

Es pot afegir valor a la pràctica clínica “deixant de fer”? Actuacions clíniques innecessàries i les aportacions del projecte Essencial

Anna Kotzeva^{1,2}, Elena Torrente^{3,4}, Cari Almazán¹, Cristina Colls¹, Cristina Adroher¹, Joan M. V. Pons^{1,2}

¹Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS), Barcelona; ²CIBER d'Epidemiologia i Salut Pública CIBERESP, Barcelona; ³Direcció General de Planificació i Recerca en Salut, Departament de Salut, Barcelona; ⁴Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC).

Introducció

El coneixement científic i el desenvolupament tecnològic han contribuït al llarg dels anys a una evident millora social. En termes de salut, s'ha incrementat l'esperança de vida al món occidental en gran part com a conseqüència de la reducció de la mortalitat maternoinfantil i de la incidència d'algunes malalties infeccioses, així com per la influència d'altres factors com la millora en la prevenció i el tractament de malalties cardiovasculars i neoplàstiques.

En aquest context, les expectatives sobre les contribucions de la investigació biomèdica i la seva aplicació pràctica són cada vegada més elevades. Els investigadors, els professionals de la salut, els pacients, la indústria i els mitjans de comunicació contribuïm a l'expansió d'aquesta hipèrbole segons la qual qualsevol problema corporal és susceptible de ser previngut o tractat. La medicalització de la societat és la seva conseqüència^{1,2}. I, conjuntament amb l'envelliment de la població i la crisi econòmica mundial, d'una banda, i la introducció constant d'innovacions i novetats al mercat que comporten canvis del model de consum, de l'altra, s'ha acabat generant una situació insostenible per als sistemes públics d'atenció sanitària.

La medicina parsimoniosa introdueix la idea de sobrietat en el consum de serveis sanitaris³. Prescindir d'aquelles proves i tractaments de dubtós valor o innecessaris (segons l'evidència científica) no suposa una restricció o limitació de serveis, sinó una atenció sanitària apropiada, segura i de qualitat que respon a les necessitats i circumstàncies del pacient. Evitar aquelles intervencions que no aporten beneficis (valor) per a la salut del pacient es fonamenta en els principis ètics de

no maleficència i de beneficència, atributs també del professionalisme en la pràctica clínica.

Sobreutilització de serveis sanitaris: evidències i tendències

La sobreutilització de serveis fa referència a l'aplicació d'intervencions concretes (preventives, diagnòstiques, terapèutiques, de seguiment i rehabilitació) en poblacions en les quals no hi ha benefici demostrat o quan els riscos superen els beneficis⁴. L'ús excessiu dels serveis sanitaris té un impacte important en el creixement de la despesa sanitària, però també per a la salut. En alguns casos, com en el tractament hormonal substitutiu en dones asimptomàtiques postmenopàusiques, quan aquesta teràpia s'ha avaluat de manera fiable s'ha vist que el risc supera els beneficis. En d'altres, el tractament pot ser efectiu en un grup de pacients, però en l'ampliació de les indicacions a d'altres grups pot disminuir la seva efectivitat i augmentar el seu risc. Un clar exemple és el tractament antidepressiu, beneficiós en depressions greus però menys efectiu i amb més efectes adversos en pacients amb depressió lleu⁵. Malgrat l'ampli reconeixement de la sobreutilització, des dels estudis de John Wennberg sobre la variabilitat de la pràctica mèdica com a fenomen comú associat a la provisió de serveis i el seu impacte en la despesa de recursos, són escasses les estratègies per reduir-la⁴.

Recentment, han sorgit algunes iniciatives com les llistes *Do not do* del *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE)⁶, amb prop d'un miler de recomanacions seleccionades des de les seves guies de pràctica clínica, o la campanya *Choosing Wisely*^{7,8}, liderada per les societats científiques nord-americanes en col·laboració amb els pacients (*Consumer Report*), per reduir les pràctiques de poc valor i el malbaratament que ocasionen. Aquestes iniciatives s'estan desenvolupant paral·lelament a un moviment de la comunitat científica internacional cada vegada més important i denuncien els casos creixents de sobrediagnòstic i sobretractament als que estan sotmesos els usuaris del sistema sanitari. El debat està obert i reflectit en les noves seccions que les revistes científiques dediquen a

Correspondència: Anna Kotzeva
Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS)
C/ Roc Boronat, 81-95, segona planta
08005 Barcelona
Tel. 93 551 38 89
Fax 93 551 75 10
Adreça electrònica: akotzeva@gencat.cat
Llocs web:
<http://aquas.gencat.cat>
<http://essencialsalut.gencat.cat>

aquestes pràctiques, *Less is more* en la revista JAMA⁵, o la campanya *Too much medicine* en la revista BMJ⁹.

El camí des de la pràctica clínica excessiva a l'atenció adequada passa per augmentar la consciència envers les implicacions que comporta l'ús de pràctiques de poc valor (cascada terapèutica, polimediació, cost-oportunitat)¹⁰ per part dels professionals, però també per part dels pacients.

Pràctiques clíniques de poc valor i el projecte Essencial

Per contribuir a la millora de la qualitat de l'atenció sanitària i afavorir l'eficiència i la sostenibilitat del sistema sanitari, s'ha creat el projecte "Essencial. Afegint valor a la pràctica clínica" promogut per l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS), amb el suport del Departament de Salut i de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears¹¹.

Objectius

L'objectiu general del projecte és promoure una pràctica assistencial que eviti la realització de pràctiques clíniques que no aporten valor a la salut de la ciutadania i que, en conseqüència, millori la qualitat de l'atenció sanitària.

Els objectius específics inclouen: 1) informar la comunitat professional i la ciutadania sobre pràctiques clíniques que, segons l'evidència científica i el consens d'experts, no aporten beneficis per a la salut; 2) fomentar la participació dels professionals sanitaris en la identificació de pràctiques clíniques de poc valor; i 3) avaluar l'impacte de les recomanacions en el sistema sanitari, tant des del punt de vista de procés com de resultats finals.

Mètode

El mètode per al desenvolupament del projecte Essencial és explícit i transparent. Per això es compta amb la participació dels professionals sanitaris en cadascuna de les etapes del procés:

1) Identificació i priorització de pràctiques de poc valor

En la fase inicial, s'identifiquen pràctiques clíniques que aporten poc valor a partir de múltiples fonts d'evidència científica i dades del context sanitari català. L'AQuAS coordina aquest procés en col·laboració amb les societats científiques, els plans directors del Departament de Salut i la comunitat professional. Les recomanacions es publiquen al lloc web del projecte¹¹, com a continuació d'un procés de priorització segons criteris de prevalença i càrrega de la malaltia, freqüència d'utilització, risc/benefici desfavorable i impacte en l'organització.

2) Comunicació activa i implementació de les recomanacions

Les experiències internacionals descrites prèviament han apostat per establir estratègies comunicatives perquè les recomanacions siguin àmpliament conegudes. Amb l'ob-

jectiu de fer un pas més, necessari per aconseguir un canvi real a la pràctica clínica, el projecte Essencial ha adoptat una estratègia d'implementació basada en quatre dimensions¹²:

- a) comunicació per a cadascuna de les recomanacions tot dissenyant una estratègia que comporta múltiples accions de comunicació específiques i adaptades als actors clau a través dels canals de difusió més adients en cada cas (eines de comunicació social, notes de premsa, comunicacions científiques, etc.).
- b) identificació dels líders d'opinió que són referents per als professionals i la seva implicació en el projecte.
- c) implementació d'incentius (econòmics i no econòmics), així com modificacions en els processos organitzatius que faciliten el canvi.
- d) capacitat i formació dels professionals sanitaris i conscienciació dels pacients i els ciutadans en general.

L'èxit de la gestió del canvi es basa en el disseny i implementació d'intervencions en cadascuna de les dimensions descrites. La col·laboració de tots els actors del sistema (administració, professionals, gestors i ciutadania) és imprescindible per aconseguir el canvi real a la pràctica clínica¹³.

3) Avaluació de l'impacte de les recomanacions

En aquesta última fase, i sempre que sigui factible, es duu a terme un estudi d'avaluació d'impacte mitjançant la mesura del grau de coneixement de les recomanacions i la seva adopció per part dels professionals, així com el canvi en la pràctica clínica atribuïble a la implementació de la recomanació.

Resultats

Actualment el projecte inclou 21 recomanacions sobre pràctiques clíniques de poc valor que cal evitar (Taula 1), bé perquè no hi ha evidència científica sobre la seva efectivitat o hi ha evidència sobre la seva inefectivitat, bé perquè el risc és superior als seus beneficis o hi ha alternatives més efectives amb un cost semblant. Són, per tant, pràctiques relacionades amb situacions de sobreutilització de proves diagnòstiques i tractaments, tant de prevenció primària i secundària de la malaltia, de tractaments mèdics i quirúrgics, com de rehabilitació¹¹.

Per exemple, una de les recomanacions sobre una intervenció diagnòstica inapropiada, recollida també a les guies de pràctica clínica elaborades pel NICE, l'Institut Català de la Salut (ICS) i els ACR *Appropriateness criteria*, és la realització de proves d'imatge en malalts amb lumbàlgia, durant les primeres 6 setmanes i en absència de signes neurològics, atès que no aporten valor al maneig dels malalts. El dolor lumbar és un dels principals motius de consulta de l'atenció primària, que entre el 80% i el 90% dels casos es resol abans de les 6 setmanes; en el 30% dels pacients es prescriu una prova d'imatge. La radiografia i

TAULA 1. Llista de recomanacions del projecte Essencial (març 2014)

1. En persones asimptomàtiques, la realització rutinària d'una radiografia de tòrax preoperatòria no aporta valor al maneig del malalt
2. En pacients amb dolor lumbar (lumbàlgia), durant les primeres sis setmanes i en absència de signes d'alerta, les proves d'imatge no aporten valor al maneig clínic del pacient
3. En persones sense símptomes d'origen cardíac ni comorbiditats, ni risc cardiovascular significatiu, l'electrocardiograma o les proves d'imatge cardíques no aporten informació rellevant
4. En persones sense tractament farmacològic per prevenir les fractures per fragilitat, l'interval entre mesures de la densitat mineral òssia (DMO) per al control evolutiu de la DMO és com a mínim de 2 anys
5. En malalts amb mal de cap (cefalea) i sense complicacions ni simptomatologia neurològica addicional, les proves d'imatge no aporten valor al maneig del pacient
6. En malalts polimedicats o majors de 65 anys que no rebin tractament amb antiinflamatoris no esteroïdals, la prescripció d'inhibidors de la bomba de protons per a la prevenció de patologia gàstrica no aporta valor afegit
7. En dones postmenopàusiques amb risc baix de fractures, el tractament de llarga durada amb bifosfonats suposa un risc que no compensa el benefici
8. En nens i nenes amb refredat comú i tos no s'hauria d'utilitzar de forma rutinària fàrmacs per al seu tractament simptomàtic, llevat que tinguin comorbiditats que ho requereixin
9. L'otitis mitjana aguda no ha de tractar-se sistemàticament amb antibiòtics. En nens majors de 2 anys amb clínica lleu i sense factors de risc s'ha d'adoptar inicialment una conducta expectant
10. En els casos de part normal no s'hauria de practicar l'episiotomia de manera rutinària
11. No es recomana l'ús rutinari de la combinació d'IECA i ARA-II en pacients amb insuficiència cardíaca
12. Els pacients amb pneumònia comunitària no haurien d'ingressar a l'hospital si prèviament no s'ha avaluat la seva gravetat segons les escales pronòstiques validades que ajudin a decidir, d'acord amb la situació del pacient, la idoneïtat del nivell d'atenció
13. En pacients amb ictus agut i incontinència urinària no s'haurien de col·locar catèters urinaris de manera rutinària
14. En dones menors de 50 anys sense factors de risc addicional de càncer de mama, no es recomana el cribratge rutinari mitjançant mamografia. La periodicitat del programa de cribratge de càncer de mama (en dones de 50-69 anys) hauria de ser de dos anys
15. La determinació del PSA com a cribratge poblacional de càncer de pròstata no s'hauria de realitzar en no aportar beneficis en termes de reducció de mortalitat
16. Perllongar més enllà dels 12 mesos el tractament rehabilitador de les seqüeles després de patir un ictus no millora el procés de recuperació neurològica i funcional
17. No es recomana la prescripció sistemàtica d'estatines per a la prevenció primària cardiovascular en població amb risc coronari baix o moderat. Cal valorar altres factors per reclassificar clínicament el risc i identificar-ne els candidats adients
18. Es desaconsella la quimioteràpia dirigida contra el càncer quan, esgotades dues línies de tractament, el malalt té un mal estat funcional i les probabilitats de millora són minses
19. No s'hauria d'instaurar tractament antibiòtic de la faringitis a pediatria sense la sospita i confirmació subsegüent de la seva etiologia bacteriana
20. En pacients amb malaltia crònica avançada que presenten dispnea, l'oxigenoteràpia domiciliària no està indicada si el pacient no té insuficiència respiratòria
21. Per al tractament simptomàtic de la febre en la població pediàtrica, s'hauria d'evitar la pauta alternant d'antitèrmics

la tomografia computada no són proves innòcues, la radiació ionitzant és acumulativa, i les imatges de tomografia computada i ressonància magnètica amb anormalitats de la columna sense relació amb el dolor augmenten amb l'edat. Aquestes troballes poden motivar noves proves diagnòstiques i inclús nous tractaments, la cascada diagnòstic-terapèutica¹⁰.

Cada recomanació s'acompanya d'una fitxa explicativa i d'un vídeo en què un professional la contextualitza. Les fitxes contenen dades epidemiològiques i d'ús de recursos de la pràctica clínica, així com l'evidència científica que substantia la recomanació i les conseqüències en salut. Tot i la rellevància dels professionals sanitaris en l'evolució del projecte, també s'ha considerat important informar els pacients sobre algunes recomanacions per la seva implicació en la demanda, en ocasions, d'intervencions innecessàries. El material elaborat per als pacients pot servir d'ajuda en el procés de presa de decisions compartida a la consulta.

La primera etapa de l'Essencial s'ha centrat principalment en la comunicació, per donar a conèixer el projecte (reunions amb societats científiques, proveïdors de serveis sanitaris, regions sanitàries, xarxes de professionals, fòrums científics), i en la interacció amb els professionals sanitaris per valorar i identificar les barreres que poden condicionar la seva evolució.

Paral·lelament a les activitats de comunicació, s'està col·laborant amb centres pilot per definir les activitats a desenvolupar en la implementació de les recomanacions, els programes de formació i l'avaluació de l'impacte. Aquesta avaluació consisteix en mesurar el canvi quant a l'ús d'aquestes pràctiques i els recursos emprats en la seva provisió mitjançant un estudi prospectiu avaluatiu abans-després. Actualment s'estan elaborant els indicadors de les recomanacions a partir dels sistemes d'informació sanitaris disponibles (conjunt mínim bàsic de dades [CMBD], història clínica, sistema d'informació sanitària de l'atenció primària [SISAP]) per caracteritzar l'ús i consum de recursos de les pràctiques de poc valor abans de la implementació de les recomanacions.

Discussió

L'Essencial és la primera iniciativa a Catalunya i a Espanya que elabora recomanacions sobre pràctiques de poc valor basades en l'evidència per tal d'evitar-les. Inspirada en les iniciatives internacionals esmentades quant a l'elaboració d'una llista de pràctiques de poc valor, el seu tret diferencial és la implementació de les recomanacions i la mesura del canvi en la pràctica clínica. Però per assolir aquests reptes és indispensable la contribució de tots els decisors del sistema sanitari. Així, per exemple, els metges, en la gestió responsable dels seus pacients, coneixen que un mateix tractament pot ser efectiu en un grup de malalts i inapropiat en un altre, tal i com plantegen la majoria de les recomanacions de l'Essencial. D'altra banda, les orga-

nitzacions sanitàries poden acordar amb els seus professionals les recomanacions a incorporar i fer el seguiment de la seva implementació, proveint informació als professionals. Finalment, l'administració sanitària pot excloure de la cartera de serveis aquelles pràctiques de poc valor recollides en les recomanacions del projecte.

La col·laboració dels clínics per identificar pràctiques a través de les societats científiques, com en el cas del *Choosing Wisely*, es considera cabdal. Els professionals sanitaris són els decisors clau per incrementar els guanys en salut per euro gastat (*value for money*), canviar la pràctica clínica i decidir sobre la prescripció de proves i tractaments innecessaris¹⁴. Actualment hi ha algunes societats científiques que col·laboren amb el projecte, proposant i elaborant recomanacions, però encara hi ha un llarg camí per recórrer. No obstant això, el missatge del projecte de deixar de fer el que és innecessari contrasta amb els trets característics de la medicina actual, basada en la cultura de l'intervencionisme i la fascinació per la tecnologia, propensa a actuar i amb la màxima de "més és millor". En aquest sentit, és necessari transmetre a la comunitat sanitària que aquesta iniciativa és una revisió de la utilització d'intervencions efectives en determinades indicacions clíniques, però perjudicials en d'altres i s'ha de reconèixer que l'efectivitat està molt lluny de l'eficàcia i que tota intervenció sanitària té un risc implícit, fins i tot les intervencions preventives¹³.

Per assolir el canvi en la pràctica clínica que planteja l'Essencial, el repte és la implementació d'estratègies per reduir l'ús de les intervencions innecessàries. En poques ocasions una pràctica clínica s'ha de deixar d'aplicar completament. Freqüentment, les intervencions que han demostrat ser efectives per a un grup de pacients són inapropiades quan les seves indicacions s'amplien a d'altres grups en els quals mai s'han demostrat els seus beneficis¹⁴. Així, la ressonància magnètica no està indicada en pacients amb lumbàlgia abans de les 6 setmanes en absència de signes de compromís neurològic, però sí és apropiada quan els signes són presents.

D'altra banda, l'impacte de les recomanacions en l'ús de recursos és diferent segons la prevalença de la pràctica. L'ús inapropiat d'antibiòtics i de proves diagnòstiques té més impacte en el malbaratament de recursos que la rehabilitació en l'ictus més enllà dels 12 mesos. Aquestes diferències entre les recomanacions junt amb les variacions de la pràctica clínica entre centres dificulta l'elaboració d'estratègies comunes per implementar les recomanacions.

Actualment, a Catalunya s'han desenvolupat dues experiències en hospitals que comparteixen els objectius de l'Essencial: la MAPAC (comissió per a la millora de l'adequació de la pràctica clínica)¹⁵ i la Gestió Clínica Essencial¹⁶. La MAPAC és una comissió creada l'any 2011 a l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau amb la finalitat de millorar

la qualitat assistencial i l'eficiència, alhora que estimular la participació de tots els professionals per millorar l'efectivitat clínica. El seu programa d'actuació, basat en l'evidència, es va consensuar amb els professionals¹⁵. D'altra banda, el mètode d'anàlisi la Gestió Clínica Essencial, creada l'any 2012, s'està implantant en diversos hospitals i avalua l'efectivitat i l'eficiència de la gestió clínica d'un centre hospitalari amb la seva àrea de referència. Aquest mètode liderat pels clínics es focalitza en el malbaratament atribuït als sobrediagnòstics, els sobretractaments i la seguretat de les intervencions i les ineficiències ocasionades pel model organitzatiu i la manca de coordinació entre nivells¹⁶.

Per aconseguir la reducció de pràctiques clíniques de poc valor en els centres, a més del lideratge dels professionals sanitaris, en determinades situacions s'ha d'implantar altres professionals, coordinar nivells assistencials o desenvolupar noves formes d'organització de provisió de serveis com són les vies o rutes assistencials. Per exemple, l'any 2011 es va implantar una ruta assistencial per atendre el dolor lumbar entre els centres d'atenció primària del Vallès Oriental Central i l'Hospital de Granollers¹⁷. Aquest nou model d'atenció de la lumbàlgia es caracteritza per la integració de nivells (atenció primària i especialitzada), amb la participació i consens d'un equip multidisciplinari d'especialistes i l'ús de guies de pràctica clínica. Al cap d'un any de la seva implementació es va observar una reducció de les exploracions de tomografia computada al voltant del 62%, amb una reducció de les radiacions ionitzants i un increment menor en la demanda de ressonància magnètica (18%). En aquest sentit, la col·laboració i compromís de tots els actors del sistema sanitari és clau per a la implementació de les recomanacions.

Un repte important pel projecte és l'elaboració d'indicadors per a cada una de les recomanacions que permetin l'avaluació i el seguiment del canvi del seu ús a la pràctica clínica. En el cas de determinades pràctiques de poc valor es poden requerir dades que rutinàriament no s'inclouen en els sistemes d'informació habituals com el CMBD o el SIDIAP (Sistema d'Informació per al Desenvolupament de la Investigació a l'Atenció Primària), la qual cosa limita l'avaluació de l'impacte. Aquesta situació serà més freqüent quant més complexa sigui la caracterització clínica de la pràctica clínica a evitar, o en situacions en què no es recull determinada informació, com per exemple la mamografia de cribratge en dones de menys de 50 anys o la rehabilitació en l'ictus tal com s'estableix en la recomanació del projecte Essencial¹¹. En absència d'aquesta informació, les dades de la literatura científica o la promoció d'estudis *ad hoc* poden ser una alternativa per estimar l'impacte de la recomanació.

En definitiva, el projecte Essencial proposa una estratègia per reavaluar l'efectivitat de la pràctica clínica i contribuir a l'eficiència i sostenibilitat del sistema sanitari

sense comprometre la qualitat. Vol promoure, com deia aquell article seminal³, la medicina parsimoniosa que intenta prescindir de les intervencions innecessàries, sense que suposi una restricció o limitació de serveis, sinó una atenció sanitària apropiada.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Márquez S, Meneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Gestión Clínica y Sanitaria*. 2003;5:47-53.
2. Conrad P. The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore, MD (US): The Johns Hopkins University Press; 2007.
3. Pons JMV, Argimon JM. De la parsimonia en medicina. *Med Clin (Barc)*. 2013;141(9):387-9.
4. Korenstein D, Falk R, Howell EA, Bishop T, Keyhani S. Overuse of health care services in the United States. An understudied problem. *Arch Intern Med*. 2012;172(2):171-8.
5. Grady D, Redberg RF. Less is more. How less health care can result in better health. *Arch Intern Med*. 2010;170(9):749-50.
6. Garner S, Littlejohns P. Disinvestment from low value clinical interventions: NICEly done?. *BMJ*. 2011;343:e4519.
7. Cassel CK, Guest JA. Choosing Wisely. Helping physicians and patients make smart decisions about their care. *JAMA*. 2012;307(17):1801-2.
8. Choosing Wisely campaign. Five things physicians and patients should question. All specialty society lists [Internet]. Disponible a: www.choosingwisely.org/doctor-patient-lists Accés març de 2014.
9. BMJ's Too Much Medicine campaign [Internet]. Disponible a: www.bmj.com/too-much-medicine Accés març de 2014.
10. Pérez-Fernández P, Gervas J. El efecto cascada: implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas. *Med Clin (Barc)*. 2002;118(2):65-7.
11. Projecte Essencial. Afegint valor a la pràctica clínica [Internet]. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Disponible a: <http://essentialsalut.gencat.cat/> Accés març de 2014.
12. Keller S, Aiken C. The inconvenient truth about change management. Why it isn't working and what to do about it [Internet]. *McKinsey Quarterly*. 2009 April:1-31. Disponible a: www.mckinsey.com/App_Media/Reports/Financial_Services/The_Inconvenient_Truth_About_Change_Management.pdf Accés març de 2014.
13. Gervas Camacho J, Gavilán Moral E, Jiménez de Gracia L. Prevenció cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. *AMF. Actualización en Medicina de Familia*. 2012;8(6):312-7.
14. Elshaug AG, McWilliams JM, Landon BE. The value of low-value lists. *JAMA*. 2013;309:775-6.
15. Varela J. Ahorrar con criterio clínico desde la perspectiva del ámbito hospitalario. *Med Clin (Barc)*. 2012;139(4):165-70.
16. Varela J. Gestió Clínica Essencial. Els primers resultats [Internet]. Ponència a l'acte de presentació del projecte Essencial. Afegint valor a la pràctica clínica. Barcelona, 7 de març de 2013. Disponible a: http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Formacio/jornades/2013/projecte_essencial/documents/Arxius/GestioClinicaEssencial.pdf Accés març de 2014.
17. Botta M, Cruz E, Surís X, Pérez A, Recassens I, Prat N, et al. Nuevo modelo de atención integrada de la lumbalgia en el Vallès Oriental. XXXIII Jornadas de la Asociación de Economía de la Salud. Santander, juny de 2013. *Gac Sanit*. 2013;27(Espec Congr 1):10.