

Open Acces



# UNA APROXIMACIÓ A LES BARRERES PERCEBUES EN LA IMPLEMENTACIÓ DE MODELS D'ATENCIÓ A LA CRONICITAT COMPLEXA DES DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

Carles Blay Pueyo<sup>1</sup>, Esther Limón Ramírez<sup>2</sup>, Joan Carles Contel Segura<sup>3</sup>, Lluís Esteve Balagué<sup>4</sup>, Remedios Martin Alvarez<sup>5</sup>, Emili Burdoy Joaquin<sup>6</sup>

ABS Santa Eugènia de Berga. Institut Català de la Salut.  
Facultat de Medicina.  
Universitat de Vic-  
Universitat Central de Catalunya<sup>1</sup>

ABS Mataró 7 (Ronda Prim).  
Institut Català de la Salut  
Grup ATDOM, CAMFiC<sup>2</sup>

Programa de prevenció i atenció a la cronicitat de Catalunya  
Departament de Salut.  
Generalitat de Catalunya<sup>3</sup>

Servei d'Atenció Primària Delta del Llobregat.  
Institut Català de la Salut<sup>4</sup>

EBA Vallcarca-Sant Gervasi.  
Ruta assistencial cronicitat AGA Nord  
Barcelona<sup>5</sup>

Direcció Atenció Primària.  
Consorci Sanitari del Maresme<sup>6</sup>

**Adreça per a correspondència:** Esther Limón

**Adreça electrònica:**  
elimonramirez@gmail.com

En la sèrie d'articles publicats als darrers números del Butlletí s'ha dut a terme una actualització del marc conceptual relacionat amb la cronicitat complexa, la fragilitat i la malaltia crònica avançada<sup>1-3</sup>.

El darrer article de la *nissaga* pretén reflexionar sobre què han suposat les estratègies d'atenció a les persones amb necessitats complexes, les dificultats percebudes pels professionals de l'atenció primària per implementar-les i les oportunitats que s'obren a l'horitzó.

Aquesta reflexió s'emmarca en el nou context generat per la interacció dels principals desafiaments que els sistemes sanitaris han d'enfrontar en el segle XXI: demografia, cronicitat evolutiva, transformacions socials, alentiment del creixement econòmic i disrupció tecnològica<sup>4</sup>. Aquests desafiaments estan abastament descrits a la bibliografia i actuen de manera sincrònica amb una posada al dia quant a la quàdruple missió dels sistemes sanitaris<sup>5</sup>, segons la qual les bones pràctiques assistencials han de garantir una atenció òptima als problemes de salut dels pacients, assolir resultats apropiats quant a eficiència de les actuacions, generar una experiència satisfactòria durant el procés d'atenció viscut pel pacient i el seu entorn i, finalment i com a *sine qua non*, procurar una vivència positiva per part dels professionals implicats en la cura.

Aquesta combinació de desafiaments i fites està comportant un estat de profunda i extensa transició en algunes de les dimensions definitòries dels sistemes i les professions de la salut del nostre context (**Taula 1**).

**Taula 1. Alguns elements de transició en els sistemes sanitaris. Elaboració pròpia.**

Van ser característics del s. XX	Tenen una previsió creixent per al s. XXI
Medicina centrada en les malalties i les visions del professional	Atenció integral i centrada en persones i comunitats apoderades
Competència i retiment de comptes individual	Atenció integrada (sanitària i social) i pràctiques col·laboratives
Medicina basada en l'evidència i en l'aplicació clàssica del mètode científic	Atenció basada en el valor, nou coneixement generat des de Big Data i ús extens de les TIC en salut
Solidesa dels corpus competencials dels grups professionals	<i>Skill Mix</i> i enaltiment de les metacompetències
Sistema estructurat en nivells, serveis i equips ben definits des dels contextos de la macrogestió	Redisseny continu dels recursos amb potenciació dels àmbits comuns, fonamentalment de base territorial
Construcció dels models des de la ideologia i la conceptualització estructurada	Construcció generada des del relat i enfocaments <i>quàdruple aim</i>
Decisions complexes fonamentades en la bioètica i la deontologia de base professional	Emergència de l'ètica social i les decisions acompanyades
Avenços a partir dels pilotatges i l'avaluació seqüencial	Canvi des de plantejaments disruptius, <i>design thinking</i> i simultaneïtat de la implementació, la reflexió i l'avaluació
Planificació estratègica	Visió compartida i accions multipalanca
Predomini d'opcions hospitalocèntriques i gerencialistes basades en relacions piramidals	Lideratge clínic i sistèmic i enfocaments de base comunitària. Relacions horitzontals

Els elements de transició esmentats cobren especial rellevància quan els models afronten l'atenció als pacients amb majors necessitats i amb majors costos. Al nostre país, aquestes persones han estat acollides conceptualment pels models d'atenció a la complexitat que han estat revisats, com s'ha dit, als anteriors articles de la sèrie. En el context català i un cop es va disposar l'any 2013 d'una versió prou avançada de la modelització en atenció a la complexitat<sup>6</sup>, es van activar sis palanques de manera simultània.

Com a conseqüència d'aquesta actuació, el percentatge de persones identificades amb condició de complexitat ha crescut progressivament, assolint una part substancial de la prevalença esperada<sup>7</sup>.

Així i segons dades actualitzades del CatSalut el juliol de 2016 i de manera activa -descomptant baixes i èxits-, s'havien identificat 144.106 pacients crònics complexos (PCC) i 20.553 persones tributàries d'un Model d'Atenció a la Cronicitat Avançada (MACA), que correspondrien, respectivament, al 48% i al 27% del *target* comunitari teòric.

Un element clau en l'èxit d'aquest procés d'identificació d'abast poblacional és haver-la transferit als professionals d'atenció primària. Com molts autors consideren<sup>8-10</sup> el fet de disposar d'una xarxa de professionals comunitaris (fonamentalment dels equips d'atenció primària –EAP-) competents i compromesos és un element clau per excel·lir en les estratègies d'atenció a les necessitats complexes.

El segon element té a veure amb la simplificació conceptual del Model d'atenció a la complexitat, mitjançant una triple visió quant als àmbits de millora i transformació en la provisió de serveis. Aquest model transcendeix l'àmbit de la praxi individual, el més habitualment considerat pels clínics. Així, la millora en l'atenció a persones amb necessitats complexes esdevé dels canvis produïts en els tres nivells d'actuació (la pràctica individual, l'organització de l'equip assistencial i l'ordenació del territori), des d'un enfocament integral i integrat de l'atenció, en un context col·laboratiu i interdisciplinari<sup>11</sup>.

Per tot plegat, si el conjunt del sistema sanitari -i també el social- es troba irremeiablement empès a una transformació profunda dels seus plantejament pretèrits, l'atenció primària està cridada a liderar el canvi<sup>12,13</sup>. En aquest procés, més enllà de les resistències conceptuals i estratègiques d'alguns vers les propostes d'atenció a la complexitat<sup>14,15</sup>, els professionals *primaristes* perceben dificultats a l'hora d'implementar les estratègies proposades pel Departament de Salut.

Els objectius d'aquest article són fer una aproximació a la identificació, prioritització i comprensió d'aquestes dificultats, revisar què hi diu la bibliografia quant al seu afrontament i, finalment, fer visibles les oportunitats que aquests nous models assistencials poden suposar. Assumint tots els biaixos que el mètode utilitzat pugui suscitar, els autors de l'article, professionals llargament vinculats a l'atenció primària des de bagatges professionals diversos i diferents, van dur a terme un procés intern i sistemàtic de base Delphi per tal de consensuar les 10 principals barreres que els professionals d'atenció

primària poden percebre a l'afrontar les propostes d'atenció a la complexitat. Resumidament, les barreres priorititzades (i ordenades de més a menys important) es mostren a la **taula 2**.

**Taula 2. Les 10 barreres priorititzades**

1: Els professionals d'atenció primària no tenen autonomia per gestionar el seu temps per fer coses diferents a les que ara fan.
2: La seva actuació se centra en la identificació de pacients complexos, sense percebre la utilitat de la proposta del model d'atenció.
3: Els sistemes/models d'estratificació no expliquen escaientment el constructe i la conceptualització de la complexitat.
4: Els constructes PCC i MACA no són entesos de manera homogènia per part dels professionals que els utilitzen a la pràctica.
5: Cal promoure activitats de formació específica que donin confiança als professionals en l'atenció als pacients complexos.
6: Les diferències entre proveïdors i nivells assistencials quant a les estratègies d'atenció a aquests pacients limiten les bones pràctiques.
7: Les dificultats en la revisió, actualització i introducció d'elements correctors de les rutes assistencials afecten la seva pervivència.
8: L'estratègia d'atenció a la complexitat és vista per molts professionals com una idea exclusivament generada de dalt a baix.
9. Manquen lideratges amb visió sistèmica, implantació territorial i capacitat d'influir en les governances (fonamentalment, les territorials).
10. Manquen marcs avaluatius apropiats, que incorporin dimensions del Triple o el Quadruple Aim.

Tot i les seves múltiples interrelacions, els 10 elements priorititzats es correlacionen amb tres elements centrals identificats per la bibliografia en la implementació d'estratègies d'atenció a col·lectius vulnerables: el constructe sobre el que es vol treballar (lila), els lideratges que han de menar la transformació del model d'atenció (taronja) i el desenvolupament de l'estratègia idònia (granat).

### Delimitant millor el constructe de la complexitat

A tots els àmbits on els sistemes complexos hi intervenen, la delimitació conceptual de la matèria resulta un element crític. Especialment en l'àmbit de les ciències de la salut, on la tradició *osleriana* resulta difícilment compatible amb entorns marcats per la volatilitat, la incertesa, la complexitat i l'ambigüitat<sup>16,17</sup>.

Com més difícil de comprendre i preveure és el comportament d'un fenomen, més reclamen els clínics un marc de seguretat que permeti identificar-lo i manejar-lo. En aquest sentit, la limitació que poden comportar els sistemes d'estratificació és comprensible, especialment en un context com el nostre on, atesa la fortalesa de l'atenció primària, la informació addicional que aporten aquests sistemes és relativament marginal<sup>18</sup>. Això ens col·loca en una situació realment incòmoda: quan més esperem dels models d'estratificació, menys resposta ens donen, la qual cosa pot contribuir al seu descrèdit. Els avenços amb la incorporació a aquests models de noves variables socials i sanitàries podria refinar la seva capacitat predictiva en la identificació dels pacients amb major necessitats<sup>19</sup>.

La complexitat incorpora, per se, elements subjectius que, necessàriament, influiran en la percepció de l'observador i en la seva decisió d'identificar un cas com a complex i d'actuar-hi en conseqüència. Sense aquesta dimensió perceptiva, no hi hauria complexitat. Amb aquesta dimensió, la variabilitat en l'aplicació del criteri d'identificació resulta inevitable.

Tot i això, els professionals sovint apliquen la norma (lògica i extraordinàriament efectiva) segons la qual un fenomen ve definit per la manera en que és avaluat. En aquest sentit són lògiques les dificultats percebudes pels professionals: si l'avaluació dels processos d'atenció als pacients complexitat no incorpora elements diferenciadors substancials respecte als no complexos (que n'hauria d'introduir, i força), difícilment serà entesa la nova proposta assistencial.

Sobre la base d'aquestes apreciacions, oferim les reflexions següents:

- La complexitat pot ser explicada de manera simple, però no per això deixarà de ser un context *VUCA*<sup>20</sup> on la temptació de banalització instrumental del concepte pot generar decisions inadequades en la pràctica dels professionals.
- Assumint aquest precepte, seria extraordinàriament útil que els models matemàtics d'estratificació (o altres instruments de detecció) contribuïssin a una identificació més vàlida i reproducible del *target*, incorporant uns marges de variabilitat interobservadors més acceptables per la comunitat professional.
- La disposició de marcs avaluatius apropiats, que incorporin propostes de triple<sup>21</sup> i quàdruple *aim*<sup>5</sup> ajudarien no només a mesurar la idoneïtat de l'atenció prestada sinó a una comprensió més precisa i adequada de la complexitat com a constructe clínic.

### El lideratge en els models de canvi

Hi ha poques afirmacions on el conjunt de la bibliografia pugui posar-se d'acord, però n'hi ha dues d'innegables:

1. Els models d'atenció a la salut s'han de transformar en profunditat<sup>22</sup>
2. El lideratge dels professionals és una palanca clau d'aquesta transformació<sup>23,24</sup>

En aquest sentit, són molt interessants les dificultats prioritzades pels autors. En primer lloc, perquè contrarien un sil·logisme aparentment inapel·lable: l'atenció als casos complexos és matèria pròpia (exclusiva?) dels professionals > l'atenció a les condicions complexes hauria de formar part del cor del professionalisme > l'essència del professionalisme és l'autonomia en la presa de decisions > no pot haver-hi atenció a la complexitat sense autonomia en l'organització de la resposta assistencial.

No és tant la manca de temps, que també, sinó la manca d'autonomia per organitzar-se'l la que ha estat, de lluny, la principal barrera identificada pels autors. Si acceptem que l'epidemiologia de la complexitat és un element major dels reptes sanitaris i que l'atenció primària és el l'entorn de lideratge natural de la seva gestió clínica, resultaria incongruent negar l'autonomia dels professionals en el redisseny dels seus espais d'atenció. En paral·lel, caldrà saber conciliar aquesta inexcusable autonomia amb les inevitables (i altrament, desitjables) limitacions que hi comporta la implementació de pràctiques col·laboratives d'atenció a les necessitats de salut i socials de les persones.

La bibliografia coincideix en assenyalar que la determinació dels *policy-makers* i els decisors (el top-down) resulta al final el factor més poderós per implementar nous models d'atenció<sup>25</sup>. No obstant això, aquest factor només resultarà ser quelcom fictici a no ser que el lideratge basal, aquell que aflora allà on els pacients són atesos, defineixi el plec de bones pràctiques a implementar<sup>26</sup>. Sobre la base de les millors experiències, sobre la base del compromís ètic amb les persones vulnerables i, sobre tot, sobre la base de la realitat de cada context.

De nou, la dimensió territorial emergeix de manera crítica: els models d'atenció a la complexitat poden disposar de referències que ancorin l'equitat entre territoris però, un cop assegurades, la realitat local impera i és des d'aquí que els lideratges professionals proposen mesures que les governances locals haurien de fer seves. De manera col·laborativa i construïda amb les pròpies persones que seran ateses<sup>26</sup>. En conseqüència, difícilment hi haurà models de transformació en l'atenció a les persones amb condicions de complexitat sense una sinergia entre la determinació top-down (que estableixi els *quès*) i el talent bottom-up de base territorial (que generi i implementi els *coms*). Aquest talent ha de disposar del substrat òptim per emergir des de plantejaments on l'autonomia i l'apoderament siguin inequívocament presents.

### Sovint, el valor el marca l'estratègia

Els models d'atenció als pacients amb necessitats complexes són un excel·lent exemple de les propostes d'atenció integral, integrada i centrada en la persona. Possiblement, aquests siguin els models més debatuts en la literatura les dues darreres dècades, la qual cosa ha permès d'identificar-ne les palanques d'èxit i, de manera especular, els factors de fracàs. Les dificultats identificades pels autors en són un bon exemple, tot i estant més enfocats als elements de fracàs.

Molt autors identifiquen el relat com el conductor discursiu que, en ser compartit i reiterat, destil·la i explica el *per què* i els principals trets (*quès* i *coms*) del model d'atenció que es proposa. La consistència i idoneïtat del relat configura allò que els receptors del missatge entenen i, si és el cas, fan. Sovint, les diferents estratègies d'integració assistencial d'arreu de l'estat espanyol han fallat en la construcció i disseminació del relat, amb les corresponents adversitats que això comporta<sup>27,28</sup>. Una proposta, com la de complexitat a Catalunya<sup>11</sup>, que sovint ha centrat la narrativa en la identificació de casos sense gairebé contextualitzar ni atenció (ni entendre) els elements de transformació que conté a nivell cultural, conceptual i procedimental, pot estar condemnada a la vulgarització.

D'altra banda, hi ha un consens de la importància de la formació com element acompanyant en els processos de transformació<sup>25,29</sup>. No tant perquè sigui determinant en què la transformació es faci efectiva (en això, els models de compra tenen, per exemple, major impacte), sinó perquè és una demanda lògica i reiterada per part dels professionals que, en ser desatesada, els desconnecta de la nova realitat que es pretén consolidar. De la mateixa manera, un defecte habitual dels processos integratius és la *primarització* de la proposta<sup>30</sup>. Confrontant el lideratge col·laboratiu que l'atenció primària ha d'ostentar amb una condició monopolística de les actuacions que succeeixen a la comunitat, els recursos no primaristes se senten només tangencialment interpellats per unes propostes sovint allunyades dels seus contextos i paradigmes d'actuació.

El compromís, sovint conjuntural, que estableixen els diferents actors que intervenen en l'atenció als pacients complexos tendeixen a concretar-se en magnífics documents que, en el millor dels casos, són implantats però difícilment actualitzats. Atenent, doncs, als factors estratègics es proposa:

- Construir un relat imbatible centrat en l'inequívoc interès dels professionals d'atendre millor els pacients més vulnerables i disposar alhora de noves oportunitats de replantejar les condicions de la seva pràctica.
- Comprendre que la identificació no és el fi, sinó el disparador de models d'atenció més adequats, on els enfocaments clínics multidimensionals i col·laboratius són la clau de la resposta a les necessitats de les persones.
- Consolidar -i revisar quan pertoqui- els pactes de bones pràctiques de base territorial en el que la primària mostra un inqüestionat -i tanmateix solidari- lideratge.

### Conclusions

Els autors d'aquest article som perfectament conscients de les limitacions de la identificació de dificultats que hem dut a terme. Tot i això, i malgrat el deliberat enfocament casual que ha impregnat el procés de consens, tots els elements que s'han prioritzat han resultat ser tòpics àmpliament debatuts a la bibliografia internacional relacionada amb els models d'integració assistencial i d'atenció als col·lectius de pacients vulnerables.

Serveixi aquesta anotació per remarcar un fet que, per obvi, sovint és oblidat: tot allò que ens passa, també passa a altres i, en conseqüència, no ens caldria inventar noves maneres per gestionar amb èxit els problemes, sinó revisar, comprendre, adoptar, adaptar i avaluar les propostes que en altres contextos comparables als nostre ja han demostrat ser efectius.

Tanmateix, ens hem d'acostumar a no entendre l'efectivitat en funció dels paràmetres propis de la medicina basada en l'evidència<sup>31</sup>. Mai no trobarem assajos clínics que demostrin la bondat de determinats plantejaments de transformació sanitària, menys encara des d'òptiques de triple o quàdruple *aim*. De la mateixa manera que no hi ha evidència irrefutable de que la reforma de l'atenció primària dels anys 80 del segle passat va ser millor que altres models de transformació que s'haguessin pogut desplegar, no podrem constatar la idoneïtat dels nous plantejaments emprant la lògica científica pròpia dels sistemes no complexos. La mesura de l'efectivitat dels nous models integratius és, sense dubte, un repte major en què el retiment de comptes resulta especialment difícil de dur a terme.

Finalment, volem fer un esment al locus de control sobre el qual interpretem la realitat i construïm hipòtesis per a un futur millor. Una lectura de les dificultats prioritzades parla d'un locus fonamentalment (exclusivament, fins i tot) extern.

Davant la innegable tensió que susciten els desafiaments esmentats a l'inici d'aquest article i estant l'atenció primària en l'epicentre d'aquest debat, realment pensem que l'albir d'allò que ha de succeir (que ens ha de succeir) és quelcom extern a nosaltres? Han de ser l'atzar, el destí, la sort o les decisions dels altres les que han de configurar qui som? Qui ha de decidir el nostre paper en l'atenció als pacients amb major necessitats en un context que res té a veure amb els condicionants que imperaven ara fa 40 anys?

La creixent complexitat dels temps i dels pacients poden significar la gran oportunitat de l'atenció primària per transformar-se i ocupar un lloc proper a la centralitat del sistema. A una centralitat que ja no ens pertany, perquè pertany a les persones que atenem.

### BIBLIOGRAFIA

1. Burdoy E, Blay C, Amblàs-Novellas J, Inzitari M. Fragilitat But At Prim Cat. 2017;35:35.

2. Limón E, Blay C, Santaeugenia S, Contel JC, Hernansanz F, Alavedra C. Cronicitat i complexitat clínica. *But At Prim Cat.* 2017;35:63.
3. Limón Ramírez E, Bullich Marín I, Fontecha Gómez B, Rusiñol Turu M, Burdoy Joaquín E. El model d'atenció a la cronicitat avançada. *But At Prim Cat.* 2018;36:5.
4. Ham, C. Dixon, A. Brooke. B. Transforming the delivery of health and social care. The case for fundamental change. *The King's Fund* 2012.
5. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med.* 2014;12:573-6.
6. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat. Guia per a la implementació territorial de projectes de millora en l'atenció a la complexitat. Barcelona: Departament de Salut, 2013.
7. Constante Beitia C, Blay Pueyo C, Martínez-Muñoz M, Schiaffino Rubinat A, Ledesma Castelltort A. Comparing complex chronic patients to advanced chronic patients with palliative care needs: cross-sectional study. *Int J Integr Care.* 2016;16:A356.
8. Hernansanz F. Innovación en Atención Primaria. Vías de avance de fácil y necesaria implementación. *Dins: Ortun V. La refundación de la atención primaria. Colección Economía de la salud y gestión sanitaria. Madrid: Springer Healthcare Ibérica; 2011:107-17.*
9. Bodenheimer T, Wagner E, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA.* 2002;288:1775-9.
10. Ham C. The ten characteristics of the high-performing chronic care system. *Health Econ Policy Law.* 2010;5(Pt 1):71-90.
11. Blay C, Limón E. (coord.). Bases per a un model català d'atenció a les persones amb necessitats complexes. Conceptualització i introducció als elements operatius. Versió 6.0 del 27 de març de 2017. Disponible a: [http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits\\_tematicos/linies\\_dactuacio/model\\_assistencial/atencio\\_al\\_malalt\\_cronic/documents/arxius/doc\\_complexitat\\_final\\_5.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documents/arxius/doc_complexitat_final_5.pdf) 13.
12. Roland M, Primary Care Workforce Commission. The future of primary health care: creating teams for tomorrow: Report by the Primary Care Workforce commission. *Health Education England, 2015.* Disponible a: [https://ueaeprints.uea.ac.uk/55636/1/The\\_future\\_of\\_primary\\_care.pdf](https://ueaeprints.uea.ac.uk/55636/1/The_future_of_primary_care.pdf)
13. Royal College of General Practitioners. The 2022 GP: a vision for general practice in the future NHS. RCGP, Londres, 2013. <http://www.rcgp.org.uk/campaign-home/~media/files/policy/a-z-policy/the-2022-gp-a-vision-for-general-practice-in-the-future-nhs.ashx>
14. FOCAP. L'invent de la cronicitat. Disponible a: <https://focap.files.wordpress.com/2017/09/linvent-de-la-cronicitat1.pdf>
15. 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.
16. Morin E. Introducción al pensamiento complejo. Barcelona: Gedisa; 1998.
17. Schaink AK, Kuluski K, Lyons RF, Fortin M, Jadad AR, Upshur R et al. A scoping review of patient complexity: offering a unifying framework. *J Comorbidity.* 2012;2:1-9.
18. Constante C, Blay C, Martínez-Muñoz M, Schiaffino Rubinat A, Ledesma A. Comparing theoretical and real complex chronic populations: cross-sectional study. *Int J Integr Care.* 2016;16:A354, pp. 1-8.
19. Monterde D, Vela E, Clèries M. Los grupos de morbilidad ajustados: nuevo agrupador de morbilidad poblacional de utilidad en el ámbito de la atención primaria. *Aten Primaria.* 2016;48:674-82.
20. [https://en.wikipedia.org/wiki/Volatility,\\_uncertainty,\\_complexity\\_and\\_ambiguity](https://en.wikipedia.org/wiki/Volatility,_uncertainty,_complexity_and_ambiguity)
21. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. *Health Aff (Millwood).* 2008;27:759-69.
22. eHealth Task Force. Redesigning health in Europe for 2020. eHealth Task Force Report. European Union, 2012
23. Blay C, Limón E, García F, Ledesma A, Sellarés A, Padrós J. Tercer Congreso de la Profesión Médica de Catalunya: consenso sobre los retos del profesionalismo y su impacto en las organizaciones docentes. *FEM.* 2017;20:305-12.
24. West MA, Armit K, Loewenthal L, Eckert R, West T, Lee A. Leadership and Leadership Development in Health Care: The Evidence Base. London, FMLM/The King's Fund/CCL, 2015. Disponible a: [https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field\\_publication\\_file/leadership-leadership-development-health-care-feb-2015.pdf](https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/leadership-leadership-development-health-care-feb-2015.pdf)
25. Encuentros Interautonómicos en Cronicidad®. 2ª edición. Madrid; 2016.
26. Ham C, Alderwick H. Place-based systems of care. A way forward for the NHS in England. London: The King's Fund, 2015.
27. Nuño-Solinís R. Desarrollo e implementación de la Estrategia de Cronicidad del País Vasco: lecciones aprendidas.. *Gac Sanit.* 2016;30:106-10.
28. Bengoa R. La transformación de la sanidad para su sostenibilidad. Disponible a: <https://secardiologia.es/images/e-learning/presentaciones/bengoa-debate-sns.pdf>
29. Escarrabill J, Clèries X, Sarrado JJ. Competencias transversales de los profesionales que facilitan atención domiciliaria a pacientes crónicos *Aten Primaria.* 2015;47:75-82
30. Alba N, Álvarez-Gómez C, Blay C, Fernández C, Nuño-Solinís R, Quiroga A et al. Ruta 10 2.0 Manual para el diseño de Rutas Asistenciales Integradas. Centro de Innovación y Gestión del Cambio. Universidad de Deusto. Bilbao; 2018.
31. Bernabeu-Wittel M, Alonso-Coello P, Rico-Blázquez M, Rotaèche R, Sánchez S, Casariego E. Desarrollo de guías de práctica clínica en pacientes con comorbilidad y pluripatología. *Aten Primaria.* 2014;46:385-92.

**Com citar l'article:** Blay Pueyo C, Limón Ramírez E, Contel Segura JC, Esteve Balagué LI, Martín Álvarez R, Burdoy Joaquin E, Una aproximació a les barreres percebudes en la implementació de models d'atenció a la cronicitat complexa des de l'atenció primària. *But At Prim Cat* 2018;36:39.