

Open Acces



EL MODEL D'ATENCIÓ A LA CRONICITAT AVANÇADA

Esther Limón Ramírez^{1,2}, Ingrid Bullich Marín^{2,3}, Benito Fontecha Gómez^{2,4}, Mireia Rusiñol Turu⁵, Emili Burdoy Joaquín⁶

¹Metgessa de família. EAP Mataró-7, ICS. Grup ATDOM CAMFIC.

²Col·laboradora del C3RG (Grup de recerca en cronicitat de la Catalunya Central)

³PhD. Infermera geriàtrica. Pla director sciosanitari. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

⁴Consorci Sanitari Integral i Consorci de Salut i Social de Catalunya.

⁵Metgessa PADES / Equip Gestió Cronicitat. SAP Baix Llobregat Centre. ICS

⁶Metge de família. Director d'Atenció Primària. Consorci Sanitari del Maresme. Grup de la Gent Gran de la CAMFIC

Adreça per a correspondència:
Esther Limón

Adreça electrònica:
elimonramirez@gmail.com

Totes les societats estan encarant l'envelliment com un repte de salut pública per afrontar les necessitats creixents de la població en termes de salut i de dependència. I, a mesura que les persones envelleixen, el seu risc d'emmalaltir també ho fa. Una clara majoria d'elles moriran després d'haver viscut durant anys amb condicions com fragilitat, multimorbiditat, demència, insuficiència avançada d'òrgan i, proporcionalment menys, ho faran per càncer¹. Més encara, hi ha càncers que es comporten cada vegada més com una malaltia crònica i estem assistint a un canvi de paradigma en el comportament d'aquests tumors (mama, pròstata, colon) amb pronòstics d'anys amb una qualitat de vida acceptable.

Per això, molts recursos adreçats a persones amb malalties avançades o pronòstic de vida limitat encara s'ofereixen prioritàriament als pacients oncològics², fruit d'una tradició clínica que emfatitza el càncer com a paradigma de *malaltia mortal*.

La trajectòria del declivi de les malalties cròniques és molt més incerta que la del càncer, i el temps de supervivència acostuma també a ser més llarg³. Identificar anticipadament aquestes condicions i planificar el final de la vida esdevé tot un repte per als professionals sanitaris, que són interpel·lats a oferir atenció pal·liativa a tots els àmbits d'atenció, i especialment, a l'atenció primària de salut, referent assistencial de la majoria de problemes de salut no oncològics⁴.

I no només cal identificar la condició de final de vida per adequar el consum dels recursos necessaris. Oferir una planificació anticipada de l'atenció, des de les fases inicials de la davallada permet disminuir l'impacte de la mateixa, fa que les persones estiguin més temps a domicili i pot proporcionar un major sentit de control. Aquí rau l'esperit entre la primera i la segona transició pal·liativa, entesa la primera com la situació d'inici de necessitats pal·liatives i la segona transició a la situació de darreres setmanes o mesos¹⁰.

Així doncs, acostar-se com a professionals al final de la vida de les persones, mitjançant la identificació del risc de morir, o dit d'una altra manera, detectant les necessitats d'atenció pal·liativa, és la manera més útil, apropiada, i justa d'atendre a les persones, probablement, més vulnerables i necessitades, en termes de salut. Així ho recull el Model d'Atenció a la Cronicitat Avançada (MACA)⁵, i ho detallarem a continuació.

Les cures pal·liatives com a element fonamental del model (MACA)

Des d'un punt de vista formal, les cures pal·liatives existeixen des de la dècada dels anys seixanta del segle XX, amb la inspiració i el lideratge de Elisabeth Kubler-Ross i Cicely Saunders, l'establiment de l'Hospice de St. Christopher i la definició del concepte de *dolor total*. Des de llavors, la seva progressió, en termes de generació de coneixement científic, de modelització assistencial i de cobertura poblacional, s'ha anat incrementant i consolidant, especialment als països amb sistemes sanitaris més avançats⁶. En aquest procés de desenvolupament, Catalunya ha estat un referent internacional de bones pràctiques des de finals de la dècada dels anys vuitanta⁷.

En la seva concepció inicial, i més enllà de determinats atributs com el control efectiu de símptomes, l'enfocament integral de l'atenció, l'actuació multidisciplinària, el suport prioritari a l'entorn o aproximació a l'espiritualitat, les cures pal·liatives es van caracteritzar per⁸:

- Centrar-se en persones amb malalties terminals.
- Oferir atenció a persones afectades d'un pronòstic inferior a 6 mesos.
- Atendre persones amb una evolució inequívocament progressiva i fatal.
- Focalització majoritàriament en malalts de tipus oncològic.

- La malaltia és l'argument que centra l'actuació.
- La persona és considerada fonamentalment un malalt.
- Les opcions curatives són inexistents i dicotòmicament suplementàries a les opcions pal·liatives.
- L'actuació s'inicia en fases el més tardanes possible i sota criteris tancats.
- El pronòstic infaust és l'element que guia les actuacions.
- Els professionals responen de manera experta i diligent a les crisis que el malalt presenta.
- Els pacients reben les cures des d'un posició passiva.
- Les persones són ateses per equips competents i especialitzats que treballen dins d'equips que sovint actuen en règim d'internament.

LES TRAJECTÒRIES AL FINAL DE VIDA I LES TRANSICIONS PAL·LIATIVES

Des dels anys noranta, amb l'adveniment del nou segle, en base a un model centrat en necessitats i no en un diagnòstic concret, ha resultat crucial la reflexió científica al voltant de les trajectòries de final de vida per transformar i obrir la visió de les cures pal·liatives en dues direccions:

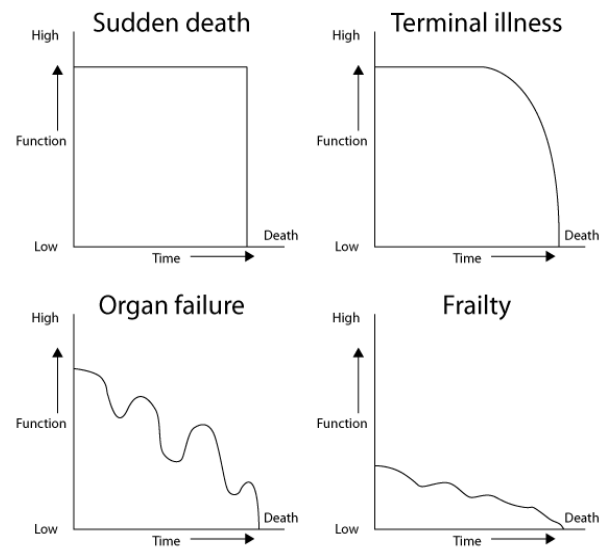
- 1) La mirada anticipada de l'acció pal·liativa; i
- 2) La seva conseqüent ampliació natural més enllà del càncer⁹.

La **figura 1** il·lustra les trajectòries clàssiques d'evolució i declivi al llarg del temps en contextos de final de vida i, d'altra banda, introdueix un element subtil, però finalment determinant: conceptualitzar l'evolució en funció de l'estat funcional, per damunt del monitoratge d'altres paràmetres biomèdics. Aquesta òptica acostia el món de les cures pal·liatives al de la geriatria i l'atenció comunitària, la qual cosa accelera una nova comprensió de l'atenció en les fases de malaltia avançada, l'activador paradigmàtic de la qual és la conceptualització de les transicions pal·liatives¹⁰.

Segons aquesta conceptualització, habitualment dins del contínuum d'una o varies malalties cròniques evolutives, les necessitats pal·liatives de les persones no apareixen de manera sobtada, sinó progressivament. En conseqüència, no hi ha un tall transversal en l'històric de la persona en el qual la necessitat de l'enfocament pal·liatiu esdevingui de manera sobtada i peremptòria, sinó que apareix, sovint de manera desapercebuda, al llarg de la biografia de la persona¹¹.

Així, entenent que tot i que l'atenció a la salut d'una persona sempre té un component pal·liatiu (per exemple, prendre un antitèrmic el té), quan aquest component s'insereix en un context de (multi)morbiditat evolutiva hi ha un punt en què l'enfocament pal·liatiu comença a cobrar major sentit.

Figura 1. Les trajectòries clàssiques de final de vida.



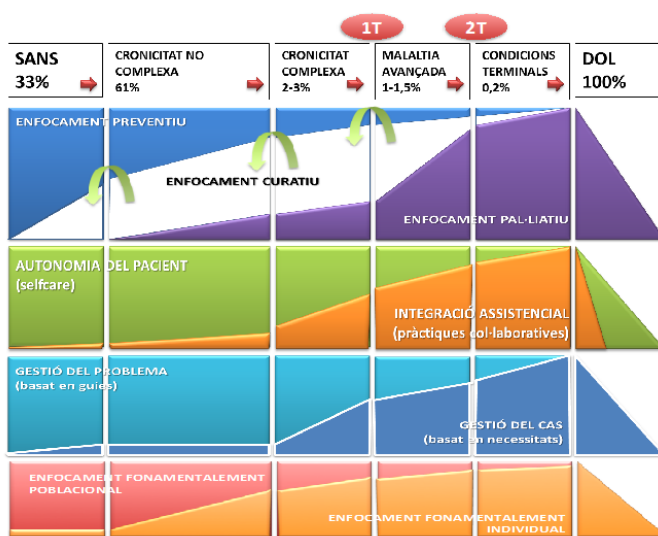
[Font: adaptada de Lunney JR i col·laboradors, 2003⁹]

És a dir, comença a:

- Estar més o menys sempre present.
- Haver de tenir-lo present sistemàticament per assegurar la qualitat de vida de la persona.
- Ser necessària la seva consideració sistemàticament per respondre a un món de preferències i valors (que sovint el professional desconeix, i convé saber).
- Percebre que aquesta dimensió no farà altra cosa que augmentar amb el pas evolutiu del quadre clínic.
- Ser suggerit pel propi pacient o el seu entorn.
- Ser valorat com a útil per l'equip de professional que l'atén.
- Ser necessari per prendre decisions cada cop més complexes.
- Sentir-se que, d'alguna manera, el pronòstic de vida és limitat i cada cop ho serà més.

Quan tot això passa, sense que les opcions curatives hagin perdut vigència ni sentit, és quan es considera que el pacient es pot beneficiar del Model d'atenció per a pacients en fase avançada (MACA) que ofereix un conjunt de mesures que tenen la finalitat de millorar la qualitat de vida relacionada amb la salut en qualsevol fase evolutiva d'una malaltia, especialment en pacients en fase avançada o en trajectòria de final de vida, per a alleujar el patiment i controlar els símptomes (**Figura 2**).

Figura 2. El continuum de la complexitat. Font: C. Blay. PPAC, 2016¹².



El MACA es caracteritza per una atenció progressiva amb un enfocament pal·liatiu creixent tant a les persones amb malaltia avançada com en fase terminal, tot i que és aquesta darrera condició de terminalitat la que habitualment hom vincula al concepte més habitual de les cures pal·liatives i que es caracteritza pels fets següents²⁸:

- La persona té un pronòstic de vida inequívocament limitat.
- La finalitat curativa és gairebé inexistent.
- L'enfocament pal·liatiu tendeix a ser hegemònic.
- Les condicions de comunicació i suport a la persona i el seu entorn s'extremen.
- La dimensió psicoemocional i espiritual emergeix amb força.
- La gestió del dol i de les decisions pràctiques en relació a una mort propera es fan necessàries.
- El suport emocional a la família és també segurament imprescindible.
- Amb molta freqüència apareixen necessitats no cobertes (emocionals, planificació d'affers econòmics, relacionals, etc.).

QUINES CARACTERÍSTIQUES DEFINEIXEN ELS PACIENTS EN FASE AVANÇADA?

En el context sanitari català, amb l'acrònim MACA, es designen també aquelles persones tributàries de ser ateses per un enfocament d'especial atenció, en tant que presenten una o més malalties o condicions de salut cròniques

avançades, associades a una combinació dels criteris següents:

- Complexitat clínica¹³
- Presència de malalties progressives, evolutives i irreversibles.
- Reconeixement per part dels professionals referents d'una afectació clínica més greu, comparant-la amb l'estàndard de persones amb les mateixes malalties o condicions de base.
- Pronòstic de vida limitat.
- Escassa probabilitat de resposta a tractaments específics.
- Repercussions importants sobre l'estructura cuidadora.
- Requereix un enfocament clínic principalment pal·liatiu.

Per tant, el model d'atenció a la cronicitat avançada es caracteritza per:

- Enfocament de la gestió del cas amb una aproximació pal·liativa present, important i creixent. Gairebé sempre, aquest component pal·liatiu no exclou les opcions curatives, sinó que hi conviu.
- Planificació de decisions anticipades (PDA)¹⁴, com a procés d'acompanyament a la presa de decisions. És imprescindible per a l'elaboració del pla assistencial preveure amb antelació els objectius d'atenció i els recursos que es necessitaran per a atendre'l.

Els pacients MACA són la part més significativa de les persones que presenten necessitats pal·liatives a la comunitat¹⁵. Aquest plantejament s'ubica en la identificació poblacional de les persones amb necessitats pal·liatives que anticipa la mirada pal·liativa respecte a la visió tradicional que es centra en una expectativa de vida més curta¹⁶.

Segons l'estudi dut a terme a Catalunya¹⁷, els pacients MACA es distribueixen principalment en dos grups clínics que es caracteritzen per:

- Dona, d'edat avançada, amb fragilitat avançada, multimorbiditat i sovint amb deteriorament cognitiu. El pronòstic de vida és limitat, però habitualment superior a 12 mesos.
- Home, més jove, amb patologia òrgan-específica (només en un 25% dels casos és càncer) i pronòstic de vida més limitat (sovint inferior a 12 mesos).

La prevalença de la població MACA és diferent segons l'àmbit que observem¹⁷:

- 1,3%-1,5% en la població general (depèn de les taxes d'envelliment)¹⁵.
- 0,7%-1,0% en població atesa per equips d'AP.
- 40% dels pacients d'hospitals d'aguts.

- 70% dels pacients de centres d'atenció intermèdia (socio-sanitaris).
- 30%-70% dels pacients institucionalitzats (residències geriàtriques).

A Catalunya, per facilitar la identificació de les persones en situació de malaltia avançada i necessitats pal·liatives, l'observatori Qualy-ICO-CCOMS va dissenyar i elaborar, en base al Gold Standards Framework (GSF), l'instrument NECPAL-CCOMS®, el qual ha estat validat al nostre entorn¹⁸.

La possibilitat d'identificar les persones amb necessitats pal·liatives amb un instrument vàlid i factible, aplicable a diferents àmbits, ha facilitat l'adopció d'un nou esguard en l'àmbit de l'atenció pal·liativa, que supera la visió tradicional de les cures pal·liatives, basada en la mortalitat, per passar a fonamentar-se en un enfocament epidemiològic, on és possible definir el context des de la prevalença (comunitària i per entorns)¹⁹ i ha contribuït a entendre la importància d'identificar precoçment la transició pal·liativa.

Hi ha una certa confusió conceptual, dialèctica o pràctica entre pacients crònics complexos (PCC) i pacients MACA, ja que són dos grups que, efectivament, comparteixen molts trets. De fet, els MACA són un subgrup de PCC, però presenten singularitats petites i significatives que els diferencien com a constructe clínic i que, parcialment, els distingeixen en l'acció assistencial que es deriva de la seva identificació. No tenen tampoc la mateixa expectativa de vida ni idèntic perfil de necessitats i la seva capacitat intrínseca de revertir la situació es molt més limitada.

PCC i MACA no són unes condicions clíniques *per se*, sinó unes identificacions funcionals per identificar persones amb complexitat, entesa com la dificultat de gestió d'un pacient i la necessitat d'aplicar-li plans individuals específics a causa de la presència o la concurrència de malalties, de la seva manera d'utilitzar els serveis o del seu entorn. Així doncs, aquestes dues codificacions reflecteixen una determinada situació en l'estat de salut de les persones que les fa especialment tributàries de rebre una atenció centrada en les seves necessitats²⁰.

Més que pacients amb atributs patognomònics, són persones amb determinades necessitats, en les que podem intervenir de forma proactiva generant plans d'actuació específics per millorar els resultats en base a un triple objectiu²¹:

- Experiència positiva i qualitat de vida del pacient i el seu entorn.
- Resultats en salut.
- Eficiència del model d'atenció i utilització de recursos.

LA IDENTIFICACIÓ TÉ UN IMPACTE POSITIU EN LES PERSONES?¹²

Amb el coneixement acumulat durant els anys d'implementació de les polítiques de cronicitat, i des d'una

òptica basada en el triple objectiu, hi ha dades que suggereixen que la identificació i l'establiment d'altres mesures de millora, relacionades amb l'organització de l'equip i del territori, impacten positivament en el l'atenció a les persones MACA, el consum de recursos que en fan i el tipus de recursos que utilitzen.

Això permet planificar millor el sistema per a respondre a les necessitats de les persones amb complexitat, amb l'objectiu d'incrementar l'atenció a domicili, potenciar els recursos d'atenció intermèdia com a alternativa a l'hospitalització convencional i, alhora, racionalitzar l'ús de fàrmacs, per augmentar la seguretat del pacient i reduir la iatrogènia. Tot i així, cal seguir avançant en l'avaluació i la recerca de les estratègies introduïdes en matèria de cronicitat complexa, ja que encara no es disposa de dades sòlides que permetin evidenciar el seu impacte en base a resultats en salut a nivell poblacional, però sí que tenim evidències sòlides d'alguns models d'implantació territorial amb atenció preferencial liderat per infermeres gestores de casos, àmpliament connectades amb recursos d'hospitalització intermèdia (hospitals de dia, unitats de subaguts i de cures pal·liatives) que mostren agilització en els models amb atenció proactiva i optimització en l'ús dels recursos²².

Per contra, nombrosos estudis de base qualitativa mostren que els pacients i les famílies estan més satisfets i perceben millores en l'experiència d'atenció quan les estratègies de gestió de la complexitat són fermes. Les persones desitgen ser ateses amb un enfocament integral i integrat i, a partir d'aquí, la identificació els sembla bona²³.

COM ES PODEN TREBALLAR ELS VALORS I PREFERÈNCIES DELS MACA?¹²

Les persones MACA, un cop identificades, requereixen un pla d'atenció individualitzat. Cal crear un clima de comunicació eficaç, amb confiança i respecte, entre el pacient, la família si s'escau, i el professional, que permeti establir objectius i intervencions adequades. Pren especial rellevància la previsió de possibles escenaris o processos evolutius en base a la situació i malalties de la persona. En aquest cas, la PDA definida com aquell procés que identifica els valors i les preferències del pacient, o la seva família, si escau, per preveure amb antelació els objectius d'atenció i els recursos que es necessitaran per a atendre'l, pot ser de gran utilitat. Es pot començar a explorar amb preguntes dirigides, adequades, obertes i facilitadores per a cada usuari¹⁴.

Alguns exemples de preguntes per iniciar el procés d'exploració dels valors i preferències:

- Què li preocupa de la seva situació actual?
- Què li preocupa de la possible evolució de la seva malaltia?
- Quina informació addicional li falta, o desitja que li donin, sobre com pot evolucionar?

- Com voldria ser atès i què espera dels professionals en funció de cada moment o situació?

A partir d'aquí podrem avançar en aspectes més concrets, com ara:

- Adequació de la intensitat terapèutica i dels plans de tractament.^{24,25}
- Com i on voldria ser atès.
- Delegació de la presa de decisions.

Les conclusions de la PDA es poden recollir al pla d'intervenció individualitzat compartit (PIIC)²⁶. El PIIC és un document dinàmic que es sustenta en la Història clínica compartida de Catalunya (HC3) i que recull les dades de salut i socials més importants d'una persona identificada com a MACA, i les disposa en un entorn d'informació compartida. Representa un acte de comunicació entre professionals, on aquells que millor coneixen la persona sintetitzen i ofereixen la informació més rellevant del cas. D'aquesta manera, quan la persona és atesa per professionals no referents, aquests poden disposar, mitjançant el PIIC 2.0, de la informació essencial del cas, la qual cosa afavoreix que puguin prendre, ensems amb la persona malalta (si manté la capacitat de decidir), la seva família o persona delegada, decisions adequades i congruents amb les necessitats, els valors i les preferències de la persona. El PIIC és, doncs, una prolongació virtual en el temps i l'espai del pacte terapèutic i dels criteris de bona pràctica que han acordat l'equip assistencial de referència i les persones identificades com a MACA, juntament i quan escaigui amb la seva família o amb l'entorn cuidador, de manera que el procés d'atenció millori i respongui a l'especial vulnerabilitat que tenen aquests pacients.

Tot el procés s'ha de fer creant un entorn empàtic, respectant els temps i les demandes del pacient i, si escau, de la seva família. La PDA és un procés de diàleg continu, proporcionat i progressiu i prendrà especial protagonisme si en algun moment la persona perd la capacitat per decidir. En la situació en la que la persona encara pugui decidir, la informació de la PDA ens pot ajudar a acompanyar a la persona malalta en la presa de decisions que requereixen les circumstàncies actuals.

Cal tenir en compte que el procés d'identificació dels valors i preferències de les persones i la conseqüent adequació de les decisions que cal prendre, exigeixen un vincle de relació sòlid entre el pacient i el professional, una formació específica i suficient per conduir aquest procés, tot tenint en compte els marges d'incertesa i variabilitat que sempre són presents en les circumstàncies en què la majoria de vegades es prenen les decisions.²⁷

En conclusió, podríem dir:

- L'àmbit d'atenció primària i salut comunitària és un entorn idoni per atendre aquests pacients complexos, amb necessitats avançades²⁸ i per liderar les

pràctiques col·laboratives que aquests pacients necessiten.

- El MACA representa un retorn efectiu a l'essència i els valors primaristes de continuïtat, integralitat, atenció centrada en la persona, compromís comunitari i èmfasi en les poblacions més vulnerables.
- Els pacients MACA viuen a la comunitat, són visitats setmanalment per l'atenció primària, molt sovint al seu domicili, estan molt malalts (i moren!), tenen un perfil clínic freqüentment assumible pels professionals d'atenció primària, quan tenen l'atenció adequada moren a casa i utilitzen millor els recursos disponibles.

I per acabar, una darrera reflexió:

- Si tot això és cert, què pot impedir que posem un èmfasi especial per atendre'ls bé?

BIBLIOGRAFIA

1. Gill TM, Gahbauer EA, Han L, Allore HG. Trajectories of disability in the last year of life. *N Engl J Med*. 2010;362:1173-80.
2. Navarro R. Cuidados paliativos no oncológicos: enfermedad terminal y factores pronósticos. Disponible a: <http://www.secpal.com/CUIDADOS-PALIATIVOS-NO-ONCOLOGICOS-ENFERMEDAD-TERMINAL-Y-FACTORES-PRONOSTICOS>
3. Lynn J. Perspectives on care at the close of life. Serving patients who may die soon and their families: the role of hospice and other services. *JAMA*. 2001;285:925-32.
4. Blay C, Limón E, Meléndez A, Vila L, Calsina-Berna A, Gómez-Batiste X. Reflexiones y nuevos enfoques de la atención primaria en el cuidado a las necesidades paliativas en la comunidad. A: Gómez-Batiste X, Blay C, Roca J, Fontanals D, editores. Manual de atención integral de personas con enfermedades crónicas avanzadas. Barcelona: Elsevier, 2017; pp. 181-94.
5. Gómez-Batiste X, Espinosa J, Martínez-Muñoz M, Vila L, Costa X, Amblàs J, et al. Recomanacions pràctiques per a la identificació i la millora de l'atenció de persones amb malalties cròniques avançades (MACA) amb necessitat d'atenció pal·liativa en territoris i serveis de salut i socials. Disponible a: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematics/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documents/metodologia_maca.pdf
6. Calsina-Berna A, González-Barboteo J. Historia de los cuidados paliativos. A: Gómez-Batiste X, Blay C, Roca J, Fontanals D, editores. Manual de atención integral de personas con enfermedades crónicas avanzadas. Barcelona: Elsevier, 2015; pp. 1-6.
7. Gómez-Batiste X, Fontanals MD, Roca J, Borràs JM, Viladiu P, Stjernsward J, et al. Catalonia WHO

- demonstration project on palliative care implementation 1990-1995: results in 1995. *J Pain Symptom Manage.* 1996;12:73-8.
8. Gómez-Batiste X, Blay C, Roca J, Fontanals M. Innovaciones conceptuales e iniciativas de mejora en la atención paliativa del siglo XXI. *Medicina Paliativa* 2012; 85-86.
 9. Lunney JR, Lynn L, Foley DL, Lipson S, Guralnik JM. Patterns of functional decline at the end of life. *JAMA.* 2003;289:2387-92.
 10. Boyd K, Murray SA. Recognizing and managing key transitions in the end of life. *BMJ.* 2010;341:c4863.
 11. Van der Block L, Albers G, Pereira SM, Onwuteaka-Philipsen B, Pasman R, Deliens L. Palliative care for older people. A public health perspective. Oxford: Oxford University Press, 2015.
 12. 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_tematics/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documents/arxius/doc_complexitat_final_5.pdf
 13. Limón E, Blay C, Santa Eugènia S, Contel JC, Hernansanz F, Alavedra C. Cronicitat i complexitat clínica. *But At Prim Cat.* 2017;35:63.
 14. Lasmariás C, Loncan P, Vila L, Blay C (coord.). Model català de planificació de decisions anticipades. Document conceptual. Departament de Salut, 2016. Càtedra de Cures Pal·liatives UVIC/ICO/CCOMS. Universitat de Vic. Disponible a: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematics/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documents/model_pda_definitiu_v7.pdf
 15. Blay C, Martori JC, Limón E, Oller R, Vila L, Gómez-Batiste X. Busca tu 1%: prevalencia y mortalidad de una cohorte comunitaria de personas con enfermedad crónica avanzada y necesidades paliativas. *Aten Primaria.* 2017, 10.1016/j.aprim.2017.07.004
 16. Gómez-Batiste X, Blay C, Martínez-Muñoz M, Espauella J. Innovaciones conceptuales e iniciativas de mejora en la atención paliativa del siglo XXI. *Med Clin (Barc).* 2013;141:322-3.
 17. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: a cross-sectional study. *Palliat Med.* 2014;28:302-11.
 18. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Recomanacions per a l'atenció integral i integrada de persones amb malalties o condicions cròniques avançades i pronòstic de vida limitat en serveis de salut i socials: NECPAL-CCOMS-ICO® 3.0 (2016). Disponible a: <http://mon.uvic.cat/catedra-atencion-cuidados-paliativos/files/2016/02/NECPAL-3.0-2016-GENERAL-CAT.pdf>
 19. Gómez-Batiste X, Blay C, Fontanals D, Roca J. Transiciones conceptuales en la atención paliativa del siglo XXI. A: Gómez-Batiste X, Blay C, Roca J, Fontanals D, editores. *Manual de atención integral de personas con enfermedades crónicas avanzadas.* Barcelona: Elsevier, 2015; pp. 17-22.
 20. PPAC, CCP-UVic/ICO/CCOMS. Guia per a la implementació territorial de projectes de millora en l'atenció a la complexitat Versió 5.1 del 10 de maig de 2013. Disponible a: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematics/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documents/arxius/guia_complexitat_5_1.pdf
 21. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. *Health Aff (Millwood).* 2008;27:759-69.
 22. Amil P, González-Mestre A, Vila L, Pujol E, Ribera E, Periañez M, et al. Validation by citizens of the catalan model of advance care planning. 16th International Conference for Integrated Care 2016. Barcelona.
 23. Constante C, Blay C, Martínez-Muñoz M, Schiaffino A, Costa X, Ledesma A. Resultats de l'avaluació del programa de prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC): 3 anys de funcionament (2011-2014). Departament de Salut. [Document intern de treball]
 24. Fontecha BJ, Navarri L. Adecuación del esfuerzo terapéutico. Un reto en camino. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2016;51:66-7.
 25. Fontecha-Gómez BJ, Amblàs-Novellas J, Betancor-Santana E, Rexach-Cano L, Ugarte M, López-Pérez A, et al. Protocolo territorial de adecuación de la intensidad terapéutica. Área Metropolitana Sur de Barcelona. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* Available online 21 February 2018, <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.01.003>.
 26. Grup d'experts de PPAC. PIAISS. Departament de presidència. Generalitat de Catalunya. Recomanacions i proposta de bones pràctiques en la redacció de Plans d'intervenció individualitzats i compartits (PIIC 2.0) Versió definitiva 2.3, del 7 de maig de 2015. http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematics/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documents/arxius/recomanacions_piic.pdf
 27. Amblàs J, Espauella J, Blay C, Molist N, Lucchetti GE, Anglada A, et al. Tópicos y reflexiones sobre la reducción de ingresos hospitalarios: de la evidencia a la práctica. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2013;48:290-6.
 28. Blay C. Característiques i consum de recursos sanitaris de persones amb malalties cròniques avançades: un estudi de cohort. Tesi doctoral no publicada. Vic. Universitat de Vic, Universitat Central de Catalunya. Abril 2017.
- Com citar l'article:** 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.