

REVISION DE ALCANCE

Aplicación del Modelo de Atención de Enfermedades
Crónicas en adultos mayores: Revisión integradoraApplication of the chronic disease care model in older adults:
integrated review*Aplicação do modelo de cuidados para doenças crônicas em idosos: revisão integrada*Alexis Manuel Escobar-Chicaiza^IÁngela Cristina Yáñez-Corrales^{II}

RESUMEN

Introducción: El envejecimiento poblacional y el incremento de enfermedades crónicas no transmisibles exigen modelos de atención integrales. El Modelo de Atención de Enfermedades Crónicas (CCM) se posiciona como una estrategia fundamental. **Objetivo:** Evaluar la aplicación del CCM en adultos mayores en la literatura científica reciente. **Metodología:** El estudio corresponde a una revisión de alcance (scoping review) con enfoque descriptivo, guiada por la extensión PRISMA-ScR, con el objetivo de identificar y sintetizar la evidencia disponible sobre la aplicación del Modelo de Cuidados Crónicos en adultos mayores. **Resultados:** La implementación del modelo mejora indicadores como hemoglobina glicosilada y presión arterial, reduce la mortalidad y fortalece el bienestar psicosocial. **Discusión:** Los beneficios dependen del contexto, recursos y adaptación del modelo en los sistemas de salud. **Conclusión:** El modelo mejora la gestión clínica y la calidad de vida, aunque su efectividad varía según condiciones organizacionales.

Palabras clave: Adulto Mayor, Modelos de Atención Primaria, Enfermedades Crónicas, Manejo de la Enfermedad.

Para citar este documento



Escobar-Chicaiza AM, Yáñez-Corrales AC. Aplicación del Modelo de Atención de Enfermedades Crónicas en adultos mayores: Revisión integradora. *Rev. Unidad Sanit. XXI*. 2026; 6(20): 37-56 Disponible en: <https://ojs-revunidadesanitaria.com.ar/index.php/rus/>

Fecha de envío: 07/03/2026

Fecha de aceptación: 02/05/2026

Fecha de publicación: 30/06/2026

^I Pontificia Universidad Católica. Quito – Ecuador. Orcid: <https://orcid.org/0009-0003-3449-4977> Correo: amescobarc@puce.edu.ec

^{II} PhD. Pontificia Universidad Católica. Quito – Ecuador. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2609-1858> Correo: acyanez@puce.edu.ec



ABSTRACT

Introduction: Population aging and the increase in chronic non-communicable diseases demand comprehensive care models. The Chronic Disease Care Model is positioned as a fundamental strategy (CCM). **Objective:** Evaluate the application of CCM in older adults in recent scientific literature. **Methodology:** The study corresponds to a scoping review with a descriptive approach, guided by the PRISMA-ScR extension, with the objective of identifying and synthesizing the available evidence on the application of the Chronic Care Model in older adults. **Results:** Implementing the model improves indicators such as glycosylated hemoglobin and blood pressure, reduces mortality, and strengthens psychosocial well-being. **Discussion:** The benefits depend on the context, resources, and adaptation of the model in health systems. **Conclusion:** The model improves clinical management and quality of life, although its effectiveness varies according to organizational conditions.

Keywords: Aged, Healthcare Models, Chronic Disease, Disease Management.

RESUMO

Introdução: O envelhecimento populacional e o aumento das doenças crônicas não transmissíveis exigem modelos de atenção abrangentes. O Modelo de Atenção às Doenças Crônicas se posiciona como uma estratégia fundamental (CCM). **Objetivo:** Avaliar a aplicação do Modelo de Atenção às Doenças Crônicas em idosos na literatura científica recente. **Metodologia:** Este estudo é uma revisão de escopo descritiva, guiada pela extensão PRISMA-ScR, com o objetivo de identificar e sintetizar as evidências disponíveis sobre a aplicação do Modelo de Atenção às Doenças Crônicas em idosos. **Resultados:** A implementação do modelo melhora indicadores como hemoglobina glicada e pressão arterial, reduz a mortalidade e fortalece o bem-estar psicossocial. **Discussão:** Os benefícios dependem do contexto, dos recursos e da adaptação do modelo aos sistemas de saúde. **Conclusão:** O modelo melhora o manejo clínico e a qualidade de vida, embora sua eficácia varie de acordo com as condições organizacionais.

Palavras-chave: Idosos, Modelos de Atenção Primária, Doenças Crônicas, Manejo de Doenças



INTRODUCCIÓN

El crecimiento de la población mayor es un asunto que interesa a la salud y política pública, por la necesidad de garantizar que la vejez contará con el cuidado y asistencia adecuada (1,2). Para el año 2050 se estima que, en el mundo, el 22 por ciento de la población va a ser mayor de 60 años y que en países como el de México puede llegar a ser el 24 por ciento (3). Sin embargo, el crecimiento en la longevidad, la demanda de atención médica de mayor calidad y la adopción de hábitos poco saludables han provocado alteraciones en el patrón epidemiológico, resultando en un aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles ECNT(4).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) las ECNT son afecciones que pueden resultar en efectos duraderos sobre la salud y que requieren intervención temprana, así como supervisión y atención a largo plazo, con consecuencias que suelen ser fatales a futuro (5). Se señala que 41 millones de individuos fallecen anualmente a causa de estas, representando el 71% de todos los decesos a nivel global (6). En esta región, la cifra es de 5,5 millones (7). En Ecuador, durante el año 2022, se registraron 61.100 muertes, representando un 76% del total de decesos en la nación, de los cuales únicamente el 11% correspondieron a individuos jóvenes (8).

Conjuntamente, las ECNT tienen múltiples orígenes y pueden desarrollarse a lo largo de un período, ya sea prolongado o continuo (9). Estas causas pueden surgir de elementos personales o contextuales, donde las más relevantes incluyen las dolencias del corazón, los derrames cerebrales, las enfermedades pulmonares crónicas, la diabetes y los cánceres (10). Todas estas comparten riesgos que se pueden alterar, una dieta poco equilibrada, el abuso de alcohol y la falta de ejercicio físico (11).

Los estudios han demostrado que los adultos sometidos a tratamiento por enfermedades persistentes y degenerativas experimentan diversos cambios en su salud física y mental, desde un deterioro leve hasta uno significativo (12). Por lo tanto, es fundamental encontrar un método o estrategia que brinde apoyo confiable a quienes padecen estas enfermedades para que puedan adaptarse a los rápidos cambios en su estado de salud.



Por lo tanto, se asume a nivel mundial un marco de atención médica híbrido para limitar la capacitación continua como guía para la excelencia en la atención a los ancianos, haciendo hincapié en la discusión coordinada y los enfoques de gestión para lograr los objetivos del paciente y ayudarlos (13).

Uno de los modelos más relevantes desarrollados para mejorar la atención médica de un paciente mediante la reestructuración de un sistema de salud de forma multidimensional es el Modelo de la Atención de Enfermedades Crónicas (CCM) (14). Este modelo explica cómo los grupos de salud y el apoyo digital pueden proporcionar cuidado útil y respuestas adecuadas para aquellos que lidian con problemas de salud en el día a día (15). Se propone que la cronicidad se reafirma a partir de la interacción que hay entre comunidad, sistema de salud y práctica clínica (16). Su foco es la relación de un paciente activo e informado con un equipo de salud proactivo, capacitado e implicado, para conseguir una atención de alta calidad, alta satisfacción y mejores desenlaces (17). Wagner, the creator, emphasizes the need to strengthen skills and self-confidence if the individual wishes to manage their health problems (18).

Además, cada vez hay más evidencia que sugiere que los modelos combinados (por ejemplo, los modelos de manejo de enfermedades crónicas, CCM) son el enfoque más eficaz para abordar las necesidades integrales de los pacientes mayores con enfermedades crónicas prevenibles (19). Sin embargo, existen limitaciones para la implementación de modelos grupales como los modelos de manejo de enfermedades crónicas (CCM), debido a la necesidad de reestructurar todo el sistema de atención médica y la promoción a largo plazo dirigida a grupos de edad específicos, lo que dificulta la implementación del programa (20).

En este contexto, realizar una revisión integradora ayudará a reunir el conocimiento disponible de diversas fuentes y métodos, para lograr una visión completa sobre la aplicación de los modelos de atención de enfermedades crónicas en adultos mayores durante el periodo señalado.

Por lo tanto, el objetivo de esta revisión es examinar las manifestaciones disponibles de la atención de enfermedades crónicas (AEC) en adultos a través de una revisión exhaustiva de términos científicos desde 2015 - 2024, proporcionando así modelos para

la aplicación clínica y promoviendo el desarrollo de un seguro de salud global más eficaz para esta población.

MÉTODOS

Se realizó una revisión integradora de la literatura con el objetivo de mapear y analizar la evidencia científica disponible sobre la aplicación del Modelo de Atención de Enfermedades Crónicas (Chronic Care Model) en adultos mayores. La calidad metodológica y el riesgo de sesgo de los estudios incluidos fueron evaluados mediante lectura crítica considerando claridad metodológica, consistencia de resultados, tipo de diseño y posibles sesgos de selección, información y publicación.

La búsqueda de los artículos científicos se realizó en las bases de datos PubMed, ScienceDirect y SciELO, entre junio y diciembre de 2025. Se utilizaron descriptores MeSH y DeCS en inglés y español, combinados mediante operadores booleanos. Un ejemplo de estrategia de búsqueda utilizada en PubMed fue la siguiente: ("Chronic Care Model" OR "CCM" OR "chronic disease management" OR "chronic illness care") AND ("older adults" OR "elderly") AND ("implementation" OR "intervention"). Se incorporaron ensayos clínicos, estudios observacionales y cualitativos publicados entre 2020 y 2025, en inglés, español y portugués, que abordaran la aplicación del modelo en adultos mayores con enfermedades crónicas. Se excluyeron estudios en población no adulta mayor, adultos mayores sanos, artículos de revisión y aquellos sin acceso a texto completo.

La selección de los resultados de aprendizaje se realizó en dos fases: primero, se revisaron las afirmaciones y los resúmenes; posteriormente, se leyeron los textos completos. Este trabajo fue realizado por dos redactores independientes, resolviendo los desacuerdos mediante consenso o la intervención de un tercer evaluador, y siguiendo los criterios finales de identificación, selección, elegibilidad e inclusión. Los datos se introdujeron en una matriz de extracción en Microsoft Excel, que incluía autor, año, país, tipo de aprendizaje, objetivo, método y resultados principales.

El análisis de la información se realizó mediante un enfoque cualitativo utilizando el método CAST (Clasificación, Análisis, Síntesis y Triangulación). Los hallazgos se agruparon en categorías temáticas relacionadas con efectos en la gestión, control y



evolución de las enfermedades crónicas, y componentes del modelo, como el diseño del sistema de atención, apoyo a la toma de decisiones clínicas y sistemas de información.

Dado el carácter de revisión integradora, este estudio no pretende comparar cuantitativamente diferentes intervenciones, sino identificar, describir y sintetizar la evidencia disponible, así como revelar tendencias, lagunas cognitivas y características de la implementación del modelo humano. Al tratarse de una revisión bibliográfica, no implica tratamiento humano ni la recopilación de datos personales, por lo que no conlleva riesgos éticos. Este estudio se adhiere a los principios éticos externos de la Declaración de Helsinki y las Directrices de Citación de Vancouver, lo que garantiza la integridad y la confiabilidad de los datos.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial

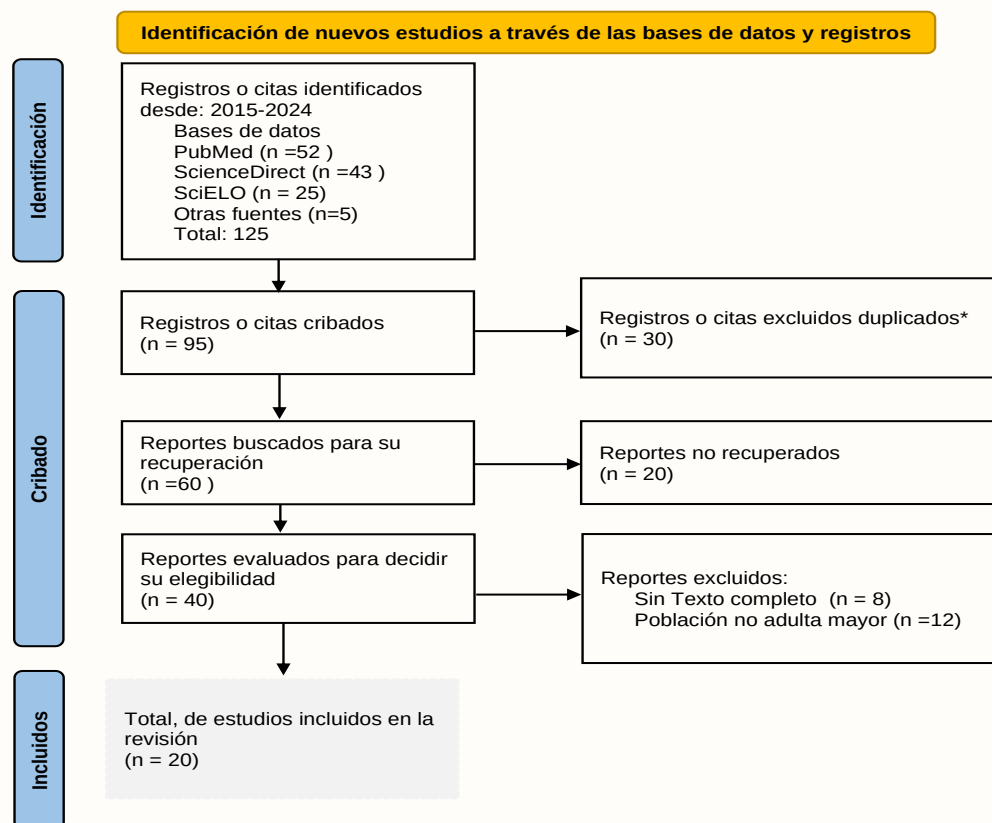
Para la elaboración de este manuscrito, los autores utilizaron herramientas de inteligencia artificial generativa (ChatGPT y Claude) como apoyo en la redacción del borrador inicial y en la traducción de secciones clave del texto. Asimismo, se recurrió a ChatGPT Advanced Data Analysis y Copilot para asistir en el procesamiento de datos y en la generación del código empleado en el análisis estadístico. Todo el contenido generado o sugerido por estas herramientas fue revisado, verificado y editado por los autores, quienes asumen la responsabilidad plena sobre la exactitud, originalidad e integridad del manuscrito. En ningún momento la inteligencia artificial intervino en el diseño del estudio, la interpretación de los resultados o la formulación de las conclusiones, procesos que fueron realizados enteramente por los autores.

RESULTADOS

Los estudios analizados presentaron diversidad en cuanto a diseño metodológico, incluyendo estudios observacionales, ensayos clínicos y estudios cualitativos, desarrollados en diferentes contextos geográficos. (Figura 1)

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA del proceso de selección de estudios (2015–2024).





Los resultados se organizaron en categorías temáticas según los artículos incluidos en la revisión. (Tabla 1). Las categorías corresponden a Efectos del Modelo de Atención de Enfermedades Crónicas en la gestión, control y evolución clínica y Estrategias implementadas: Diseño del sistema, apoyo a decisiones y sistemas de información.

Tabla 1. Resultados de Intervenciones con el Modelo de Atención de Enfermedades Crónicas según artículos revisados.

Autor	Año	País	Diseño del estudio	Población	Intervención (CCM)	Resultados principales
Aekplakorn et al.	2021	Tailandia	Observacional	Pacientes crónicos	Políticas CCM	Mejora percepción
Ansari et al.	2021	Australia	Cualitativo	Diabetes tipo 2	Automanejo	Mejora autocuidado
Bustamante et al.	2018	EE. UU.	Observacional	Adultos mayores	Apoyo social	Mejora calidad de vida
Francesconi et al.	2019	Italia	Observacional	Insuficiencia cardíaca	CCM	Reducción mortalidad
Goh et al.	2022	Singapur	Revisión sistemática	Adultos con diabetes	CCM	Mejor control glucémico
Hale et al.	2018	EE. UU.	Ensayo clínico	Enfermedad cardiovascular	Interdisciplinario	Mejora calidad de vida
Hayashino et al.	2015	Japón	Ensayo clínico	Pacientes con diabetes	Intervención multifacética	Mejora calidad técnica
Heselmans et al.	2020	Bélgica	Ensayo clínico	Diabetes	CDSS	Resultados mixtos



Jamshed et al.	2023	EE. UU.	Estudio piloto	Adultos mayores	CCM no presencial	Mejora seguimiento
Kadree et al.	2025	EE. UU.	Evaluación	Adultos mayores	Implementación CCM	Mejora eficiencia
Kong et al.	2019	China	Experimental	Pacientes con diabetes	CCM comunitario	Reducción HbA1c
Martins et al.	2023	Brasil	Observacional	Atención ambulatoria	CCM	Mejora organizacional
McDermott et al.	2015	Australia	Ensayo clínico	Comunidades indígenas	Trabajadores comunitarios	Mejora control diabetes
Metzner et al.	2023	Alemania	Ensayo clínico	Adultos mayores	Atención personalizada	Mejora calidad atención
Petrelli et al.	2021	Italia	Revisión	Enfermedades crónicas	CCM	Mejora resultados clínicos
Ramli et al.	2016	Malasia	Ensayo clínico	Adultos mayores con diabetes	CCM multidisciplinario	Reducción HbA1c
Spoorenberg et al.	2015	Países Bajos	Cualitativo	Adultos mayores	Atención integrada	Mejora bienestar
Talavera et al.	2021	EE. UU.	Ensayo clínico	Latinos con diabetes	Atención integrada	Mejora adherencia
Wynia et al.	2018	Países Bajos	Longitudinal	Adultos mayores	Modelo Embrace	Estabilidad en salud
Zhu	2025	China	Observacional	Adultos mayores	Modelo integrado	Mejora psicosocial

Elaborado por: Autores

Fuente: Matriz de selección de datos

Efectos del Modelo de Atención de Enfermedades Crónicas en la gestión, control y evolución clínica

Diversos estudios han demostrado que la adopción de un modelo de manejo de enfermedades crónicas permite gestionar, controlar y mejorar eficazmente las enfermedades crónicas en pacientes adultos, así como aumentar la adherencia al tratamiento, el control de la enfermedad y la calidad de vida. Además, este modelo se integra con otros componentes del sistema de salud, como la innovación en sistemas de ahorro de servicios, mecanismos de apoyo a los resultados clínicos y la aplicación de sistemas de información clínica para la gestión de pacientes. Cabe destacar que algunos estudios indican que la implementación de este modelo puede verse influenciada por circunstancias específicas, como los recursos disponibles, la capacitación del personal y la continuidad de la atención.

Los resultados del análisis demuestran que la implementación del marco de Preocupación Continua por las Enfermedades (CCM, por sus siglas en inglés) en adultos mayores puede mejorar significativamente diversos atributos de salud, lo que pone de manifiesto un progreso real en los indicadores biomédicos de enfermedades de alta incidencia. En el



ámbito de las enfermedades metabólicas y cardiovasculares, estudios como los de Kadree et al. (21), Goh et al. (21) y Ramli et al. (26) confirmaron la eficacia del modelo para reducir la hemoglobina glicosilada (HbA1c) y la presión arterial. Específicamente, se observó que la intervención multidisciplinaria no solo logró metas clínicas, como la reducción de la presión sistólica en hasta 17 puntos en algunos grupos de intervención, sino que también demostró ser viable en entornos con recursos limitados o poblaciones vulnerables, tal como lo evidenciaron McDermott et al. (24) en comunidades indígenas y Talavera et al. (25) en poblaciones latinas de bajos ingresos, donde la adecuación cultural del modelo fue determinante para el éxito clínico.

En cuanto a la evolución a largo plazo y la sostenibilidad de los resultados, la evidencia sugiere que el CCM actúa como un factor protector frente al deterioro inherente a la vejez. Wynia et al. (26) a través de un estudio longitudinal de 36 meses, determinaron que la gestión de salud poblacional permitió mantener estables la salud general y los costos, frenando el declive natural que se esperaría en este grupo etario. De manera paralela, Francesconi et al. (27) aportaron un hallazgo crucial sobre la supervivencia: aunque el modelo de atención proactiva puede incrementar las tasas de hospitalización debido a una detección más temprana de descompensaciones, se asocia con una reducción significativa del 18% en el riesgo de mortalidad en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica. No obstante, es importante señalar que los resultados no son uniformes; investigaciones como la de Metzner et al. (28) indicaron que, en ciertos contextos, el deterioro funcional y el aumento de síntomas depresivos pueden persistir a pesar de la intervención, lo que sugiere que la complejidad biológica del envejecimiento puede superar en ocasiones los beneficios del modelo si no se ajusta continuamente.

Desde una perspectiva psicosocial y de autopercepción, la aplicación del CCM ha transformado la experiencia del paciente frente a su enfermedad. Spoorenberg et al. (29) y Zhu, (30) documentaron que los modelos de atención integrada ayudan a los adultos mayores a afrontar el miedo a la dependencia y la pérdida de control, disminuyendo significativamente los síntomas de salud mental y promoviendo un afrontamiento positivo. Asimismo, Hayashino et al. (31) encontraron una correlación directa entre la calidad técnica del cuidado recibido y la satisfacción con la vida, validando que la percepción de estar bien cuidado influye directamente en el bienestar subjetivo del anciano. Por su parte, Bustamante et al (32) identificaron que el CCM funciona como un



predictor robusto para el automanejo, aumentando entre un 37% y un 51% la probabilidad de que el paciente gestione adecuadamente condiciones como la diabetes.

Por otro lado, el impacto en la calidad de vida y el bienestar psicosocial se ve reforzado por la colaboración interprofesional. Hale et al. (33) reportaron que una intervención interdisciplinaria mejoró significativamente la calidad de vida de los participantes. Este hallazgo se suma a lo observado por Spoorenberg et al. (29) y Zhu, (30), confirmando que el soporte integral ayuda a los adultos mayores a enfrentar el deterioro y mejora su percepción de bienestar.

Estrategias implementadas: Diseño del sistema, apoyo a decisiones y sistemas de información

En respuesta a la necesidad de identificar cómo se operativiza el modelo, existe una amplia gama de configuraciones en el diseño del sistema de prestación de servicios, las cuales se adaptan a la complejidad del paciente y al entorno sanitario. La reestructuración de los equipos de salud es una constante; autores como Kadree et al. (21) y Goh et al. (22). describen la conformación de equipos ampliados que incluyen médicos, enfermeras, farmacéuticos y trabajadores sociales, rompiendo con el enfoque biomédico tradicional centrado únicamente en el médico. Hale et al. (33) introdujeron un enfoque innovador centrado en el trauma y culturalmente apropiado para poblaciones vulnerables (refugiados), integrando apoyo lingüístico y navegación del sistema de salud; esto subraya la importancia de adaptar el diseño del servicio a las barreras sociales específicas de cada grupo.

En modelos de atención escalonada y personalizada, como los expuestos por Metzner et al. (28) y Wynia et al. (26), la figura del "gestor de casos" emerge como un elemento central para coordinar servicios integrados que evalúan no solo la salud física, sino también el entorno social del paciente. Además, en zonas rurales o con escasez de médicos, Ansari et al. (34) destacan la eficacia de delegar tareas a enfermeras y la participación activa de la familia para asegurar la continuidad del cuidado. Simultáneamente, la modalidad de la atención se ha diversificado. Jamshed et al. (35) implementaron servicios de gestión de cuidados crónicos (CCM) no presenciales, utilizando códigos de facturación específicos y planes de atención integral centrados en el paciente. Esta estrategia permite mantener

un monitoreo continuo sin saturar las visitas presenciales, ideal para pacientes con movilidad reducida.

Respecto a los mecanismos de apoyo para la toma de decisiones clínicas y el empoderamiento del paciente, las estrategias se han diversificado para incluir tanto la estandarización técnica como la educación personalizada. Ramli et al. (23) y Francesconi et al. (27) enfatizan el uso riguroso de Guías de Práctica Clínica y auditorías para respaldar las decisiones médicas, asegurando que el tratamiento se base en la mejor evidencia disponible. Simultáneamente, el apoyo al automanejo se ha consolidado mediante intervenciones educativas intensivas; Kong et al. (36) y Aekplakorn et al. (37) reportan el uso de planes de acción personalizados (como el modelo 5A: Evaluar, Aconsejar, Acordar, Ayudar, Organizar) y la educación sobre el uso de medicamentos, lo cual resulta fundamental para pacientes con patologías como la EPOC o la diabetes. Estas estrategias buscan transformar al paciente de un receptor pasivo a un actor informado y capaz de tomar decisiones sobre su salud.

Conjuntamente, en relación con los mecanismos de apoyo para la toma de decisiones y el uso de sistemas de información, Hayashino et al. (31) implementaron un sistema robusto de retroalimentación mensual para los médicos, combinado con recordatorios de visitas y consejos de estilo de vida para los pacientes. Esta estrategia de "feedback" continuo actúa como un mecanismo de control de calidad que refuerza la adherencia a los protocolos.

Finalmente, el componente de los sistemas de información clínica presenta una variabilidad notable que refleja la brecha digital existente entre diferentes sistemas de salud. En entornos tecnológicamente avanzados, Heselmans et al. (38) y Talavera et al. (25) describen la integración completa de sistemas de soporte a la decisión dentro de los Registros Electrónicos de Salud (EHR), permitiendo recordatorios automáticos, sugerencias terapéuticas y la identificación proactiva de pacientes de alto riesgo. Sin embargo, la realidad descrita por Martins et al. (39) y Ansari et al. (34) muestra que, en muchos contextos de atención ambulatoria especializada o rural, aún se depende de métodos manuales, hojas de cálculo o notas físicas para organizar el flujo de pacientes. Esta disparidad tecnológica subraya que, aunque la teoría del CCM exige sistemas de información robustos, en la práctica, la implementación a menudo debe adaptarse a



infraestructuras precarias sin perder el enfoque en el seguimiento longitudinal del paciente.

En cuanto a las limitaciones del estudio actual, se puede señalar que la implementación del CCM se encuentra con obstáculos importantes vinculados con la diversidad de los estudios y la fidelidad del modelo. Asimismo, la pandemia de la COVID-19 fue un impedimento significativo, ya que obligó a cambiar los métodos de recolección de datos y restringió la continuidad de los servicios presenciales. Esto afectó el funcionamiento de las intervenciones e impulsó una transición hacia la telemedicina que no siempre se llevó a cabo conforme a las pautas originales del modelo. (40)

DISCUSIÓN

La presente revisión de evidencia confirma que la implementación del Modelo de Atención de Enfermedades Crónicas (CCM) en la población adulta mayor trasciende la gestión clínica convencional, configurándose como un sistema robusto que mejora la calidad de vida y los indicadores biomédicos. Los hallazgos demuestran una mejora sustancial en el control de patologías de alta prevalencia, como la diabetes y la hipertensión, lo cual se alinea con los resultados de Kadree et al. (21) y Goh et al. (22), quienes reportaron reducciones significativas en la hemoglobina glicosilada y la presión arterial. Estos resultados sugieren que el CCM es particularmente efectivo cuando se aplica de manera multidisciplinaria, permitiendo alcanzar metas clínicas incluso en entornos de recursos limitados, como se observó en las intervenciones con comunidades vulnerables de McDermott et al. (24) y Talavera et al. (25).

Un aspecto crítico identificado es la capacidad del modelo para actuar como factor protector ante el deterioro funcional propio del envejecimiento. La estabilidad en la salud general y la contención de costos reportada por Wynia et al. (26) tras 36 meses de seguimiento, refuerza la tesis de que el CCM permite un envejecimiento más saludable. No obstante, es imperativo contrastar estos beneficios con los hallazgos de Francesconi et al. (27); aunque el modelo reduce la mortalidad en un 18% en pacientes con insuficiencia cardíaca, la detección temprana proactiva puede incrementar las hospitalizaciones iniciales. Esta dicotomía plantea que el éxito del modelo no debe medirse solo por la reducción de ingresos, sino por la supervivencia y la estabilidad clínica a largo plazo. Por el contrario, la persistencia de síntomas depresivos señalada por



Metzner et al. (28) advierte que la complejidad biológica del anciano requiere ajustes constantes, sugiriendo que el CCM no es una fórmula estática, sino un proceso dinámico.

Desde la dimensión psicosocial, la evidencia es contundente al señalar que el CCM transforma el rol del paciente. La reducción del miedo a la dependencia y el fomento de un afrontamiento positivo descritos por Spoorenberg et al. (29) y Zhu (30) coinciden con el aumento en la probabilidad de automanejo (hasta un 51%) identificado por Bustamante et al. (32). Esta transición del paciente como receptor pasivo a un actor informado es fundamental para la sostenibilidad del cuidado. Además, la correlación entre la calidad técnica del cuidado y la satisfacción con la vida señalada por Hayashino et al. (31), junto con el soporte interprofesional descrito por Hale et al. (33), valida que el bienestar subjetivo del anciano está intrínsecamente ligado a la estructura del sistema de salud que lo atiende.

En cuanto a la operativización, la reestructuración de los equipos de salud y la aparición del "gestor de casos" se consolidan como pilares estratégicos. La delegación de tareas a enfermería y la inclusión de la familia en zonas rurales (Ansari et al., 34), así como la implementación de servicios no presenciales (Jamshed et al., 35), demuestran la flexibilidad del diseño del sistema de prestación. Esta adaptabilidad es crucial frente a las brechas tecnológicas evidenciadas: mientras que contextos avanzados integran soportes de decisión en registros electrónicos (Heselmans et al., 38), otros aún dependen de métodos manuales (Martins et al., 39). Esta disparidad sugiere que, si bien el componente de "Sistemas de Información Clínica" es idealmente digital, la esencia del seguimiento longitudinal puede sostenerse incluso en infraestructuras precarias si existe una gestión organizada.

Otros estudios refuerzan estos hallazgos al evidenciar factores asociados a su efectividad. Cajamarca et al. (41) y Brettel et al. (42) destacan el papel de las intervenciones estructuradas y tecnológicas en la adherencia terapéutica, mientras que Danhieux et al. (43) señalan barreras relacionadas con el financiamiento del sistema de salud. Apuzzo et al. (44) y Saude et al. (45) resaltan la importancia del trabajo multidisciplinario y la activación del paciente. Finalmente, Lawless et al. (46) enfatizan la necesidad de instrumentos válidos para evaluar el automanejo.



En general, el Modelo de Atención de Enfermedades Crónicas se consolida como una estrategia eficaz para la atención del adulto mayor con enfermedades crónicas, aunque su efectividad depende de la adecuada integración de componentes clínicos, organizacionales y tecnológicos. Evidencia reciente respalda estos hallazgos. Smith et al. (47) evidencian mejoras en la coordinación del cuidado y reducción de hospitalizaciones evitables, mientras que Nguyen et al. (48) destacan el impacto positivo de las herramientas digitales en la adherencia terapéutica. López et al. (49) señalan un incremento en la participación del paciente en su autocuidado, y García et al. (50) concluyen que la adaptación del modelo al contexto local es determinante para su efectividad.

Finalmente, es necesario reconocer las limitaciones del estudio. La heterogeneidad en la fidelidad de la aplicación del modelo y las disrupciones causadas por la pandemia de COVID-19 representan sesgos importantes. La transición forzada hacia la telemedicina en contextos no preparados pudo haber alterado los resultados de intervenciones diseñadas para la presencialidad. Futuras investigaciones deberían profundizar en cómo la digitalización del CCM puede mantener la calidez y efectividad del cuidado en el adulto mayor postpandemia.

CONCLUSIÓN

La evidencia científica revisada sugiere que la aplicación del modelo de atención de enfermedades crónicas en personas mayores se asocia con mejoras en diversos ámbitos de la salud. En particular, los estudios reportan avances en indicadores biomédicos como la presión arterial y la hemoglobina glicosilada, así como una posible reducción del riesgo de mortalidad. Asimismo, estos beneficios se acompañan de mejoras en la calidad de vida y en el bienestar psicosocial, lo que podría estar relacionado con el enfoque integral del modelo, que favorece la continuidad del cuidado y el apoyo al paciente. No obstante, la efectividad del modelo no es homogénea, ya que factores como el deterioro funcional asociado al envejecimiento y las barreras organizacionales pueden limitar su alcance si no se adapta adecuadamente al contexto.

Asimismo, se identifican estrategias de implementación diversas que transforman los sistemas sanitarios a través de la creación de servicios fundamentados en equipos multidisciplinarios, el manejo de casos y la asignación de responsabilidades al personal



enfermero y comunitario, lo cual es esencial para asegurar el acceso en contextos con recursos escasos. La implementación de estas tácticas junto a dispositivos que apoyan la decisión clínica, como guías normalizadas y educación para el automanejo, mejora el empoderamiento del paciente; no obstante, la utilización de sistemas de información clínica muestra una significativa brecha tecnológica, que oscila entre la integración avanzada con alertas automatizadas en historias clínicas electrónicas hasta el empleo de registros manuales. Esto afecta la continuidad y eficacia del seguimiento longitudinal.

Además, la evidencia acerca de los retos y la versatilidad del CCM de este artículo aporta al campo del conocimiento, ya que destaca la importancia de fomentar intervenciones que sean culturalmente adaptadas, tecnológicamente integradas y flexibles, las cuales vayan más allá de la perspectiva biomédica convencional. Se enfatiza que, para guiar las políticas de salud pública, no solo es necesario controlar la enfermedad, sino también garantizar la sostenibilidad del cuidado y la satisfacción del paciente ante la creciente prevalencia de enfermedades crónicas; por ello es importante alinear el manejo clínico con las necesidades complejas de los adultos mayores.

REFERENCIAS

1. Aguiar R, da Silva H. Quality of health care for the elderly in primary care: an integrative review. *Enfermeria Global*. 2022; 21(1):545–60. doi:10.6018/EGLOBAL.444591
2. Khan H, Addo K, Findlay H. Public Health Challenges and Responses to the Growing Ageing Populations. *Public Health Challenges*. 2024;3(213):1–9. doi:10.1002/puh2.213
3. Santoyo G, Reyes H. Necesidades de salud de personas mayores : un reto para la atención primaria de salud. *GACETA MÉDICA DE MÉXICO*. 2024;160(3):249–56. doi:10.24875/GMM.24000070
4. Alvarado A, Venegas B, Salazar Á. Aplicación del Modelo de Adaptación de Roy en el contexto comunitario. *Revista Cuidarte*. 2023;14(3):1–14.
5. Yan Y, Mi J. Noncommunicable chronic disease prevention should start from childhood. *Pediatric Investigation*. 2021;5(1):3–5. doi:https://doi.org/10.1002/ped4.12254



6. Belayneh A, Chelkeba L, Amare F, Fisseha H, Abdissa SG. Investigation of non-communicable diseases prevalence , patterns , and patient outcomes in hospitalized populations : a prospective observational study in three tertiary hospitals. *Journal of Health, Population and Nutrition*. 2024;43(128):1–11.
7. OMS. Enfermedades no transmisibles. Organizacion Mundial de la Salud; 2025.
8. Guerrero P, Solórzano A, Escariz L. Artículo de investigación Enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores durante pandemia : Retos , estrategias y oportunidades. *Revista Social Fronteriza*. 2024;4(4):1–28. doi:10.59814/resofro.2024.4(4)e387
9. Vijayasingham L, Zmeter C, Abou L, Schmid B, Sanga L, Bruun L, et al. Implementing and evaluating integrated care models for non-communicable diseases in fragile and humanitarian settings. *J Migr Salud*. 2024;9(11):1–8. doi:10.1016/j.jmh.2024.100228
10. Duda M, Kurpas D. Barriers and Facilitators in the Implementation of Prevention Strategies for Chronic Disease Patients — Best Practice GuideLines and Policies ’ Systematic Review. *JPers Med*. 2023;13(288):1–15.
11. Carvalho E, Neves T, Alves I, Assis C, Rêgo A, Menezes R. Autocuidado de usuarios con enfermedades crónicas en la atención primaria a la luz de la teoría de Orem. *Enfermería Global*. 2022;21(68):172–86.
12. Nazate Z, Pozo C, Ortiz M. Cuidados de enfermería a domicilio en adultos mayores con enfermedades crónicas degenerativas afiliados al seguro social campesino de los dispensarios del cantón Esmeraldas. *Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*. 2021;8(57):1–18.
13. Mero M, Salome M, Rodríguez L, Gabriela M, Andrade V, Magdeley D, et al. Enfermedades crónicas no transmisibles en la persona mayor. Reflexiones de sus abordajes desde la atención primaria de salud. 2001. Report.
14. Institute for Health Metrics and Evaluation. Noncommunicable diseases [Internet]. 2025. Report. Available from: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
15. Razo C, Lozano R, Gutiérrez-Robledo LM. Burden of disease in older adults in Mexico, 1990-2022: time trends and challenges for the health system. *Gac Med Mex*.



- 2024 May 1;160(3):345–56. doi:10.24875/GMM.24000209 PubMed PMID: 39602608.
16. NCDs at a Glance 2025 NCDs surveillance and monitoring: Noncommunicable disease mortality and risk factor prevalence in the Americas. Report.
 17. Lugmaña G, Carrera S, Fernández AA, Andrade D. Registro Estadístico de Defunciones Generales. Elaborado por: Revisado por [Internet]. Report. Available from: www.ecuadorencifras.gob.ec
 18. The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases [Internet]. 2011. Report. Available from: www.weforum.org/EconomicsOfNCD
 19. Grudniewicz A, Gray CS, Boeckxstaens P, De Maeseneer J, Mold J. Operationalizing the Chronic Care Model with Goal-Oriented Care. Patient. 2023 Nov 1;16(6):569–78. doi:10.1007/s40271-023-00645-8 PubMed PMID: 37642918.
 20. Health Affairs. Search Journal List | User Guide. doi:10.1377/hltha.28.1.75
 21. 28. Kadree M, White M, Wiggins P, Thompson L, Warriner C. Evaluation of a Chronic Care Management Model for Improving Efficiency and Fiscal Sustainability. OPINIONS, IDEAS, & PRACTICE. 2025;115(2):133–7.
 22. Goh L, Jiat C, Siah R, Wai W, Tam S, Tai ES, et al. Effectiveness of the chronic care model for adults with type 2 diabetes in primary care : a systematic review and meta - analysis. Systematic Reviews. 2022;17(173):1–23. doi:10.1186/s13643-022-02117-w
 23. Ramli A, Selvarajah S, Daud MH, Haniff J, Abdul-razak S, Tg-abu-bakar-sidik TMI, et al. Effectiveness of the EMPOWER-PAR Intervention in Improving Clinical Outcomes of Type 2 Diabetes Mellitus in Primary Care : A Pragmatic Cluster Randomised Controlled Trial. BMC Family Practice. 2016;17(157):1–18. doi:10.1186/s12875-016-0557-1
 24. Mcdermott R, Schmidt B, Preece C, Owens V, Taylor S, Li M, et al. Community health workers improve diabetes care in remote Australian Indigenous communities : results of a pragmatic cluster randomized controlled trial. Health Services Research. 2015;15(68):1–8. doi: 10.1186/s12913-015-0695-5



25. Talavera G, Castañeda S, Mendoza P, Lopez M, Roesch S, Pichardo M, et al. Latinos understanding the need for adherence in diabetes (LUNA-D): a randomized controlled trial of an integrated team-based care intervention among Latinos with diabetes. *TBM*. 2021;11(9):1665–75. doi:10.1093/tbm/ibab052
26. Wynia K, Spoorenberg S, Uittenbroek R, Jager M, Kremer H, Reijneveld S. Long-term advantages of person-centred and integrated care : results of a longitudinal study on Embrace. *International Journal of Integrated Care*. 2018;18(52):1–8.
27. Francesconi P, Ballo P, Profili F, Policardo L, Roti L, Zuppiroli A. Chronic Care Model for the Management of Patients with Heart Failure in Primary Care. *Health Services Insights*. 2019;12(1):1–2. doi:10.1177/1178632919866200
28. Metzner G, Horstmeier L, Bengel J, Bitzer EM, Dreher E, Frank F, et al. Local, collaborative, stepped, and personalized care management for older people with chronic diseases – results from the randomized controlled LoChro - trial. *BMC Geriatrics*. 2023;23(92):1–13. doi:10.1186/s12877-023-03797-2
29. Spoorenberg S, Wynia K, Fokkens A, Slotman K, Kremer H, Reijneveld S. Experiences of Community-Living Older Adults Receiving Integrated Care Based on the Chronic Care Model : A Qualitative Study. *PLoS ONE*. 2015;10(10):1–22. doi:10.1371/journal.pone.0137803
30. Zhu H. Application of the Integrated Medical-Care- Rehabilitation Nursing Model in Elderly Patients with Chronic Diseases. *Journal of Clinical and Nursing Research*. 2025;9(7):303–9.
31. Hayashino Y, Suzuki H, Yamazaki K, Goto A, Izumi K, Noda M. Research : Care Delivery A clúster randomized trial on the effect of a multifaceted intervention improved the technical quality of diabetes care by primary care physicians : The Japan Diabetes Outcome Intervention Trial-2 (J-DOIT2). *DIABETICMedicine*. 2015;1(1):599–608. doi:10.1111/dme.12949
32. Bustamante A, Vilar M, Lagunas A. Social support and chronic disease management among older adults of Mexican heritage: A U.S.-Mexico perspective. *Social Science & Medicine*. 2018;1(1):1–31. doi:10.1016/j.socscimed.2018.09.025
33. Hale G, Joseph T, Maravent S, Stern D, Alameddine S, Stultz K, et al. *Journal of Interprofessional Education & Practice* Effect of interprofessional collaboration on

- quality of life in elderly patients with cardiovascular disease. *Journal of Interprofessional Education & Practice*. 2018;12(May):25–8. doi:10.1016/j.xjep.2018.05.004
34. Ansari R, Harris M, Hosseinzadeh H, Zwar N. Applications of a Chronic Care Model for Self-Management of Type 2 Diabetes : A Qualitative Analysis. *Res Public Health*. 2021;21(18):1–11.
35. Jamshed N, Miller J, Rubin C. A Pilot to Implement Chronic Care Management Services at an Academic Medical Center. *Gerontology & Geriatric Medicine*. 2023;9(1):1–7. doi:10.1177/23337214231163385
36. Kong J xia, Zhu L, Wang H mei, Li Y, Guo A ying, Gao C, et al. Effectiveness of the Chronic Care Model in Type 2 Diabetes Management in a Community Health Service Center in China : A Group Randomized Experimental Study. *Journal of Diabetes Research*. 2019;19(1):1–12. doi:10.1155/2019/6516581
37. Aekplakorn W, Suriyawongpaisal P, Srithamrongsawadi S, Kaewkamjonchai P. Assessing a national policy on strengthening chronic care in primary care settings of a middle-income country using patients ' perspectives. *BMC Health Services Research*. 2021;21(233):1–12.
38. Heselmans A, Delvaux N, Laenen A, Velde S, Ramaekers D, Kunnamo I, et al. Computerized clinical decision support system for diabetes in primary care does not improve quality of care : a cluster- randomized controlled trial. *Implementation Science*. 2020;6(5):1–14.
39. Martins F, Rodrigues G, Guedes J, Antoniassi V, Aparecida M. The Chronic Care Model and its implications for Specialized Outpatient Care. *Rev Bras Enferm*. 2023;76(1):1–9.
40. Petrelli F, Cangelosi G, Nittari G, Pantanetti P, Debernardi G, Scuri S, et al. Chronic Care Model in Italy : a narrative review of the literature. *Primary Health Care Research & Development*. 2021;22(32):1–7. doi:10.1017/S1463423621000268
41. Cajamarca G, Proust V, Herskovic V, Cádiz R, Verdezoto N, Fernández F. Technologies for Managing the Health of Older Adults with Multiple Chronic Conditions : A Systematic Literature Review. *Cuidado de la salud*. 2023;11(21):1–14.



42. Brettel J, Manuwald U, Hornstein H, Kugler J, Rothe U. Review Article Chronic-Care-Management Programs for Multimorbid Patients with Diabetes in Europe : A Scoping Review with the Aim to Identify the Best Practice. *Journal of Diabetes Research*. 2021;21(1):1–9.
43. Danhieux K, Buffel V, Remmen R, Wouters E, Olmen J Van. Scale - up of a chronic care model - based programme for type 2 diabetes in Belgium : a mixed - methods study. *BMC Health Services Research*. 2023;1(1):1–11. doi:10.1186/s12913-023-09115-1
44. Apuzzo L, Iodice M, Gambella M, Scarpa A, Burrai F. Chronic Care Model. *G Clin Nefrol Dial*. 2021;21(33):141–5. doi:10.33393/gcnd.2021.2242
45. Saude J, Baker M, Axman L, Swider S. Applying the Chronic Care Model to Improve Patient Activation at a Nurse- Managed Student-Run Free Clinic for Medically Underserved People. *SAGE Open Nursing*. 2020;6(1):1–6. doi:10.1177/2377960820902612
46. Lawless M, Tieu M, Chan R, Hendriks J, Kitson A. Instruments Measuring Self-Care and Self-Management of Chronic Conditions by Community-Dwelling Older Adults : A Scoping Review. *Journal of Applied Gerontology*. 2023;42(7):1687–709. doi:10.1177/07334648231161929
47. Smith J, Brown A, Lee C. Implementation of the Chronic Care Model in primary care: effects on hospital admissions and care coordination. *BMC Health Services Research*. 2022;22:145. doi: 10.1186/s12913-022-07145-3
48. Nguyen T, Carter S, Wilson P. Digital health integration within the Chronic Care Model for older adults with multimorbidity. *Journal of Medical Internet Research*. 2023;25:e41230. DOI: 10.2196/41230
49. Lopez M, Hernandez R, Castillo J. Chronic Care Model-based interventions and self-management in elderly patients: a longitudinal study. *International Journal of Integrated Care*. 2021;21(4):12. DOI: 10.5334/ijic.5678
50. Garcia P, Torres F, Molina A. Adaptation of the Chronic Care Model in low-resource health systems: impact on chronic disease outcomes. *Global Health Action*. 2020;13(1):1789345.DOI: 10.1080/16549716.2020.1789345

