estratificado y centrado en casos complejos plantea interrogantes sobre su compatibilidad con un modelo universal de AP centrado en la persona tal y como recomienda Starfield y la evidencia internacional.

Para evaluar la fortaleza de la AP, el marco de Starfield y herramientas como el *Primary Care Assessment Tool* (PCAT), —incluida su versión abreviada y validada en español PCAT-A10 por Rocha et al. (2021) —permiten medir los atributos de la AP desde la perspectiva de la población y de los servicios¹⁵.

En el contexto español, el modelo de AP centrada en la persona ha sido actualizado progresivamente a través de instrumentos de planificación del Sistema Nacional de Salud (SNS). El Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria (2012)¹⁶, incorporó principios como la orientación comunitaria, la longitudinalidad, la coordinación y la capacidad resolutoria de la AP. Posteriormente, se han elaborado documentos metodológicos orientados a la evaluación de políticas específicas con impacto en AP como los «Indicadores y criterios para la evaluación de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS (2018)»¹⁷, así como instrumentos de seguimiento vinculados a los planes de acción más recientes, incluido el Plan 2025-2027¹⁸.

En conjunto, estos desarrollos muestran una convergencia conceptual con los atributos definidos por Starfield, aunque su aplicación evaluativa es aún parcial y heterogénea entre territorios¹³.

El objetivo de ese estudio es analizar la alineación de la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en Canarias (2015) y del Plan de atención al paciente crónico complejo (Plan 5C, 2024) con el modelo de Atención Primaria basado en los cuatro atributos esenciales de Starfield (4Cs), evaluando su correspondencia con el marco metodológico de evaluación del SNS y con los dominios e ítems del PCAT-A10.

Método

Diseño del estudio

Estudio descriptivo y comparativo de análisis documental, orientado a evaluar la alineación de dos estrategias autonómicas sobre cronicidad en Canarias con el marco conceptual de AP definido por Bárbara Starfield (4Cs) y con los criterios metodológicos del SNS, así como con los dominios e indicadores operativos del PCAT-A10 utilizados para la evaluación poblacional de la AP.

El diseño metodológico se fundamentó en un análisis de contenido de documentos normativos y estratégicos, siguiendo el enfoque sistemático propuesto por Dalglish et al.¹⁹ conocido como el método *Ready your materials, Extract data, Analyse data, Distil findings* (READ), método contrastado para estructurar la investigación de políticas sanitarias de comparación de documentos de distinto origen institucional.

El análisis documental se desarrolló conforme a las cuatro fases del método READ. En una primera fase se definió y organizó el marco conceptual de análisis, integrando el modelo de los cuatro atributos de AP descritos por Bárbara Starfield (4Cs) y los criterios metodológicos de evaluación de la AP propuesto por el SNS, junto con los dos instrumentos conceptuales que permiten operacionalizarlos: el PCAT-A10, que traduce los atributos en ítems observables, y la revisión crítica de Minué-Lorenzo et al.¹³, que permite relacionar la adecuación de las acciones e instrumentos estratégicos a dichos atributos. En la fase de extracción, se revisaron los documentos e identificaron los elementos relacionados con cada uno de los atributos de la AP definidos por Starfield, los indicadores del SNS y las acciones e instrumentos descritos en las estrategias. En una tercera fase de análisis, se compararon los contenidos de los documentos para identificar correspondencias entre acciones y atributos de la AP (4Cs), así como acciones e instrumentos no atribuibles directamente a estos atributos, siguiendo los criterios operativos del PCAT-A10 y la lectura crítica de Minué. Por último, en la fase de síntesis los resultados se organizaron en tablas comparativas, distinguiendo las correspondencias conceptuales (tabla 1) y las no correspondencias directas (tabla 2). Finalmente se describe el grado de alineación operativo entre las estrategias y los atributos fundamentales de la AP.

Fuentes documentales

El análisis utilizó tres niveles de documentación: 1. Marco conceptual y metodológico del SNS, utilizando como refe-

Tabla 1 Correspondencia entre los atributos AP (4 Cs), las estrategias de cronicidad en Canarias y los indicadores de evaluación del SNS 2018 y PCAT-A10

Atributo (4 Cs)	Ítems PCAT-A10	Acciones Estrategia (2015)	Acciones Plan 5 C (2024)	Acciones Plan 5 C (2024)	
				PCAT-A10	SNS-Indicadores y criterios 2018
Accesibilidad (C2)	Tiempo para cita; Facilidad de contacto; Atención fuera de horario	Línea estratégica sobre accesibilidad y equidad; Garantizar acceso a servicios sanitarios y sociales; Circuitos preferentes para crónicos; Impulso de telemedicina	Acción 5 (acceso continuo); Acción 6 (atención no urgente 12h/7 días); Acción 7 (circuitos urgencias AP/AH)	Acción 5 (acceso continuo); Acción 6 (atención no urgente 12h/7 días); Acción 7 (circuitos urgencias AP/AH)	Acción 5 (acceso continuo); Acción 6 (atención no urgente 12h/7 días); Acción 7 (circuitos urgencias AP/AH)
Integralidad (C1)	Servicios preventivos y curativos en AP	Promoción del autocuidado, educación para la salud, integración de servicios sanitarios y sociales, planes personalizados, estratificación GMA	Acción 1 (valoración integral); Acción 4 (PAP); Acciones 22-24 (atención domiciliaria)	Acción 1 (valoración integral); Acción 4 (PAP); Acciones 22-24 (atención domiciliaria)	Acción 1 (valoración integral); Acción 4 (PAP); Acciones 22-24 (atención domiciliaria)
Coordinación (C3)	Referencias; Información compartida; Continuidad entre niveles asistenciales	Comités de coordinación; Interconsultas AP-Hospital; Protocolos de derivación y continuidad asistencial; Integración sociosanitaria	Acciones 8-12 (comité impulsor, unidad multidisciplinar, interconsultas, sesiones de casos); Acción 15 (coordinación sociosanitaria)	Acciones 8-12 (comité impulsor, unidad multidisciplinar, interconsultas, sesiones de casos); Acción 15 (coordinación sociosanitaria)	Acciones 8-12 (comité impulsor, unidad multidisciplinar, interconsultas, sesiones de casos); Acción 15 (coordinación sociosanitaria)
Longitudinalidad (C4)	Profesional habitual, seguimiento longitudinal	Seguimiento longitudinal en AP; Planes de continuidad asistencial; gestor/a de casos, coordinación con CP y HAD	Acción 13 (AP_Cuidada2); Acción 14 (vías normalizadas con hospitales); Acción 28 (paciente activo)	Acción 13 (AP_Cuidada2); Acción 14 (vías normalizadas con hospitales); Acción 28 (paciente activo)	Acción 13 (AP_Cuidada2); Acción 14 (vías normalizadas con hospitales); Acción 28 (paciente activo)

La tabla muestra una correspondencia conceptual entre los atributos de la AP descritos por Starfield (4 Cs), las acciones incluidas en las estrategias de cronicidad del análisis y los principales indicadores de evaluación propuestos por el SNS. La relación establecida no implica una equivalencia directa ni exhaustiva, sino una aproximación orientada al análisis comparativo y a la evaluación de la alineación de las estrategias con el modelo de AP.

AP: Atención Primaria; SNS: Sistema Nacional de Salud; PCAT-A10: *Primary Care Assessment Tool*, versión abreviada en español; CP: cuidados paliativos; HAD: hospitalización a domicilio.

rencia para la evaluación de la AP: Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria¹⁶; Indicadores y criterios para la evaluación de la Atención Primaria en el SNS¹⁷. 2. Estrategias autonómicas de Canarias, objeto principal del análisis comparativo: Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias¹² y Plan

5C- Plan de acción para PCAC¹⁴. 3. Literatura científica y herramientas de evaluación, para la operacionalización del modelo de Starfield: Modelo de AP de Bárbara Starfield⁵; Revisión crítica de Minué-Lorenzo et al.¹³, PCAT-A10 validada en población española¹⁵, para identificar ítems vinculados a los atributos de AP. La [figura 1](#) sintetiza la aplicación del

Tabla 2 Líneas, acciones e instrumentos de las estrategias analizadas sin correspondencia directa con los atributos de la AP (4Cs)

Documento	Línea/Acción/Instrumento	Descripción	Motivo de no correspondencia directa con las 4Cs	Observación (condiciones para favorecer la alineación)
Estrategia ¹² 2015	Metodología Hoshin Kanri (cap.3.1; fig. 36-38)	Modelo de gestión y despliegue por objetivos	Herramienta de gestión; no define atributos asistenciales	Puede ordenar cambios que impacten en las 4Cs, pero no es una 4Cs
	Plan de Comunicación (cap. 4.3; fig. 54)	Comunicación interna/externa y gestión del cambio	Instrumento transversal; no es prestación asistencial	Útil para adopción e implantación; no constituye una 4Cs
	Investigación, innovación y formación (Línea 5; Proy.5.1-5.3)	Fomento de I+D, evaluación de innovaciones, formación	Acción de soporte sistémico; no es atributo	Puede potenciar las 4Cs si prioriza la AP y métricas específicas por C
	e-Salud (Proy. 4.3): <i>call center</i> 24x7, interconsultas virtuales, telemonitorización	Plataforma TIC de continuidad	Medio instrumental; riesgo de rutas paralelas si no hay integración	Alineación con C3(Coordinación)/C4 (Longitudinalidad) si HCE única, retroalimentación y roles definidos
	Uso racional del medicamento (proy. 4.4)	Guías, adherencia, receta electrónica	Componente clínico; no es atributo	Favorece C3 (Coordinación)/C4(Longitudinalidad) si se integra en itinerarios AP-AE
	Estratificación de la población por riesgo (Proy. 3.1)	Segmentación (p. ej., Kaiser/GMA)	Herramienta poblacional; no es atributo asistencial	Puede mejorar C3 (Coordinación) si guía rutas lideradas por AP y criterios de retorno
	Áreas de evaluación de proceso (fig. 53: IDs 1-20)	Métricas de implantación	Indicadores operativos; no miden atributos	Útiles para seguimiento; no tiene métricas específicas de 4Cs/PCAT
Plan 5C ¹⁴	Despliegue y cronograma (fig. 50-51)	Hoja de ruta y dependencias	Instrumento de planificación; no es atributo	Necesario para implantación; no corresponde a un 4Cs
	Promoción de la salud comunitaria transversal (Línea 1; Proy.1.1-1.2)	Acciones poblacionales (escuela, municipios, envejecimiento activo)	Intervención de salud pública poblacional; solo alinea con las 4Cs si AP la integra como servicio	Convertir en oferta de servicio de AP (C1) con acceso por AP (C2) para favorecer alineación
	Enfoque selectivo en PCAC (Acciones 1-4, 7, 9, 13-15)	Plan orientado a PCAC definidos por GMA y criterios clínicos	Enfoque selectivo poblacional; no constituye un atributo asistencial. Puede tensionar C1 (Integralidad) y C2 (Accesibilidad) al no cubrir el acceso universal	Coexistencia con un modelo universal si se garantiza acceso y rutas claras para población no-PCAC.
	Plan de Comunicación (cap. 4.3; fig. 54)	Comunicación interna/externa y gestión del cambio	Instrumento transversal; no es prestación asistencial	Útil para adopción e implantación; no constituye una 4Cs
	Estratificación automática por GMA (Acción 1) y etiquetado visible en HCE	Herramienta de gestión de riesgo y selección de casos	Instrumento organizativo; no es un atributo asistencial.	Alineación indirecta con C3/C4 si la estratificación guía rutas integradas con liderazgo de AP y criterios de retorno.
	Unidad multidisciplinar en AH (Acción 9)	Equipo hospitalario focalizado en PCAC	Dispositivo hospitalario; puede desplazar el primer contacto desde AP	Alinea C3 (Coordinación) si se formalizan liderazgo de AP, derivación inversa y tiempos/criterios de retorno
Sistema no urgente 12h/7d (Acción 6)	Dispositivo de respuesta no urgente ampliada	Si no se integra en la agenda de AP y con el profesional habitual, genera una vía paralela y no refuerza C2 (Accesibilidad)/C4(Longitudinalidad)	Condicionar a agenda de AP, HCE compartida y retroalimentación al equipo de referencia	

Tabla 2 (continuación)

Documento	Línea/Acción/Instrumento	Descripción	Motivo de no correspondencia directa con las 4Cs	Observación (condiciones para favorecer la alineación)
	Tecnologías: telemonitorización, teleasistencia, App MiSCS (Acciones 30-31)	Paquete TIC para seguimiento y comunicación	Medio instrumental; no constituye un atributo en sí mismo	Alineación indirecta como C3(Coordinación) /C4(Longitudinalidad) si existe interoperabilidad, reglas de uso y responsables definidos en AP
	Formación profesional (Acciones 32-35)	Capacitación, iniciativas «No Hacer»	Acción de soporte; no es atributo asistencial	Potencia las 4 Cs si vincula competencia a rutas AP-centradas con evaluación de resultados
	Apoyo a personas cuidadoras (Acciones 20-21)	Identificación, escuela de cuidadores, perfil «cuidadora experta»	Intervención psicosocial transversal; no mapea directamente a las 4 Cs.	Complementa C1 (Integralidad) si se integra en planes de atención personalizados y en la agenda de AP
	Adecuación farmacoterapéutica/SPD/conciliación (Acciones 16-19)	Optimización farmacoterapéutica y coordinación con farmacia	Componente clínico-farmacoterapéutico; no es un atributo en sí mismo	Refuerza C3 (Coordinación)/C4 (Longitudinalidad) si existen protocolos compartidos y seguimiento desde AP

AP: Atención Primaria; 4 Cs: accesibilidad/primer contacto, integralidad, coordinación, longitudinalidad; PCAC: paciente crónico de alta complejidad; GMA: grupos de morbilidad ajustados; HCE: historia clínica electrónica; TIC: tecnologías e la información y la comunicación; AE: atención especializada; PCAT: *Primary Care Assessment Tool*; SPD: sistema personalizado de dosificación.

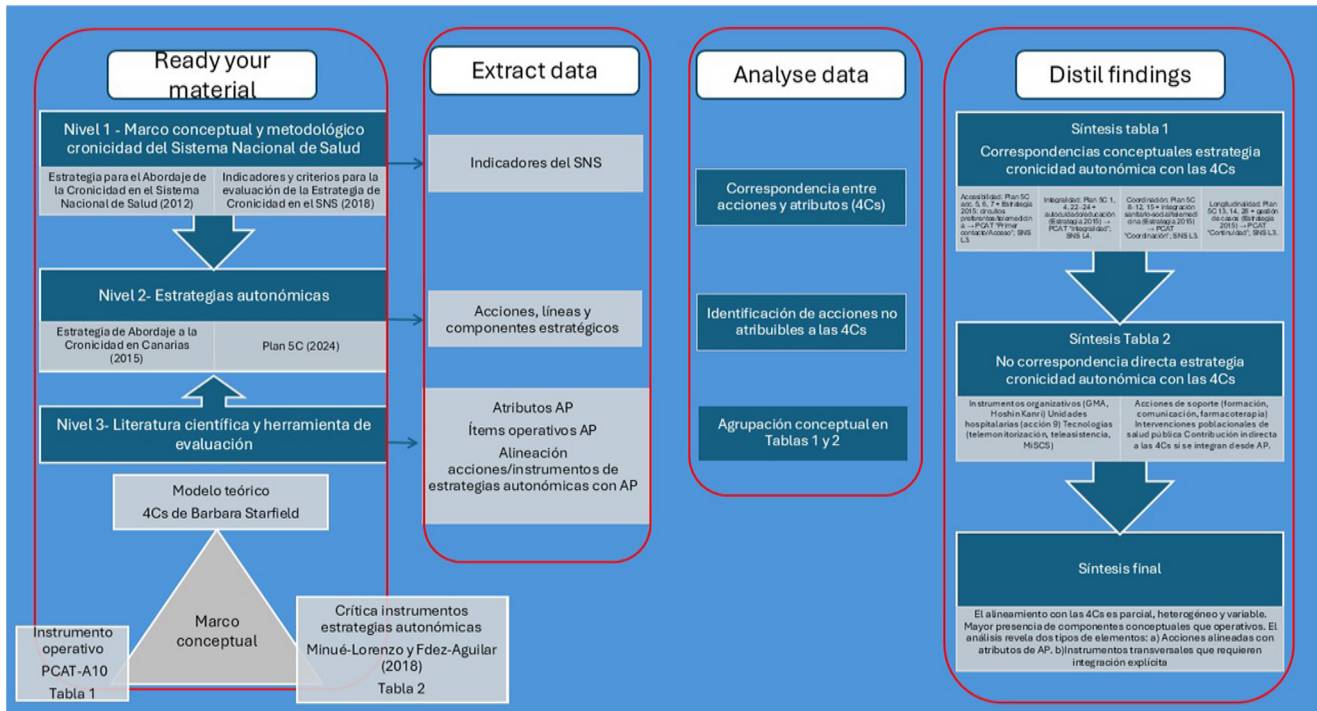


Figura 1 Esquema del proceso READ aplicado al análisis documental del estudio

La figura muestra las cuatro fases del método READ, con la preparación y organización de los materiales conceptuales y metodológicos, la extracción sistemática de elementos relevantes, el análisis comparativo respecto al modelo de AP basado en las 4Cs y la síntesis de sus hallazgos.

método READ al análisis de las fuentes documentales y marcos conceptuales utilizados en este estudio.

Resultados

El análisis de los documentos estratégicos permitió identificar cómo las acciones propuestas por la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad de Canarias (2015) y el Plan 5C (2024) se relacionan con los principales atributos (4Cs) de la AP definidos por Starfield (tabla 1). Asimismo, se identificaron diversos elementos que, aunque relevantes para la organización del sistema, no se corresponden de forma directa con dichos atributos (tabla 2).

Accesibilidad (C2)

En relación con la accesibilidad, el Plan 5C plantea distintas medidas dirigidas a facilitar el acceso de las personas al sistema sanitario. Entre ellas destacan la ampliación de la atención continuada, la creación de dispositivos para atender demandas no urgentes en horarios extendidos y la reorganización de los circuitos entre AP y la atención hospitalaria. Todas estas medidas buscan dar una respuesta más ágil a necesidades frecuentes del paciente crónico complejo.

La Estrategia de Abordaje a la Cronicidad de Canarias (2015) aborda la accesibilidad desde una perspectiva más amplia, incorporando líneas orientadas a garantizar el acceso tanto a servicios sanitarios como sociales, el establecimiento de circuitos preferentes para el paciente crónico y el uso de la telemedicina como herramienta de apoyo.

Desde el punto de vista de la evaluación, estas actuaciones se relacionan con el dominio de primer contacto del PCAT-A10 y con indicadores del SNS ligados a la facilidad para obtener cita en AP, la atención o derivación no demorable y el uso de servicios de urgencias.

Integralidad (C1)

La Estrategia de Abordaje a la Cronicidad de Canarias (2015) enfatiza el autocuidado, la educación para la salud y la integración de servicios sanitarios y sociales, apoyándose en la estratificación de la población para adaptar la atención a los distintos niveles de riesgo.

En cuanto a la integralidad, el Plan 5C (2024) incorpora intervenciones centradas en abordar de forma global las necesidades del paciente crónico complejo. Entre ellas se encuentran la realización de valoraciones integrales, la elaboración de planes de cuidados personalizados y el refuerzo de la atención domiciliaria. Estas acciones permiten atender tanto problemas sanitarios, como aspectos funcionales y sociales.

Estas actuaciones se vinculan con el dominio de integralidad del PCAT-A10 y con indicadores del SNS relacionados con la reorientación de la atención, como la disponibilidad de planes de cuidados personalizados, la atención domiciliaria y la adecuación del tratamiento farmacológico.

Coordinación (C3)

La coordinación es uno de los elementos más presentes en ambos documentos. La Estrategia de Abordaje a la Cronicidad de Canarias (2015) contempla la creación de espacios de coordinación, el impulso de interconsultas entre AP y hospitalaria, el desarrollo de protocolos de derivación y la integración de recursos sociales y sanitarios.

También, el Plan 5C (2024) propone distintos mecanismos para mejorar la relación entre profesionales y niveles asistenciales, como comités de coordinación, unidades multidisciplinares, interconsultas (se incluyen las no presenciales), sesiones de discusión de casos y dispositivos específicos de coordinación sociosanitaria.

Estas medidas se relacionan con el dominio de coordinación del PCAT-A10 y con indicadores del SNS centrados en la continuidad asistencial, como la disponibilidad de informes de alta hospitalaria accesibles desde AP, la existencia de planes de transición de cuidados y el uso de interconsultas no presenciales.

Longitudinalidad (C4)

En relación con la continuidad asistencial, la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad de Canarias (2015) recoge también medidas dirigidas a asegurar la continuidad, entre ellas el seguimiento longitudinal desde AP, los planes de continuidad asistencial, la figura del gestor o gestora de casos y la coordinación con dispositivos como cuidados paliativos y hospitalización a domicilio.

El Plan 5C (2024) incluye iniciativas destinadas a reforzar el seguimiento a lo largo de tiempo, como programas de atención continua, vías normalizadas de coordinación con el ámbito hospitalario y acciones orientadas a que las personas participen de forma más activa en el manejo de su enfermedad.

Estas actuaciones se asocian con el dominio de continuidad del PCAT-A10 y con indicadores del SNS relacionados con la existencia de un profesional o equipo de referencia, el seguimiento regular en AP y resultados indirectos como los ingresos hospitalarios y las urgencias no programadas.

Elementos sin correspondencia directa con las 4Cs

Además de las acciones relacionadas con los atributos de la AP, el análisis identificó diferentes líneas, instrumentos y dispositivos que no se corresponden, de forma directa, con las 4Cs (tabla 2). Entre ellos se incluyen herramientas de gestión y planificación, sistemas de estratificación de la población, soluciones tecnológicas, dispositivos organizativos específicos y acciones de apoyo como la formación, la investigación, la comunicación, el uso racional del medicamento o el soporte a personas cuidadoras.

Estos elementos no constituyen por sí mismos atributos de la AP. Actúan como medios organizativos de apoyo. En el análisis de los documentos, su potencial contribución a la coordinación y a la longitudinalidad aparece vinculada a su integración en el funcionamiento habitual de la AP, al uso de una historia clínica electrónica compartida y a la existencia de criterios claros sobre cuándo y cómo derivar a otros niveles asistenciales y cuándo recuperar el seguimiento desde

AP. Del mismo modo, la relación de estas intervenciones con la accesibilidad y la integralidad se describe en los documentos en términos de su inclusión en la oferta asistencial habitual y de su acceso desde el primer nivel asistencial.

En conjunto, las [tablas 1 y 2](#) permiten diferenciar qué elementos de ambas estrategias representan atributos nucleares de la AP y cuáles son herramientas de soporte cuyo impacto depende de su integración en los procesos asistenciales de la AP.

La [figura 2](#) presenta un mapa conceptual que representa la relación entre el Plan 5 C y el modelo de AP basado en las 4 Cs de Starfield. En la zona central, en torno a las 4 Cs, se sitúan los componentes del Plan asociados a cada atributo; a continuación, se identifican los elementos que dificultan o tensionan su encaje, y, finalmente, en el borde exterior se representan las condiciones operativas mínimas necesarias para reforzar los atributos de la AP.

Discusión

Alineación del Plan 5 C con los atributos esenciales de la AP

El Plan 5C¹⁴ refuerza la coordinación (C3) mediante interconsultas, comités y trabajo multidisciplinar, y aporta elementos de integralidad (C1), valoración integral, PAP y atención domiciliaria, dirigidos a PCAC; su encaje con el modelo 4Cs es favorable siempre que estas rutas estén lideradas por AP y definan criterios de derivación y retorno claros. En cambio, el enfoque selectivo en PCAC introduce tensiones con el atributo de accesibilidad (C2), si crea carriles paralelos al primer contacto, y con la longitudinalidad (C4), si no se asegura la atención por el mismo profesional o equipo habitual. Este último aspecto es especialmente relevante si se considera que la continuidad con el médico habitual se asocia con menos hospitalizaciones y menores costes sanitarios, lo que subraya que cualquier reorganización que fragmente la atención puede erosionar uno de los pilares más efectivos de la AP²⁰. La Estrategia canaria de 2015 avanza en accesibilidad (circuitos preferentes, telemedicina) e integración sanitaria-social, pero su contribución a las 4Cs depende de que la oferta sea universal y vehiculada por AP. Para verificar estos atributos desde la perspectiva de la población y del desempeño organizativo, el PCAT-A10 constituye una herramienta adecuada^{15,21,22}.

Evaluación del impacto y uso de recursos

La literatura crítica española sobre planes de cronicidad subraya su uniformidad de diseño pese a realidades distintas y a la limitada evidencia de superioridad de los modelos importados (CCM, Kaiser), así como la ausencia de evaluación de su impacto publicadas. Frente a ello, se recomienda fortalecer la AP, cuyos resultados están documentados^{13,23}. Este trabajo no evalúa la efectividad ni resultados en salud de instrumentos concretos como, gestión de casos, estratificación o TIC. Analiza su presencia y dentro de las estrategias con relación a las 4Cs de Starfield. En este sentido, evita atribuir efectos no demostrados, centrando su análisis en

las condiciones bajo las cuales dichos instrumentos pueden reforzar o tensionar el modelo de AP.

Según la síntesis crítica de Minué-Lorenzo et al.¹³, la evidencia sobre la efectividad de los modelos organizativos de cronicidad es débil o no concluyente. Esta conclusión es coherente con los hallazgos del análisis comparado europeo de Nolte et al., que muestra que la mayoría de los países han desplegado estrategias de cronicidad centradas en enfermedades específicas, con dificultades para abordar la multimorbilidad, escasa integración real entre niveles y ausencia de evaluaciones que permitan determinar superioridad o coste-efectividad²⁴. En la misma línea, estudios sobre modelos «disruptivos» de atención para pacientes de alta necesidad y alto coste describen que las intervenciones intensivas, como el *case management* o las clínicas especializadas, solo muestran beneficios modestos y requieren un fuerte anclaje en AP para ser efectivas, subrayando que la coordinación, la longitudinalidad y la visión integral siguen siendo los elementos que marcan la diferencia en los resultados²⁵. Ello refuerza la necesidad de evaluar el Plan 5C desde una perspectiva de AP basada en sus atributos esenciales (4Cs).

Determinantes sociales, equidad y orientación comunitaria

La equidad y la orientación comunitaria forman parte del consenso internacional sobre AP (Alma-Ata/Astaná) y del marco español vigente. La Estrategia 2015¹² recoge salud comunitaria transversal y e-Salud, cuya contribución a las 4Cs depende de su integración real en la oferta habitual de servicios de la AP y de su acceso a través del primer nivel. El Plan 5C (2024) incorpora piezas útiles (apoyo a cuidadoras, coordinación sociosanitaria y TIC), pero su enfoque selectivo para los PCAC puede dejar sin respuesta a otros colectivos vulnerables si no se garantiza el acceso universal y oferta integral desde AP.

En este contexto, se ha desarrollado un marco común de indicadores para evaluar estrategias de salud comunitaria (Plan 2025-2027)¹⁸, que permite incorporar participación, activos y acción intersectorial como parte evaluable del desempeño de AP, aspectos tradicionalmente infraevaluados. La integración con estos indicadores con los de AP refuerza una evaluación más completa del modelo. Sin embargo, sociedades científicas como semFYC han apoyado el plan estatal, pero recuerdan la necesidad de presupuesto finalista y métricas claras para que no quede en intenciones²⁶.

¿Sigue siendo válido el modelo de las 4 Cs de Barbara Starfield?

Los resultados de este estudio respaldan la vigencia del modelo de AP basado en los cuatro atributos definidos por Barbara Starfield. No es un marco histórico superado, sino que actualmente se presenta como una referencia conceptual válida para evaluar, analizar y orientar las políticas de AP. Este modelo permite identificar fortalezas, tensiones y desviaciones en las estrategias actuales de abordaje de la cronicidad.

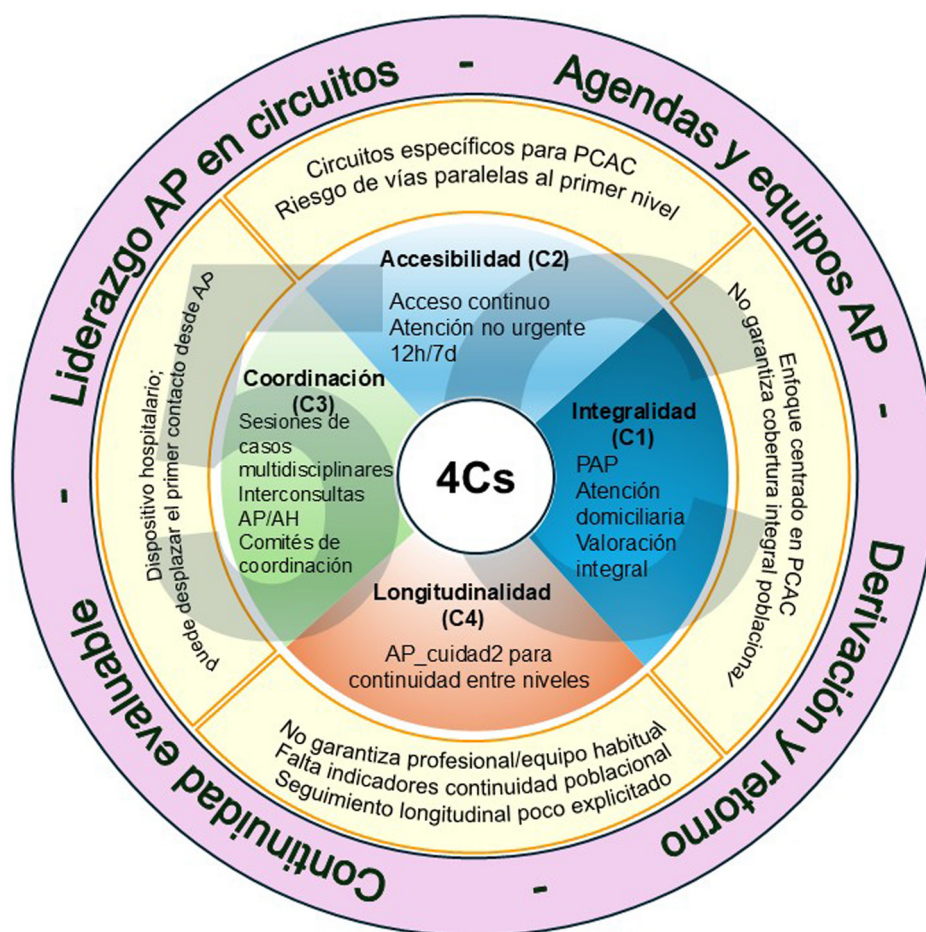


Figura 2 Encaje del Plan 5C en el modelo de AP basado en las 4Cs de Starfield

El mapa conceptual resume el encaje del Plan 5C al modelo de las 4Cs de Starfield, distinguiendo los componentes alineados con cada atributo, los elementos que tensionan su encaje y las condiciones mínimas necesarias para reforzar los atributos de AP. Elaboración propia.

En primer lugar, las 4Cs, continúan siendo condiciones necesarias para que la AP cumpla su función como eje del sistema sanitario. Los desafíos a los que actualmente se enfrentan los sistemas de salud, envejecimiento de la población y multimorbilidad, no invalidan el modelo, sino que refuerzan su relevancia, al poner de manifiesto las consecuencias de su debilitamiento.

Sin embargo, el análisis también muestra que las estrategias en cronicidad, como el Plan 5C, tienden a operacionalizar parcialmente estos atributos, priorizando la coordinación entre niveles y a la atención a pacientes complejos, pero tensionando otros elementos esenciales como la accesibilidad universal o la longitudinalidad con el mismo profesional o equipo de referencia. Ello no sugiere la obsolescencia del modelo de las 4Cs, sino más bien un desplazamiento del foco desde un modelo poblacional y universal hacia enfoques más selectivos y organizativos, que corren el riesgo de fragmentar la atención si no se articulan desde la AP.

Asimismo, el modelo de Starfield ha demostrado capacidad de adaptación, al servir de base para desarrollos posteriores que incorporan dimensiones como la orientación comunitaria o la atención centrada en la persona^{4,27}. Estas ampliaciones complementan y actualizan a las 4Cs²⁷. Herramientas como el PCAT^{28,29} permiten traducir los atributos de Starfield en métricas evaluables, reforzando su vigencia, como marco teórico y como un instrumento operativo de evaluación.

Los resultados de este estudio sugieren, además, que el debate relevante no es si el modelo de las 4Cs sigue siendo vigente, sino en qué medida las políticas actuales de cronicidad se alinean o se alejan de él, y como puede contribuir a reforzarlo. La persistencia de las 4Cs pone de relieve que muchos de los problemas de la AP no derivan de las limitaciones del modelo conceptual, sino de su aplicación incompleta o fragmentada. Desde esta perspectiva, este modelo reafirma los principios estructurales que hacen posible una AP fuerte, equitativa y sostenible en el contexto actual.

Implicaciones prácticas (Gran Canaria)

Medir lo que importa. Combinar PCAT-A10 (experiencia poblacional en 4Cs) con indicadores SNS por ZBS/EAP para contrastar percepción ciudadana y desempeño organizativo

Evitar doble carril. Integrar 12 h/7d, interconsultas y TIC en agendas de AP, HCE compartida y criterios de derivación/retornos liderados por AP.

Universalizar la oferta. Asegurar que intervenciones del Plan 5C se ofrecen y acceden desde AP para toda la población, no solo para PCAC, reforzando C1 y C2.

Incorporar indicadores comunitarios y de equidad en planes de evaluación.

Fortalezas y limitaciones

Fortalezas. Encuadre en el modelo 4Cs y triangulación con instrumentos de evaluación: PCAT-A10, Plan 5C e indicadores Estrategia Abordaje de la Cronicidad de Canarias.

Limitaciones. Este estudio es un análisis documental, no mide resultados de salud de la población, por lo que no atribuye efectos a las intervenciones.

Conclusiones

El resultado de este análisis muestra que el modelo de AP basado en las 4Cs de Starfield sigue siendo válido para analizar las estrategias de cronicidad en Canarias. La Estrategia de 2015 y el Plan 5C (2024) incorporan elementos alienados con la integralidad y la coordinación, aunque su aplicación es parcial y con variabilidad en la accesibilidad y continuidad.

Algunos componentes organizativos pueden reforzar estos atributos si se integran mejor en los circuitos habituales de la AP. La combinación de indicadores institucionales y herramientas poblacionales como el PCAT-A10 permite obtener una visión complementaria del desempeño de la AP. En conjunto, los hallazgos subrayan la importancia de mantener una AP fuerte, universal y centrada en la persona como eje de las políticas de cronicidad.

Lo conocido sobre el tema

- El modelo de AP de Starfield (4Cs) es un marco de referencia internacional para evaluar la accesibilidad, integralidad, coordinación y longitudinalidad.
- Las estrategias de cronicidad suelen incorporar estos atributos de forma parcial y con variabilidad entre territorios.
- Existen instrumentos para evaluar el desempeño de la AP desde la perspectiva del paciente como el cuestionario PCAT-A10 y los indicadores del SNS, aunque se utilizan poco en análisis comparativos de políticas.

¿Qué aporta este estudio?

- Analiza por primera vez en qué medida el Plan 5C (2024) y la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad de Canarias (2015) se corresponden con el modelo 4Cs de Starfield, integrando criterios analíticos de la revisión crítica de Minué-Lorenzo et al.¹³ y los dominios del PCAT-A10 como marco operativo y la metodología READ como herramienta estructurada para el análisis documental.
- Identifica fortalezas y áreas de riesgo en las estrategias, señalando acciones que favorecen la alineación con las 4Cs y aquellas que requieren ajustes para integrarse plenamente en los atributos esenciales de la AP.

Contribución de la autoría (CRedit)

Alberto López García: Conceptualización, metodología, análisis, validación, visualización, redacción y gestión de datos.

Patricia Barber Pérez: Supervisión, validación, revisión crítica, orientación metodológica y conceptual, aprobación de la versión final.

Consideraciones éticas

Este estudio se basa exclusivamente en el análisis de documentos públicos y no involucra datos personales ni investigación con seres humanos. No fue necesaria aprobación por comité de ética.

Consentimiento informado

No aplica, no se recopilaron datos personales ni se involucró a participantes humanos.

Uso de Inteligencia Artificial generativa en la redacción

El autor Alberto López García declara haber utilizado herramientas de inteligencia artificial generativa exclusivamente en la mejora de la redacción. La coautora, Patricia Barber Pérez, no empleó IA en ninguna fase del manuscrito. Revisó y aprobó el contenido final. Ambos autores verificaron de forma completa el contenido intelectual, y asumen la responsabilidad total del mismo.

Financiación

Este estudio no ha recibido financiación específica de agencias públicas, comerciales o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Disponibilidad de datos

Los datos derivados de este estudio (tablas de correspondencia, matrices READ, codificaciones y figura conceptual) están disponibles en el repositorio ZENODO (DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.18475342>), bajo licencia CC BY 4.0, cumpliendo los principios FAIR.

Aprobación final del manuscrito

Todos los autores han leído y aprobado la versión final del manuscrito y son responsables de su contenido.

Bibliografía

- World Health Organization, editor. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. [Internet]. Geneva: WHO; 1978 [consultado 14 Ene 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf>
- World Health Organization, United Nations Children's Fund. Declaration of Astana. Astana, Kazakhstan: Global Conference on Primary Health Care [Internet]; 2018 [consultado 14 Ene 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf?ua=1>
- De Foo C, Logan K, Eu E, Erlangga D, Rivillas JC, Kosyrcarz E, et al. Starfield's 4Cs of NCD management in primary healthcare: a conceptual framework development from a case study of 19 countries. *BMJ Glob Health*. 2025;10:e17578, <http://dx.doi.org/10.1136/BMJGH-2024-017578>.
- Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *J Fam Pract* [Internet]. 2001;50 [consultado 20 Jul 2025]. Disponible en: <https://publichealth.jhu.edu/sites/default/files/2023-04/shi-2001.pdf>
- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Q*. 2005;83:457-502, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>.
- Jimenez G, Matchar D, Koh GCH, Car J. Multicomponent interventions for enhancing primary care: A systematic review. *Br J Gen Pract*. 2021;71:E10-21, <http://dx.doi.org/10.3399/BJGP20X714199>.
- Shi L, Eriksson K, Giardino AP, Mastrangelo G, Schluter PJ. The Impact of Primary Care: A Focused Review. *Scientifica* (Cairo). 2012;2012:432892, <http://dx.doi.org/10.6064/2012/432892>.
- Añel-Rodríguez R, Astier-Peña P. Longitudinalidad en Atención Primaria. *Rev Clin Med Fam*. 2022;15:75-6, <http://dx.doi.org/10.55783/rcmf.150202>.
- Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, Cartier T, Dedeu T, Hasvold T, et al. The strength of primary care in Europe: An international comparative study. *Br J Gen Pract*. 2013;63:e742-750, <http://dx.doi.org/10.3399/bjgp13X674422>.
- De Foo C, Surendran S, Jimenez G, Ansah JP, Matchar DB, Koh GCH. Primary Care Networks and Starfield's 4Cs: A Case for Enhanced Chronic Disease Management. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18:2926, <http://dx.doi.org/10.3390/IJERPH18062926>.
- Gonzalez-Bautista E, Morsch P, Álvarez D, Vega E. Aging in the Americas: Innovations to Bring Integrated and Person-Centered Care to Life. *Public Policy Aging Rep*. 2025;35:49-52, <http://dx.doi.org/10.1093/PPAR/PRAF005>.
- Gobierno de Canarias, Consejería de Sanidad, Servicio Canario de la Salud. Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias [Internet]. Madrid: Grupo Editorial Entheos SLU; 2015 [consultado 12 Ene 2026]. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/1e7740f8-d12e-11e4-b8de-159dab37263e/LibroCronicidadCompleto.pdf>
- Minué-Lorenzo S, Fernández-Aguilar C. Visión crítica y argumentación sobre los programas de atención de la cronicidad en Atención Primaria y Comunitaria. *Aten Primaria*. 2018;50:114-29, <http://dx.doi.org/10.1016/J.APRIM.2017.09.001>.
- Plan de acción para pacientes crónicos de alta complejidad en Canarias: Plan 5C [Internet]. Las Palmas de Gran Canaria: Servicio Canario de la Salud, Dirección General del Paciente y Cronicidad; 2024 [consultado 14 Ene 2026]. Disponible en: https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/c485fd6b-ab30-11ef-a65f-5530583bb5d9/plan_accion_5c_comp_letto.pdf
- Rocha KB, Rodríguez-Sanz M, Berra S, Borrell C, Pasarín MI. Modified version of the PCAT-A10 tool for the evaluation of primary care. *Aten Primaria*. 2021;53:3-11, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2019.10.004>.
- Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad; 2012 [consultado 22 Ene 2026]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/abordajeCronicidad/docs/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
- Indicadores y criterios para la evaluación de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social; 2018 [consultado 22 Ene 2026]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/abordajeCronicidad/docs/Indicadores_y_Criterios_Evaluacion_E.A.Cronicidad_en_el_SNS.pdf
- Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2025-2027 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024 [consultado 19 Jul 2025]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/docs/Plan_de_Accion_de_Atencion.Primaria_y_Comunitaria_2025-2027.pdf
- DalGLISH SL, Khalid H, McMahon SA. Document analysis in health policy research: the READ approach. *Health Policy Plann*. 2020;35:1424-31, <http://dx.doi.org/10.1093/HEAPOL/CZAA064>.
- Bazemore A, Petterson S, Peterson LE, Bruno R, Chung Y, Phillips RL. Higher primary care physician continuity is associated with lower costs and hospitalizations. *Ann Fam Med*. 2018;16:492-7, <http://dx.doi.org/10.1370/afm.2308>.
- Harzheim E, de Oliveira MMC, Rodrigues Agostinho M, Hauser L, Stein AT, Rodrigues Gonçalves MR, et al. Validation of the Primary Care Assessment Tool: PCATool-Brazil for adults. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8:274-84, [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(2\)9829](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(2)9829).
- Aoki T, Inoue M, Nakayama T. Development and validation of the Japanese version of Primary Care Assessment Tool. *Fam Pract*. 2016;33:112-7, <http://dx.doi.org/10.1093/fampra/cmz087>.
- Orozco-Beltrán D, Baturone MO. Conferencia nacional para la atención al paciente con enfermedades crónicas. *Aten Primaria*. 2011;43:165-6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2011.02.002>.
- Nolte E, Knai C, Saltam R. Assessing chronic disease management in European health systems: concepts and approaches. [Internet]. 2014 [consultado 12 Mar 2026]. Disponible en: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/assessing-chronic-disease-management-in-european-health-systems-concepts-and-approaches-study>
- Hochman M, Asch SM. Disruptive Models in Primary Care: Caring for High-Needs, High-Cost Populations. *J Gen Intern Med*. 2017;32:392-7, <http://dx.doi.org/10.1007/S11606-016-3945-2>.

26. Comunicado sobre el Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2025-2027 [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2024 [consultado 19 Ene 2026]. Disponible en: https://www.semfy.com/storage/notices/20241217-plan-ap-2025-2027_1.pdf
27. Bazemore A, Grunert T. Sailing the 7c's: Starfield revisited as a foundation of family medicine residency redesign. *Fam Med.* 2021;53:21–30, <http://dx.doi.org/10.22454/FamMed.2021.383659>.
28. Ferre Curtido P, Minué Lorenzo S. Evaluación de la accesibilidad y la longitudinalidad de la Atención Primaria de Granada mediante Primary Care Assessment Tools (PCAT). *J Healthc Qual Res.* 2018;33:121–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhqr.2018.02.001>.
29. Pasarín Rúa Ml. Evaluación de la Atención Primaria: Aproximación mediante el Primary Care Assessment Tools (PCAT). Barcelona: Universidad Pompeu Fabra; 2015.