

Propuesta de política pública para el manejo del dolor crónico musculoesquelético en Chile

INVESTIGADORES¹

MANUEL ESPINOZA

Escuela de Medicina UC

PAULA REPETTO

Escuela de Psicología UC

BÁLTICA CABIESES

Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo

CONSTANZA VARGAS

Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA-UC)

PEDRO ZITKO

Escuela de Medicina UC

Resumen²

El dolor crónico no maligno es una condición multifactorial que persiste por más de 12 semanas y cuya causa no es oncológica. Uno de los determinantes más importantes de dolor crónico son las enfermedades musculoesqueléticas, que ocupan los primeros lugares de carga de enfermedad global. Su manejo es complejo, debido a la coexistencia de factores biológicos, psicológicos y sociales que contribuyen a su cronicidad. Estas circunstancias originan múltiples consecuencias que, en la mayoría de los casos, trascienden al quehacer del sistema de salud.

La presente propuesta se genera a partir de un estudio que levantó información desde tres fuentes: una revisión de la literatura con enfoque en la atención clínica de salud; una segunda revisión con énfasis en el sistema de salud y en los determinantes sociales de la salud; y finalmente una investigación cualitativa diseñada para indagar sobre la situación actual respecto del manejo del dolor crónico musculoesquelético (DCME) en Chile.

1 Participaron como ayudantes de investigación: Florencia Martorell, Joaquín Vrsalovic y Pedro Doren.

2 Esta propuesta fue presentada en un seminario organizado por el Centro de Políticas Públicas UC, realizado el 2 de noviembre de 2017, en el que participaron como panelistas Norberto Bilbeny, expresidente de la Asociación Chilena para el Estudio del Dolor (ACHED), y Dino Sepúlveda, jefe del Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA), del Ministerio de Salud.

La propuesta se elabora con un enfoque centrado en el paciente, que persigue mejoras de equidad en el acceso y que responde primariamente al dolor crónico musculoesquelético como problema de salud y no únicamente a las causas que le subyacen. Adicionalmente, se definieron cuatro principios rectores que orientaron su elaboración: (i) la interdisciplina como base del buen manejo de los pacientes; (ii) la integración de los niveles de atención, que le permita al paciente navegar adecuadamente en el sistema de salud y recibir oportunamente los cuidados necesarios; (iii) la competencia intercultural, que permita fortalecer el vínculo entre el paciente y los profesionales de la salud; y (iv) la sostenibilidad financiera de las propuestas.

La propuesta se puede resumir en dos elementos centrales: primero, la implementación de un programa interdisciplinario integral para el manejo de DCME a nivel de atención primaria y, segundo, un nuevo problema GES para la atención de casos de DCME refractario en el nivel hospitalario. Ambos instrumentos van asociados a un plan de capacitación de capital humano, a un plan de fortalecimiento del automanejo del paciente y a un plan de financiamiento sostenible. Finalmente, si bien la propuesta se construyó con visión de largo plazo, se ha incorporado un análisis de factibilidad con el objetivo de construir una hoja de ruta para su implementación.

Introducción

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con daño tisular real o potencial o descrita en términos de dicho daño (IASP, 2015). El dolor crónico no maligno es aquel que persiste por más de 12 semanas cuya causa no es oncológica (IASP, 2015; NICE, 2014; Treede y cols., 2015). Es una condición multifactorial que se manifiesta con síntomas físicos y psicológicos que producen múltiples consecuencias, entre ellas la disminución en la calidad de vida, cambios en el estado de ánimo, alteración de la funcionalidad, del sueño y del apetito (Varrassi y cols., 2010).

Una importante causa de dolor crónico son las patologías musculoesqueléticas (ME), que han demostrado ser una de las causas más importantes responsables de la carga de enfermedad global (más de 120 millones de años de AVD³, equivalentes a la cuarta parte de las discapacidades del planeta) (Global Burden of Disease Cancer y cols., 2017; March y cols., 2014). La evidencia también muestra que la prevalencia va en aumento, enfatizándose la necesidad de que sea un problema abordado desde la salud pública. Estos antecedentes han llevado a proponer una nueva Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) que incluye al dolor crónico como una categoría de enfermedad.

3 Años de vida perdidos por discapacidad.

En términos generales, existe consenso en que tratar el dolor crónico es complejo debido a la coexistencia de factores biológicos, psicológicos y sociales que contribuyen a su cronicidad. Estas circunstancias originan múltiples consecuencias que en la mayoría de los casos trascienden al ámbito únicamente de la salud. Entre las principales consecuencias se encuentran los factores psicológicos y cómo estos influyen y dificultan el manejo (Turk & Okifuji, 2002; Jensen & Turk, 2014); el impacto económico que tiene un importante componente social asociado a la disminución de la productividad (Phillips, 2009, Maniadakis and Gray, 2000); y la disminución de la calidad de vida debido a la pérdida de autonomía y funcionalidad. Dichos efectos tienen, en menor o mayor medida, alguna relación con aspectos relacionados al estado de salud del paciente. Sin embargo, los afectados sufren consecuencias que muchas veces son difíciles de medir y cuantificar y que tienen que ver con el deterioro de aspectos sociales.

Chile cuenta con algunos datos aislados que permiten identificar al dolor crónico como un problema prevalente, que genera gran discapacidad y para el cual no existe una política pública integral que facilite abordarlo de manera satisfactoria. Un primer paso requiere la integración de la evidencia disponible, principalmente orientada al área de la salud y enfocada en aquellas consecuencias observables. No obstante, estas no necesariamente reflejan la real magnitud del problema. Por ejemplo, poco se discute de los efectos no cuantificables como el miedo, la disminución de habilidades sociales, la marginación de la sociedad, la vulnerabilidad, el estrés, la pérdida de vínculos familiares y la frustración, entre otros. Estos aspectos, que son importantes determinantes del bienestar individual y social, y que debieran estar en el centro de las políticas públicas, son también –desde una visión más pragmática– determinantes de la productividad de las personas.

El presente proyecto tiene como objetivo generar una propuesta de política pública para el manejo del dolor crónico musculoesquelético (DCME) en Chile, que integre la evidencia internacional disponible con un diagnóstico de la realidad nacional y con la opinión de actores clave.

La metodología empleada para el desarrollo de la siguiente propuesta incluyó: (i) una revisión de literatura con enfoque en la atención clínica de salud; (ii) una revisión con enfoque en el sistema de salud y los determinantes sociales de la salud; y (iii) opiniones de expertos. La revisión con enfoque de atención clínica se concentra en aquellas intervenciones destinadas a mejorar el cuidado y atención médica. A partir de la búsqueda sistemática⁴, se realizó una síntesis narrativa de la evidencia. La revisión con enfoque en el sistema

⁴ La sintaxis definitiva correspondió a: ((“pain”[MeSH Terms] OR “pain”[All Fields]) AND (“public policy”[MeSH Terms] OR (“public”[All Fields] AND “policy”[All Fields]) OR “public policy”[All Fields])) AND Review[ptyp].

de salud y determinantes sociales se concentra en identificar experiencias que intervienen factores macro del sistema de salud, así como hacerse cargo de los determinantes sociales. Se realizó una búsqueda en la base de datos PubMed/Medline, a partir de las palabras clave (MeSH term). Existen 60 MeSh terms en PubMed referidos a dolor, de los que se seleccionaron dos principales: Musculoskeletal Pain y Chronic Pain⁵. Finalmente, las opiniones de expertos fueron levantadas y sistematizadas mediante metodología cualitativa. Se elaboró un guión de entrevista semiestructurada y de grupo focal, la que fue aplicada a actores claves que representan tres diferentes perspectivas: autoridad sanitaria; sistema de salud (público y privado); y pacientes. Se realizaron entrevistas a 13 informantes clave, las que fueron grabadas en audio y transcritas, palabra por palabra, para ser analizadas a través de análisis temático.

Por último, para la elaboración de la propuesta de política pública se realizó la triangulación de la información levantada. Además, como parte de la metodología del Concurso de Políticas Públicas, se realizaron dos talleres y un seminario a lo largo del desarrollo del proyecto, en los cuales el equipo investigador expuso los avances, recibiendo muy importante retroalimentación por parte de los asistentes, que fue tomada en cuenta e incorporada a la propuesta.

Antecedentes y diagnóstico

Los datos epidemiológicos asociados al dolor crónico no oncológico son escasos y algunos de baja calidad. La revisión sistemática de Leadly y cols. (2012) es de los pocos estudios cuyo foco está en el dolor crónico y no en la comorbilidad que lo origina. Este estudio reporta que la prevalencia varía de manera importante entre países, desde un 7 a un 46% (Gerdle y cols., 2008; Jakobsson, 2010), pero concuerda en que la causa más común es el lumbago. A pesar de la escasa información, en general, los estudios internacionales reportan una prevalencia de un 20% (Reid y cols., 2011). La Encuesta de Dolor Europea encontró que un 19% de los encuestados definió la intensidad del dolor crónico como moderada, presentándose casi todos los días durante los últimos seis meses (Breivik y cols., 2006). En América Latina, las estimaciones de prevalencia fluctúan entre un 17 a un 40% (Miranda y cols., 2013).

Un aspecto sobre el cual hay consenso es que las consecuencias del dolor crónico son múltiples y trascienden al ámbito únicamente de la salud. Por ejemplo, desde el punto de vista del impacto económico, son relevantes los

5 La sintaxis definitiva correspondió a: ((“musculoskeletal pain”[MeSH Terms] OR (“musculoskeletal”[All Fields] AND “pain”[All Fields]) OR “musculoskeletal pain”[All Fields]) AND (“chronic pain”[MeSH Terms] OR (“chronic”[All Fields] AND “pain”[All Fields]) OR “chronic pain”[All Fields])) AND ((social[All Fields] AND determinants[All Fields]) OR (social[All Fields] AND factors[All Fields])).

costos sociales asociados a la disminución de la productividad y a la ausencia e incapacidad laboral, dado el mayor riesgo de retiro anticipado (Phillips, 2009; Maniadakis y Gray, 2000). En 2003, en Suecia, las licencias médicas por dolor crónico produjeron una pérdida de producción de 7,4 billones de euros (91% del costo socioeconómico total) y en Dinamarca se estimó que se pierden un millón de días de productividad por ausentismo laboral debido a dolor crónico (Eriksen y Sjogren, 2006). Por otro lado, debido al pobre e insuficiente manejo de los pacientes, se tiende a hacer un uso inadecuado de los recursos del sistema de salud, aumentando el gasto y generando ineficiencia (Stewart y cols., 2015). Otro de los efectos tiene que ver con factores psicológicos y cómo influyen en la mantención y severidad del dolor. Se ha demostrado que el dolor crónico impacta en la vida emocional de las personas, sus relaciones interpersonales y su funcionamiento cotidiano. Potencialmente podría derivar en manifestaciones como depresión y ansiedad, discapacidad y problemas de funcionalidad (Turk y Okifuji, 2002; Jensen y Turk, 2014).

La evidencia disponible está principalmente enfocada en aquellas consecuencias observables para las que existen métricas y datos disponibles, pero no necesariamente reflejan la real magnitud del problema. Por ejemplo, poco se discute de consecuencias no cuantificables como el miedo, la disminución de habilidades sociales, la marginación de la sociedad, la vulnerabilidad, el estrés, la pérdida de vínculos familiares y la frustración, entre otros. Estos aspectos, que son importantes determinantes del bienestar individual y social, y que debieran estar en el centro de las políticas públicas, son también—desde una visión más pragmática— determinantes de productividad de las personas.

El diagnóstico del dolor crónico, más específicamente del dolor crónico musculoesquelético (DCME), como problema de salud en Chile, es limitado. Los principales males ME que causan dolor crónico no están considerados en los procesos de priorización actuales del sistema de salud ni tampoco lo están aspectos clave como el impacto en términos de calidad de vida. A pesar de estas limitaciones, existe una percepción innegable de su relevancia, que ha determinado acciones de la autoridad sanitaria. Por ejemplo, el Ministerio de Salud de Chile generó un piloto llamado Programa de Atención Musculoesquelética (PAME) (Zitko y cols., 2008) que posteriormente originó las Salas de Rehabilitación Integral. Estas han brindado atención a un amplio espectro de pacientes con discapacidad donde el dolor crónico es, en muchos casos, el principal gatillante. Sin embargo, a pesar de estas acciones, y por razones que serán desarrolladas más adelante en el texto, el DCME sigue siendo un problema de altísima relevancia en salud pública que requiere detallada atención y el desarrollo de propuestas que cambien el statu quo de su manejo actual.

1. Situación actual desde la perspectiva del sistema de salud

En Chile, la gestión de la planificación sanitaria tiene una lógica de priorización, cuyo principal motor ha sido el plan de beneficios que definió el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES). A partir de este, se han implementado políticas basadas en evidencia, con enfoque en sostenibilidad financiera, que incorporan valores sociales relevantes para la población chilena. La carga de enfermedad ha tenido cierta supremacía sobre otros criterios (Vargas and Poblete, 2008); sin embargo, también existen otros factores como la calidad de vida y el impacto financiero sobre las familias y el propio sistema de salud (Ley 19.966, 2004). A continuación, se resumen los principales datos disponibles que permiten la caracterización del problema de salud para su consideración en los procesos de priorización en Chile.

1.1 Prevalencia

La segunda Encuesta Nacional de Salud (ENS 2009/2010) no revela información específica con relación a dolor crónico, pero se pueden inferir algunas conclusiones relacionadas. Por ejemplo, un 86% de los encuestados reportaron dolor en las últimas cuatro semanas. De este total, un 37% reportó que el dolor interfirió de forma moderada en las actividades de la vida diaria y un 18% dijo que la limitación fue mayor (Ministerio de Salud de Chile, 2010).

En 2013, se llevó a cabo el primer estudio de prevalencia de dolor no oncológico realizado por la ACHED junto a investigadores de la Universidad de Chile (datos en vías de publicación). Este se llevó a cabo en la Región Metropolitana, mediante una encuesta telefónica dirigida a mayores de 18 años. Un 32% (IC 95% 26,5 – 36,7) de los encuestados manifestó tener dolor crónico no oncológico (duración mayor a tres meses). Las dos principales causas reportadas fueron el lumbago y la artrosis. Se observó que casi un 40% de los pacientes que reportaron dolor crónico se encuentran en edades de máxima producción laboral (30-49 años). Además, aproximadamente un 20% describió el dolor como severo. Finalmente, se observó que era un problema de salud de larga duración: 78% manifestó presentar episodios al menos tres veces por semana y un 45% por más de 12 meses.

1.2 Carga de enfermedad

Existen dos estudios de carga de enfermedad realizados en Chile; uno de 1996 y otro de 2008. En el primero, de los 94 problemas de salud evaluados, dos correspondieron a problemas ME (artrosis y artritis). En la actualización de 2008 (Minsal, 2008) se incorporaron la hernia del núcleo pulposo, la osteoporosis, la escoliosis y el lupus eritematoso. Llama la atención que varios problemas ME no fueran incluidos en el análisis, pues en las últimas estimaciones del Estudio Mundial de Carga de Enfermedad se observa que, por ejemplo, el dolor de espalda bajo es la primera causa de carga de enfermedad a nivel global (Global Burden of Disease Cancer y cols., 2017). Estos estudios

no consideran desagregación por conjuntos sindromáticos específicos como el hombro doloroso, la fibromialgia o el síndrome miofascial. Asimismo, no reportan cuánto de la carga por problemas ME crónicos es atribuible específicamente a la discapacidad por dolor.

Estos antecedentes motivaron la realización del primer estudio de carga de enfermedad enfocado en DCME (en revisión para publicación). Este consideró seis patologías ME escogidas en base a prevalencia o relevancia clínica de acuerdo al juicio de expertos: (i) artrosis de rodilla, (ii) artrosis de cadera, (iii) lumbago, (iv) síndrome de hombro doloroso, (v) fibromialgia y (vi) dolor miofascial. El resultado más relevante muestra que las personas con DCME acumulan el 21,2% de la discapacidad total a nivel poblacional, generando más de un millón de años de vida perdidos por discapacidad (AVD) (tasa 6.679 x 100.000 habitantes). Del total de la carga nacional de discapacidad, un 4,5% es atribuible específicamente a dolor crónico asociado a síntomas ME (equivalentes a 281.602 AVD). El lumbago es el problema de salud que más carga genera (341.676 AVD) y el que se asocia a la mayor fracción de discapacidad general en la población. Finalmente, los seis problemas ME evaluados se ubicaron entre los primeros 20 lugares asociados a mayor carga, de acuerdo a lo previamente observado en el estudio de carga de enfermedad 2008; el lumbago ocupó el primer lugar, por sobre la enfermedad hipertensiva del corazón y el trastorno depresivo.

1.3 Costos

Una segunda investigación de costos y consecuencias permitió evaluar otro foco del problema del DCME, asociado a las mismas seis patologías del estudio de carga de enfermedad (en revisión para publicación). Allí, se reportó el costo asociado al manejo médico del dolor crónico, la depresión atribuida a dolor, ansiedad asociada y pérdida de productividad laboral.

El costo total anual esperado para este conjunto de patologías asciende a los \$547.336.874.115 (ICB 95% \$311.895.052.410 - \$898.218.642.281). Este monto equivale a lo que el sistema público y privado de salud deben incurrir anualmente para el manejo de todas las consecuencias evaluadas en este estudio y cuyo origen es el DCME. La mayor parte se atribuye al costo del manejo de terapéutico del dolor crónico que, en este estudio, se asumió como proxy a la discapacidad generada por dolor crónico. Solo a modo de referencia, el costo total esperado corresponde al 4,9% del presupuesto de salud para el año 2016 y a un 0,3% del PIB. En países de Europa el costo del dolor crónico está en un rango entre 1,5 y 3% PIB. Las patologías que más costos generan fueron el lumbago, alcanzando en promedio \$174.092.444.070 (ICB 95% \$99.928.604.167 - \$281.121.943791), y la osteoartritis de rodilla con \$148.430.539.060 (ICB 95% \$85.086.091.878 - \$245.651.233.514) al año; las cuales son responsables del 31,8% y 26,9% del total, respectivamente.

2. Evidencia internacional de políticas públicas en salud sobre DCME

2.1 Revisión con enfoque en la atención clínica de salud

Como complemento al diagnóstico de la situación actual desde el sistema de salud, se realizó una búsqueda de literatura científica (PubMed/Medline) sobre políticas de DCME publicadas. Se identificaron 284 resúmenes, luego se seleccionaron 27 artículos y se accedió a 24. La mayoría describe políticas específicas de Estados Unidos (12; 50%), seguido de publicaciones con una orientación general (seis; 25%). Los tópicos más abordados fueron regulaciones (cuatro; 17%) y organización de sistemas (cuatro; 17%); y solo tres (13%) fueron propuestas de políticas. Se identificaron tres tipos de políticas según su orientación: (i) generales y de prevención del DCME; (ii) intermedias, destinadas a mejorar el desempeño de las prestaciones especializadas; y (iii) específicas destinadas al control de fármacos opiáceos.

El primer tipo de políticas (generales y de prevención del DCME) destaca el fortalecimiento de la atención primaria como alternativa para aumentar la cobertura de acceso al manejo del dolor (Knaul F., 2015; Hadjistavropoulos T., y cols., 2009), pero también como instancia de coordinación con poblaciones de riesgo (Hadjistavropoulos T. y cols., 2009) y de *triage* para referencia a especialistas (Al Maini y cols., 2015). Además, se incluyen estrategias amplias como marketing social, educación e incentivos para la reinserción laboral (Gross y cols., 2012).

El segundo tipo de políticas (intermedias) incluye estrategias para incentivar la especialización del recurso humano en problemas reumatológicos (extensible al manejo del dolor), promover el uso de telemedicina y favorecer el uso de prestaciones costo-efectivas (Al Maini y cols., 2015). También se encuentran intervenciones orientadas a superar barreras de acceso en población vulnerable y de riesgo, principalmente adultos mayores (Hadjistavropoulos T. y cols., 2009).

Finalmente, el tercer tipo de políticas (específicas), se relacionan a la regulación del uso de opiáceos siendo lo más documentado en la literatura (especialmente en Estados Unidos) (Twilliam R.K., y cols., 2016; Hall J.K., y cols., 2009; Gilson y cols., 2005). Se discute capacitar a médicos en la prescripción, favorecer legislaciones que respalden su uso, enfrentar las creencias que podrían obstaculizar el acceso (creencias del personal, aceptabilidad de pacientes) y asegurar la cobertura a este tipo de fármacos.

2.2 Revisión con enfoque de sistema de salud y de determinantes sociales

Lo anterior se complementó con una búsqueda sobre experiencias que incluyesen determinantes sociales del DCME. De los 216 artículos que se encontraron, finalmente se incluyeron para revisión 51. De acuerdo a las temáticas abordadas, 48 eran referidos a aspectos del usuario en el DCME; 11 referidos

al proveedor; y seis al asegurador. Cabe destacar que un artículo podía referirse a más de un enfoque.

Los principales temas de los usuarios se centraron en factores de riesgo individuales, en cómo han debido adaptarse al dolor para mantener su contacto habitual con el sistema de salud, y en aspectos de adaptación de vida como automanejo, grupos de pares y manejo no farmacológico del dolor, que incluye terapias físicas, ejercicio, terapias alternativas y complementarias, principalmente.

Respecto del punto de vista del proveedor, estos estudios discuten la incorporación de nuevas técnicas en el manejo del paciente con DCME. Todas las investigaciones revisadas en esta categoría apuntan a mejorar las estrategias terapéuticas para lograr perfeccionar el funcionamiento del servicio de salud.

Sobre la perspectiva del asegurador, los artículos describen factores de riesgo y criterios de inclusión para ser beneficiarios de pensiones de invalidez. La mayoría discute el caso de Estados Unidos, analizando criterios de nivel educacional y clase social. En el caso de Europa se describen instancias de jubilación anticipada, según criterios basados en ciertos determinantes sociales. Se puede concluir de estos estudios la importancia de contar con un sistema de análisis avanzado para poder clasificar a los pacientes como beneficiarios en forma transparente, inclusiva y basada en derechos.

Finalmente, cabe destacar que no se encontró ninguna referencia o material capaz de dar cuenta de que se haya construido una política para DCME previamente en Chile.

3. Diagnóstico de situación en Chile del DCME según actores clave

De los resultados se destaca que existe conocimiento entre los entrevistados con relación al manejo general disponible, desde el sistema de salud, para atender pacientes que tienen DCME. Sin embargo, destacan importantes diferencias entre el nivel primario y secundario. A nivel primario el manejo se realiza principalmente a través del programa de rehabilitación y sus salas de Rehabilitación Integral. La implementación nacional de este programa alcanza aproximadamente un 45% y ha sido heterogénea a lo largo del país. Por ejemplo, mientras en algunos casos se ubican dentro de los Centros de Salud Familiar (Cesfam), en otros se encuentran en los centros comunales, muchas veces alejados.

Por otro lado, a nivel secundario, se privilegia el manejo de dolor oncológico y no oncológico de patologías priorizadas en el GES (por ejemplo, artrosis de cadera y rodilla). Se describe la existencia de equipos de trabajo multidisciplinarios, en los que se incluye una mayor variedad de médicos especialistas, entre ellos fisiatras y anestesiólogos. Dado que los cuidados palia-

tivos son una garantía GES, el enfoque es más biomédico, con un importante componente de uso de medicamentos. Estos dos sistemas entregan servicios de salud paralelos y carecen de una atención integral. Ello ha generado un aumento considerable en las listas de espera y una constante que es la falta de un seguimiento efectivo al paciente. La Tabla 1 sintetiza la información levantada a partir de las entrevistas.

TABLA 1. **Actividades actualmente identificadas en el sistema de salud, vía de implementación, características básicas y dificultades**

	Actividad	Implementación	Característica	Dificultades observadas
Quién provee y servicios actualmente disponibles en el sistema de salud	Programa de rehabilitación	Salas Rehabilitación Integral/CCR, Contratación de KN, TO. Actividades individuales y con la comunidad (centros comunales).	Programa multidisciplinario y enfoque biopsicosocial. Trabajo con la comunidad: familia y también en lo laboral. En general, el trabajo es integral entre médico y KN.	No disponible en todos los CESFAM. Enfoque principal son pacientes GES: cuadros de artrosis y neurológicos. Falta de atención a casos No GES.
	Tratamiento farmacológico	Acceso a través de GES y a través de listado de medicamentos APS.	Manejo farmacológico solo por el médico tratante. No se incluyen opioides.	Falta de protocolo o guía clínica. Pacientes sobre medicados y con persistencia de dolor.
	Seguimiento del paciente	Reuniones técnicas. Información entregada solo a través de la ficha clínica. Reuniones amplias.	En las reuniones amplias, participa APS y personal del Hospital.	Falta de integralidad entre los diferentes actores. Falta seguimiento.
	Rehabilitación sector privado	Salas de kinesiología.	Mayor disponibilidad de salas de rehabilitación. Conocimiento técnico más robusto con relación a dolor crónico.	Débil seguimiento del paciente. Carece de manejo multidisciplinario, solo manejo médico.
	Innovaciones locales aisladas	Contratación de TO a través del programa Chile Crece Contigo. Uso de medicina integrativa.	TO realizaron atención domiciliaria: órtesis y adaptación del hogar. Capacitación de KN en acupuntura.	Iniciativas locales no transversales a todo el sistema.

	Manejo multidisciplinario	Derivación desde APS a nivel secundario, KN y TO, asistente social, psicólogo/a, nutricionista Unidades de cuidados paliativos.	Se requiere de una coordinación entre toda la red de atención.	Falta de integralidad en el diagnóstico y atención que permita un eficiente seguimiento. Alta rotación de médicos APS y falta de capacitación. Largas listas de esperas.
	Diagnóstico del problema de salud	Examen clínico. Exámenes de laboratorio. Imágenes.	Algunos exámenes son realizados a nivel APS y otros son realizados en nivel secundario. Algunos deben ser costeados a través de bolsillo.	Baja cobertura y falta de acceso. Falta de diagnóstico multidisciplinario.
	Capacitaciones/ Conferencias	Agrupaciones de pacientes organizan capacitaciones.	Profesionales deben capacitarse en el manejo del dolor crónico.	Médicos APS tienen dificultad para asistir.
	Manejo de grupos vulnerables	Identificar grupos vulnerables.	Dueñas de casa. Sobrepeso/Obesidad. Policonsultante. Vulnerabilidad social (drogadicción, alcoholismo, violencia intrafamiliar).	Paciente estigmatizado, factores sociales altamente presentes en pacientes con dolor crónico. Problemas de salud mental y ansiedad.
Vías de financiamiento disponibles		Pago per cápita.	Financiamiento depende del número de inscritos.	Requiere de monitoreo, seguimiento. Se debe definir un indicador de desempeño para regular.
		Convenios específicos.	Los recursos deben ser utilizados de acuerdo al subtítulo del convenio (infraestructura, RR.HH., equipamiento, etc).	Poca flexibilidad en el uso de los recursos. Muchas veces no hay espacio físico para equipamiento.
		GES.	Pago en base a prima GES.	N/A
		Gasto de bolsillo.	Pago en base a capacidad. En ocasiones requiere manejo especializado de alto costo.	Baja cobertura de prestaciones kinésicas. La polifarmacia genera alto gasto y baja adherencia.

Nota: KN, Kinesiólogo; TO, Terapia ocupacional; GES, Garantías explícitas en salud; N/A, No aplica; APS, Atención primaria en salud; CCR, Centros comunitarios de rehabilitación; CESFAM, Centro de salud familiar.

Fuente: elaboración propia.

De acuerdo a la descripción del estado de la situación actual en relación con el manejo del DCME, se destacan los siguientes desafíos que son considerados en la propuesta.

1. **Falta de competencia técnica:** tanto la literatura como la consulta a expertos sugieren la falta de formación para el diagnóstico y manejo efectivo de personas con DCME. Idealmente, esta debería acompañarse de guías clínicas y programas integrales que catalicen el diálogo entre profesionales y el seguimiento efectivo de los pacientes. El enfoque debe ser en el dolor crónico como patología y no como condición de salud secundaria a otra patología.
2. **Falta de diálogo entre profesionales:** esta debilidad se ha reportado tanto en casos de pacientes GES como no GES asociadas a DCME. Se han reportado, por ejemplo, diferencias en diagnóstico entre profesionales de salud a nivel primario, así como en el manejo farmacológico y no farmacológico. En el caso de patologías GES esto podría resolverse mejorando la referencia y contrarreferencia entre niveles de atención, así como estableciendo indicadores de seguimiento y monitoreo que obliguen a distintos profesionales a dialogar en pos de mejores resultados. En el caso de pacientes No GES, una posible forma de abordarlo es por medio de la creación de programas integrales de DCME que se basen en nivel primario y se articulen con el programa de rehabilitación y las unidades de cuidados paliativos en nivel secundario.
3. **Ausencia de intervenciones efectivas y ampliamente validadas y consensuadas:** no se conocen estrategias que hayan sido ampliamente validadas para el manejo de DCME en Chile. Se ha descrito la efectividad de algunos programas específicos que llevan cierto tiempo de desarrollo e implementación y monitoreo. Esta documentación debe ahora acompañarse de estudios de efectividad y costo-efectividad que permitan conocer de mejor forma los beneficios, riesgos y costos asociados. Solo así se podrán diseñar programas integrales basados en la evidencia y que permitan el mejor uso de los recursos disponibles.
4. **Listas de espera de pacientes con DCME no GES, en nivel hospitalario:** la mayoría de las listas de espera en este tema responden a condiciones de salud que no son actualmente parte de la cobertura GES. Estos casos son referidos –desde el nivel primario– ante la incapacidad de un adecuado diagnóstico y control del dolor.
5. **Definir cuál es el foco central de abordaje de esta problemática en Chile:** en nuestro país, no se ha decidido aún cuál debe ser el abordaje del DCME. Existen en forma simultánea concepciones de naturaleza biomédica y biopsicosociales que no están siempre en diálogo, que requieren de mayor encuentro y debate. El enfoque biomédico pone el énfasis en la patología de base y su tratamiento, así como en medidas farmacológicas del dolor. El enfoque biopsicosocial pone el énfasis en la autovalencia y

automanejo del paciente, adaptaciones del estilo de vida y medidas no farmacológicas.

6. **Mecanismos que aseguren su sostenibilidad financiera:** el financiamiento actual del sistema de salud público viene dado en la atención primaria por: (i) el per cápita de la atención primaria; (ii) los convenios específicos (por ejemplo, salas de rehabilitación integral); y (iii) los aportes adicionales que pueda dar el municipio. Ninguno de estos mecanismos está ligado a un sistema que asegure a los pacientes acceso efectivo a las prestaciones requeridas. Cabe destacar que los convenios pueden ser suspendidos por la autoridad sanitaria si lo cree pertinente en un siguiente periodo presupuestario. A nivel hospitalario, solo tiene garantía aquello que se encuentra dentro del GES.

Propuesta de política pública para el dolor crónico musculoesquelético

1. Enfoque y principios rectores de la propuesta

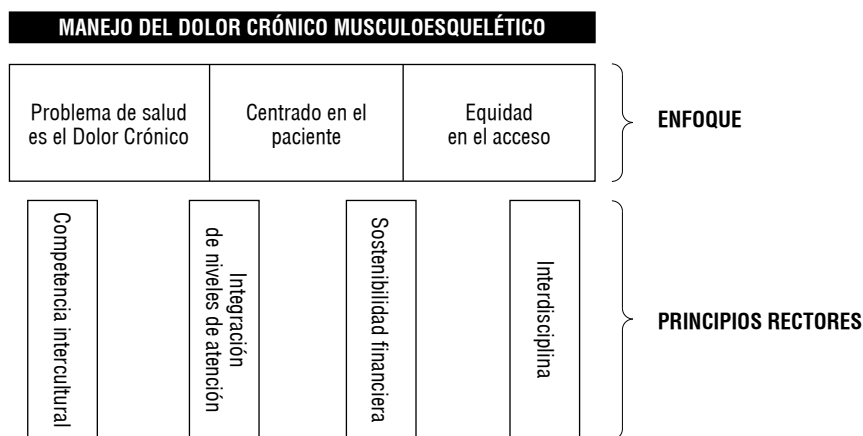
La propuesta estará regida por un enfoque sustentado en tres elementos: (i) el dolor crónico como problema de salud y no como una consecuencia secundaria a una patología de base; (ii) centrado en las necesidades del paciente y; (iii) equidad en el acceso a prestaciones de salud para todo paciente con diagnóstico de dolor crónico.

El primer elemento reconoce que el sistema actual de manejo está orientado al diagnóstico y tratamiento de la etiología del DCME, lo cual podría desatender el problema que sufre el paciente. No siempre la solución de la causa del DCME resuelve el dolor, lo cual perpetúa el problema de salud. Por ejemplo, el paciente con osteoartritis de cadera que recibe un reemplazo de la articulación de cadera puede mejorar su movilidad, pero mantenerse con dolor. El segundo elemento dice relación con responder en todo momento a la necesidad del paciente. Este enfoque estimula que la discusión se centre en lo que realmente le importa al paciente, sin correr el riesgo de distorsión hacia las nuevas tecnologías o la subespecialidad. En otras palabras, permite hacer competir en igualdad de condiciones a tecnología de punta con estrategias de automanejo o medicina integrativa que –desde la perspectiva del paciente– pueden ser igualmente beneficiosas. Finalmente, el enfoque de equidad enfatiza la necesidad de que las medidas nivelen las oportunidades de acceso a cuidados de salud adecuados, independiente de la capacidad de pago de las personas o de otros factores que actúan como barreras de acceso.

Se identificaron cuatro principios rectores que sustentan el enfoque de la propuesta. Primero, la interdisciplina de la atención del paciente en todos los niveles, anclada en una perspectiva biopsicosocial promoviendo la autovalencia y automanejo del paciente; segundo, la sostenibilidad financiera; tercero, la integración entre los diferentes niveles de atención; y finalmente,

la competencia intercultural. Este último principio se refiere a que la atención profesional debe ser capaz de recoger desde el usuario sus vivencias personales y sistemas de creencias para mejorar su condición de salud.

FIGURA 1. **Enfoque y principios rectores de la propuesta**



Fuente: elaboración propia.

2. Propuesta para la atención primaria: programa interdisciplinario integral de dolor crónico

La evidencia recogida de las etapas previas identifica dos lineamientos para la construcción de la propuesta. El primero dice relación con la optimización y fortalecimiento de los recursos que están actualmente disponibles en el sistema de salud y el segundo, respecto de la creación de nuevas intervenciones. Por el lado de la optimización de recursos existentes, se propone fortalecer el programa de rehabilitación a través de las salas de rehabilitación integral, asegurando la dotación profesional necesaria y avanzando en su creación en comunas/regiones inexistentes.

La mayor innovación en el nivel primario es la creación del Programa Interdisciplinario Integral de Dolor Crónico Musculoesquelético. El ingreso al programa requiere un diagnóstico precedido por una evaluación médica y una evaluación psicológica, instancias en que se debieran identificar síntomas de alerta de condiciones graves o que requieren manejo especializado. Una vez confirmada la elegibilidad del paciente de acuerdo a criterios establecidos en las guías del programa, este será presentado para evaluación por un equipo interdisciplinario, que planteará un plan de manejo. Este equipo estará conformado por médico de APS, kinesiólogo, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional (TO) y asistente social. Además, se considera la participación de una enfermera de enlace, destinada a articular las acciones de

los niveles primario y hospitalario. Adicionalmente, es deseable contar con la asistencia, al menos remota, de un especialista para el análisis de casos seleccionados a determinar por el propio equipo multidisciplinario. Cabe destacar que esta primera evaluación debe considerar si el paciente debe ser referido al sistema administrado por las mutuales, por considerarse DCME a causa de una enfermedad profesional.

El plan de manejo incluye elementos clínicos y no clínicos. En el manejo clínico intervendrán, según necesidad, médico, nutricionista, kinesiólogo, TO y psicólogo. La responsabilidad del manejo farmacológico es del médico familiar, quien además en caso de prescribir opioides, debiera contar con el apoyo del químico farmacéutico para velar por la seguridad y uso racional de estos fármacos. En los centros de salud sin especialista, es el médico general el que debe asumir esta responsabilidad, para lo cual –tal como se detallará posteriormente– la política debe ir acompañada de un programa de capacitación en materias específicas. Además, se plantea la inclusión explícita de terapias de medicina integrativa, las cuales podrían ser administradas por profesionales entrenados. La disponibilidad de terapias no alopáticas debiera ser consistente con recomendaciones del Ministerio de Salud, de quien se espera haya realizado evaluaciones y generado guías ad hoc para su implementación práctica. Los pacientes que presenten algún grado de discapacidad debido al dolor serán enrolados en el programa de rehabilitación ya disponible en el sistema de salud a través de las salas de rehabilitación integral, las cuales esperan verse fortalecidas en el marco de la implementación de este nuevo programa.

La incorporación del manejo de opioides en la atención primaria conlleva riesgos, pues aumentan los puntos de acceso de las personas a la prescripción de estos fármacos. La operacionalización de esta medida requiere la implementación de un sistema regulatorio más efectivo en Chile para la prescripción y monitorización del uso de opioides y estupefacientes, que asegure que un paciente tiene acceso a estos fármacos a través de un único profesional. Se sugiere la creación de una receta electrónica administrada por un sistema de monitorización centralizado en el Instituto de Salud Pública. En este sistema, solo un médico podrá prescribir recetas de estos fármacos para un paciente, el cual debe estar debidamente registrado. Este sistema debiera además estar interconectado con las farmacias, que asumirían un rol en el control al momento de dispensar los fármacos.

En el manejo no clínico destacan dos elementos. Primero, el soporte del asistente social, a cargo de una evaluación de vulnerabilidad social, será el punto de contacto con el Compin en casos de incapacidad laboral y de materializar oportunidades de protección social. La labor del asistente social debe estar articulada con la del equipo interdisciplinario, pues será este profesional el encargado de apoyar al paciente en su tránsito por el sistema

previsional. Esto reviste especial interés cuando el pagador rechaza licencias que tienen justificación clínica. Es esperable que una licencia que cuente con el aval interdisciplinario del programa, cuyo objetivo es la reincorporación temprana del paciente al trabajo, tenga menos reparos por el Compín o el sistema previsional correspondiente. Segundo, se sugiere incluir intervención por pares, a través de escuela de pacientes, en los lugares donde estos se encuentren disponibles. La Tabla 2 resume las actividades propuestas para la implementación del programa.

3. Propuesta para el nivel hospitalario: problema GES “dolor crónico musculoesquelético refractario”

Todo paciente diagnosticado con DCME refractario deberá ser derivado desde APS a nivel hospitalario a través del profesional de enlace cuyo rol es garantizar la atención integral y oportuna. Como todo problema GES, el manejo del problema de salud deberá quedar plasmado en una Guía de Práctica Clínica (GPC) elaborada por el cuerpo técnico que la autoridad sanitaria haya establecido, y deberán definirse las garantías correspondientes. La garantía de acceso será explícita mediante canastas de prestaciones y la garantía de oportunidad deberá considerar la capacidad de la oferta del sistema. Adicionalmente, se elaborará un protocolo de manejo que establezca el flujo del paciente entre los distintos servicios que plantea el enfoque de atención multidisciplinaria y que incluye la evaluación por médicos especialistas, nutricionista, kinesiólogo, TO y psicólogo. Se sugiere utilizar la plataforma ya existente en los hospitales para la entrega de atención a pacientes beneficiarios del programa de cuidados paliativos por cáncer (Problema GES N°4). La referencia del paciente desde la APS deberá incluir al menos, la historia clínica relevante a la condición de DCME y la evaluación psicosocial. Las actividades propuestas se presentan en la Tabla 2.

4. Propuesta para el fortalecimiento del automanejo del paciente

Está ampliamente descrito en la literatura que el manejo del dolor crónico debe abordar factores emocionales, cognitivos y conductuales (Sullivan y cols., 2001; Eccleson y cols., 2013; Asmundson & Katz, 2009). El miedo al dolor y a lesionarse físicamente son emociones negativas que contribuyen de manera importante a la severidad percibida, al desarrollo de conductas de evitación e, inclusive, a discapacidad (Turk & Okifuji, 2002). Pacientes que manifiestan miedo y ansiedad atribuida a dolor pueden presentar conductas tales como evitar moverse y realizar ejercicios no recomendados, permanecer inmovilizados por periodos más prolongados y efectuar movimientos para evitar dolor, aumentando las tasas de discapacidad (Leeuw, y cols., 2007). Desde el punto de vista cognitivo, el catastrofismo, definido como una disposición mental negativa en la evaluación y anticipación del dolor, afecta

la evaluación que las personas hacen del dolor y las conductas que realizan como consecuencia de este (Sullivan y cols., 2001). Son personas que dejarán de trabajar o de hacer actividades, porque moverse es una experiencia que evalúan como negativa (Wertli *et al*, 2014).

Las intervenciones psicológicas que se han probado más efectivas abordan las emociones y cogniciones asociadas con la experiencia de dolor (Ehde y cols., 2014; Kerns y cols., 2011). Estas intervenciones identifican y reemplazan cogniciones, emociones y conductas disfuncionales o desadaptativas asociadas con el dolor (como catastrofismo, miedo, evitación) y promueven el desarrollo de habilidades y estrategias de afrontamiento efectivas (De Boer y cols., 2014). Entre ellas, se encuentra la Terapia de Aceptación y Compromiso cuyo foco es lograr que el paciente aprenda a vivir con el dolor y evitar las cogniciones y emociones negativas relacionadas (Jensen & Turk, 2014; McCracken y cols., 2014; Eccleston y cols. 2013; Edhe, y cols., 2014).

5. Propuesta para el desarrollo de formación y capacitación de profesionales de la salud

Un aspecto clave identificado en el contexto de esta investigación tiene que ver con la formación de los profesionales de la salud en el diagnóstico, manejo y seguimiento de pacientes con DCME. Se propone implementar un módulo estándar de DCME en la formación médica, desarrollado por el Minsal y que deba ser impartido a los futuros profesionales durante su formación. El módulo, que debiera incluir aspectos de manejo, así como de operación del programa interdisciplinario en atención primaria, deberá ser evaluado en el examen médico nacional.

Adicionalmente, se deberán generar cursos de capacitación en DCME dirigidos a profesionales de atención primaria y a médicos especialistas por parte del Minsal en colaboración con las sociedades médicas ad hoc. El enfoque debe ser en el dolor crónico como patología y no como condición de salud secundaria.

En tercer lugar, se propone desarrollar un programa de capacitación de profesionales de atención primaria en estrategias para incorporar un enfoque de competencia cultural. En este, debieran abordarse las creencias que tienen los profesionales en relación con el tratamiento, causa del dolor y características de estos pacientes que constituyen barreras relevantes para un trabajo efectivo.

TABLA 2. **Listado de actividades propuestas en atención primaria y nivel secundario**

Protocolo de manejo No clínico	Protocolo de manejo farmacológico	Protocolo de manejo clínico	Sistema de registro y monitoreo
Introducir/fortalecer rol de Asistente Social: evaluación de vulnerabilidad social, licencias médicas e incapacidad laboral. Evaluar aspectos vocacionales. Actividad transversal a nivel APS y nivel secundario.	Introducción de opioides. Nivel APS.	Psicólogo: actividades de apoyo para el automanejo del dolor crónico (como terapia de aceptación y compromiso, manejo de miedo, ansiedad y creencias catastrofistas). Actividad transversal a nivel APS y secundario.	Implementación de receta cheque electrónica. Actividad transversal a nivel APS y secundario.
Intervención por pares: Escuela de Pacientes. Nivel APS.	Ampliar el listado de uso de opioides en nivel secundario.	Incorporación de nuevas tecnologías. En el caso de demanda de tecnologías o intervenciones de alto costo, estas debieran pasar por un proceso de evaluación de tecnologías en salud. Actividad transversal a nivel APS y secundario.	Crear cargo estratégico que cumpla el rol de enlace entre APS y nivel secundario con el fin de asegurar la referencia y contrarreferencia.
Implementar esquemas terapéuticos grupales, liderados tanto por profesionales de la salud como por otros pacientes, que otorguen herramientas para el manejo de la dimensión física del problema, pero también mental y social. Actividad transversal a nivel APS y secundario.	Introducir rol del QF para asegurar el uso racional de opioides. Actividad transversal a nivel APS y secundario.	Explorar la introducción de intervenciones de medicina integrativa avaladas por evidencia, soportadas por un proceso de evaluación y respaldada por guías de práctica clínica ad hoc para cada tipo de intervención. Nivel APS.	Fortalecimiento del mecanismo de referencia y contrarreferencia para el manejo de pacientes con DCME, en especial entre el responsable en la atención primaria y la unidad de dolor de la atención secundaria. Actividad transversal a nivel APS y secundario.
Capacitación de profesionales en competencia intercultural. Actividad transversal a nivel APS y secundario.	Ampliar el listado de fármacos para el manejo del DCME. Actividad transversal a nivel APS y secundario.	Capacitación de profesionales de la salud en temas de medicina integrativa.	El programa de DCME debe integrarse al manejo de la multimorbilidad del paciente.

Nota: QF, Químico farmacéutico; DCME, Dolor Crónico Musculoesquelético; APS, Atención primaria en salud
Fuente: elaboración propia.

6. Propuesta para un financiamiento sostenible

Se deberán considerar dos vías de financiamiento. Se sugiere que el programa interdisciplinario sea financiado a través de un aumento del per cápita. Esto requerirá de una estimación de los costos de todas aquellas prestaciones/servicios adicionales al listado de prestaciones del Plan de Salud Familiar requeridas para el contexto de este programa. La principal ventaja del per cápita es la flexibilidad en la operativa necesaria en la implementación de programas masivos dependientes del contexto y necesidades locales. El riesgo asociado a esta vía de financiamiento es la dilución de los recursos adicionales en el presupuesto global del Centro de Salud Primario, los cuales podrían desatender este problema de salud. Esta ampliación del per cápita debe ir necesariamente asociada a indicadores de cumplimiento que permitan monitorear el uso adecuado de estos recursos. Se sugiere la elaboración de un índice de actividad de atención primaria (IAASP) de “Actividad General: Resultados en proceso de intervención”.

Para el financiamiento del problema GES “Manejo del dolor crónico musculoesquelético refractario” se deberán construir canastas de prestaciones que luego serán valorizadas a través del Estudio de Verificación de Costos que realiza el Minsal. Este estudio estima la prima por beneficiario de este problema de salud. Se sugiere que las canastas sean construidas y actualizadas siguiendo un proceso de evaluación de tecnologías sanitarias (Etesa), sobre la lógica de producir soluciones centradas en el paciente, más que una lista de servicios de salud.

Factibilidad de la propuesta: orientaciones para su implementación

El diagnóstico de situación realizado en el marco del presente proyecto permitió constatar que, hasta la fecha, no se ha realizado ningún ejercicio para la construcción de una política en torno al DCME. Por esta razón se planteó construir una propuesta de largo plazo para cumplir dos objetivos fundamentales: primero, servir como marco conceptual de referencia para catalizar la discusión y avanzar hacia una propuesta de consenso; y segundo, servir de guía que facilite la elaboración de una hoja de ruta que permita su progresiva implementación.

La propuesta ha sido conceptualizada desde el quehacer del sistema público de salud y, por lo tanto, su implementación en el sector privado requiere ciertas consideraciones que serán abordadas posteriormente. Desde el sector público, requiere un compromiso político con el tema, desde el propio ministro y ambos subsecretarios. Esto porque las acciones aquí propuestas requieren el respaldo de diversas divisiones del Minsal que difícilmente se alinearán sin una directriz superior. Es poco probable que la autoridad sanitaria identifique y posicione este tema a partir de su propia gestión. Por esta razón, se sugiere que los grupos académicos y científicos comprometidos con

el tema trabajen colaborativamente para posicionar al DCME como problema prioritario en la agenda, algo similar a lo que se ha logrado con los temas adulto mayor, salud mental y cáncer. Dados los antecedentes expuestos en este documento, el DCME reúne las condiciones para transformarse en una prioridad sanitaria en Chile.

El compromiso de la autoridad con una política para DCME es determinante para el periodo que tomará su implementación. Sin embargo, incluso si se cuenta con este apoyo es muy probable que no se pueda avanzar simultáneamente en todas las propuestas aquí planteadas, sino que deban priorizarse aquellas acciones más factibles, dadas las restricciones de presupuesto y de estructura del sistema de salud. A continuación se propone una hoja de ruta para la implementación de esta propuesta.

En primer lugar, se sugiere trabajar a nivel del Minsal y en colaboración con las sociedades científicas y expertos, en la elaboración de guías de práctica clínica y protocolos con especial énfasis en el manejo de atención primaria. En segundo lugar, la autoridad ministerial debe generar directrices técnicas para la conformación de equipos interdisciplinarios de manejo de DCME. En una primera etapa, estos equipos pueden trabajar desde la multidisciplina donde cada profesional aporte desde su área de dominio. Sin embargo, la lógica de mediano y largo plazo es crear equipos interdisciplinarios, es decir, donde el trabajo se realiza de manera interdependiente entre las disciplinas participantes. Estas directrices técnicas deben indicar aspectos de conformación (¿qué profesionales?), de organización, de operación (¿con qué frecuencia se reúnen?, ¿qué trabajo desarrollan?) y de monitorización (¿qué resultados deben reportar?). Parece razonable, que el Programa Interdisciplinario comience su operación en aquellos centros que tengan mayor disponibilidad de recursos humanos, por ejemplo, y salas de rehabilitación integral, que pueden ser considerados pilotos del programa.

En una etapa inmediatamente siguiente, se debe abordar el tema de la referencia y contrarreferencia entre los niveles de atención. Resulta muy importante para este quehacer contar con un profesional de enlace entre la atención primaria y el nivel hospitalario. Cabe destacar que este profesional puede tener dentro de sus funciones la referencia y contrarreferencia de otros pacientes también. Paralelamente, debe fortalecerse el rol del asistente social para brindar soporte al paciente en su navegación por el sistema previsional. Estos dos profesionales, enlace y asistente social, debieran estar muy disponibles al paciente, de manera que sienta que son quienes pueden ayudarlo a transitar por el sistema de salud y de previsión social. Esto materializa la idea de que el paciente está en el centro de la atención.

Una vez que se avance con los equipos profesionales y conforme se liberen recursos, el Programa Interdisciplinario puede avanzar en la implemen-

tación del resto de sus acciones como medicina integrativa, mayor disponibilidad de kinesiología y terapia ocupacional, etc. Desde el punto de vista del financiamiento, si bien en el largo plazo debiera venir por la vía capitada, en las etapas iniciales donde el sistema es aún un piloto, podrían utilizarse los convenios específicos, los cuales permiten –por un periodo definido– adquirir recursos humanos o de infraestructura necesarios para la implementación gradual de actividades.

En el nivel secundario, la materialización de la propuesta requiere la creación de un problema GES. Sin embargo, con el objeto de hacer esta propuesta plausible, en su primera etapa la garantía podría incluir el acceso a un conjunto restringido de terapias que requieren manejo del especialista. Esta selección requiere por cierto un trabajo coordinado entre el Minsal y los expertos.

Este enfoque, tal cual está planteado, tiene lógica en el sistema público de salud. Sin embargo, en el sistema privado podría generar distorsiones pues un GES en el nivel hospitalario no implica necesariamente la implementación del PMID en el nivel primario del sector privado. Si bien, idealmente, el sector privado debiera implementar un PMID, el planteamiento desarrollado hasta aquí no garantiza que esto se lleve a cabo, lo cual podría inducir sobreutilización de coberturas GES del nivel hospitalario. Con el objeto de limitar esta eventual sobredemanda, y potenciar el manejo multidisciplinario con enfoque de nivel primario que requiere esta patología, la activación del GES debiera requerir al menos una evaluación médica que garantice la condición de refractario, que descarte patologías que requieren manejo especializado; y una evaluación de salud mental que confirme que no hay una condición psicológica o psiquiátrica que debe ser atendida antes, o que limite significativamente el efecto de las intervenciones que la canasta GES puede ofrecer.

Conclusiones

1. El dolor crónico es un problema de salud común en Chile y que genera importantes consecuencias al sistema de salud y a la sociedad. Esto se traduce en que el número de pacientes que vive con dolor en Chile es muy elevado y las intervenciones actualmente disponibles distan de la interdisciplinariedad y el enfoque biopsicosocial requerido.
2. Un mejor manejo del dolor crónico reducirá la discapacidad y aumentará la calidad de vida los pacientes. Eventualmente, también reducirá los costos para el sistema de salud y más importante aún, los importantes costos sociales ya identificados.
3. La propuesta de política pública desarrollada en el marco del presente proyecto se ancla sobre los principios de interdisciplina, integración de los niveles de atención, financiamiento sostenible y competencia intercultural.

El enfoque de las actividades propuestas ubica al paciente en el centro del sistema, define que el problema de salud es el dolor crónico y no sus causas subyacentes y persigue mejoras en equidad en el acceso. Estas se materializan en un nuevo programa interdisciplinario integral para el manejo del DCME en la atención primaria y un nuevo GES para el manejo de DCME refractario en el nivel hospitalario.

4. La factibilidad de la propuesta es mayor en la medida que se planifique una implementación gradual, para lo cual se ha sugerido una hoja de ruta que parte del fortalecimiento de las capacidades instaladas en el sistema de salud. Sin embargo, cualquier innovación requerirá un compromiso político de la autoridad sanitaria, quien deberá haber puesto a este tema en su agenda de prioridades.

Referencias

- Al Maini, M., Adelowo, F., Al Saleh, J., Al Weshahi, Y., Burmester, G.R., Cutolo, M., Flood, J., March, L., McDonald-Blumer, H., Pile, K., Pineda, C., Thorne, C. & Kvien, T.K.**, 2015. The global challenges and opportunities in the practice of rheumatology: white paper by the World Forum on Rheumatic and Musculoskeletal Diseases. *Clin Rheumatol*, 34, 819-29.
- Asmundson, G.J., & Katz, J.**, 2009. Understanding the co-occurrence of anxiety disorders and chronic pain: state-of-the-art. *Depression and anxiety*, 26(10), pp. 888-901.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R. & Gallacher, D.**, 2006. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*, 10, pp. 287-333.
- De Boer, M.J., Steinhagen, H.E., Versteegen, G.J., Struys, M.M., & Sanderman, R.**, 2014. Mindfulness, acceptance and catastrophizing in chronic pain. *PLoS one*, 9(1), e87445.
- Ehde, D.M., Dillworth, T.M., & Turner, J.A.**, 2014. Cognitive-behavioral therapy for individuals with chronic pain: Efficacy, innovations, and directions for research. *American Psychologist*, 69(2), pp. 153.
- Eccleston, C., Morley, S. J., & Williams, A.D.C.**, 2013. Psychological approaches to chronic pain management: evidence and challenges. *British journal of anaesthesia*, 111(1), pp. 59-63.
- Eriksen, J. & Sjogren, P.**, 2006. Epidemiological factors relating to long-term/chronic non-cancer pain in Denmark. *Ugeskr Laeger*, 168, pp. 1947-1950.
- Gerdle, B., Bjork, J., Coster, L., Henriksson, K., Henriksson, C. & Bengtsson, A.**, 2008. Prevalence of widespread pain and associations with work status: a population study. *BMC Musculoskelet Disord*, 9, pp. 102.
- Gilson, A.M., Maurer, M.A., Joranson, D.E.**, 2005. State policy affecting pain management: recent improvements and the positive impact of regulatory health policies. *Health Policy*, 74(2005), pp. 192-204.

- Global Burden Of Disease Cancer, C., Fitzmaurice, C., Allen, C., Barber, R.M., Barregard, L., Bhutta, Z.A., y cols.,** 2017. Global, Regional, and National Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived With Disability, and Disability-Adjusted Life-years for 32 Cancer Groups, 1990 to 2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study. *JAMA Oncol*, 3, pp. 524-548.
- Gross, D.P., Deshpande, S., Werner, E.L., Reneman, M.F., Miciak, M.A., y cols.,** 2012. Fostering change in back pain beliefs and behaviors: when public education is not enough. *The Spine Journal* 12(2012), pp. 979-988.
- Hadjistavropoulos, T., Macnab, Y., Lints-Martindale, A., Martin, R. & Hadjistavropoulos, H.,** 2009. Does routine pain assessment result in better care? *Pain Res Manag*, 14, 211-216.
- Hall, J. K. & Boswell, M.V.,** 2009. Ethics, law, and pain management as a patient right. *Pain Physician*, 12, 499-506.
- IASP,** 2015. *Classification of chronic pain*. 2nd ed.
- Jakobsson, U.,** 2010. The epidemiology of chronic pain in a general population: results of a survey in southern Sweden. *Scand J Rheumatol*, 39, pp. 421-429.
- Jensen, M.P., & Turk, D.C.,** 2014. Contributions of psychology to the understanding and treatment of people with chronic pain: Why it matters to ALL psychologists. *American Psychologist*, 69(2), pp. 105.
- Kerns, R.D., Sellinger, J., & Goodin, B.R.,** 2011. Psychological treatment of chronic pain. *Annual review of clinical psychology*, 7, pp. 411-434.
- Knaul, F.M., Bhadelia, A., Atun, R. & Frenk, J.,** 2015. Achieving Effective Universal Health Coverage And Diagonal Approaches To Care For Chronic Illnesses. *Health Aff (Millwood)*, 34, 1514-1522.
- Leeuw, M., Goossens, M.E., Linton, S.J., Crombez, G., Boersma, K., & Vlaeyen, J.W.,** 2007. The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. *Journal of behavioral medicine*, 30(1), pp. 77-94.
- Leadley, R.M., Armstrong, N., Lee, Y.C., Allen, A. & Kleijnen, J.,** 2012. Chronic diseases in the European Union: the prevalence and health cost implications of chronic pain. *J Pain Palliat Care Pharmacother*, 26, pp. 310-325.
- Maniadakis, N. & Gray, A.,** 2000. The economic burden of back pain in the UK. *Pain*, 84, pp. 95-103.
- March, L., Smith, E.U., Hoy, D.G., Cross, M.J., Sanchez-Riera, L., Blyth, F., Buchbinder, R., Vos, T. & Woolf, A.D.,** 2014. Burden of disability due to musculoskeletal (MSK) disorders. *Best Pract Res Clin Rheumatol*, 28, pp. 353-366.
- Mccracken, L.M., & Vowles, K.E.,** 2014. Acceptance and commitment therapy and mindfulness for chronic pain: Model, process, and progress. *American Psychologist*, 69(2), pp. 178.
- Ministerio de Salud de Chile,** 2010. *Encuesta Nacional de Salud*.
- Ministerio de Salud de Chile,** 2008. *Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible*.

- Miranda, J., Quezada, P., Caballero, P., Jiménez, L., Morales, A., Bilbeny, N. & Vega, J.C.**, 2013. *Revision Sistemática: Epidemiología del Dolor Crónico No Oncológico en Chile* [Online]. Santiago, Chile: Asociación Chilena para el Estudio del Dolor (ACHED).
- Nice**, 2014. *Chronic pain: oral ketamine* [Online]. London: National Institute for Health and Care Excellence.
- Phillips, C.J.**, 2009. The Cost and Burden of Chronic Pain. *Rev Pain*, 3, pp. 2-5.
- Reid, K. J., Harker, J., Bala, M.M., Truyers, C., Kellen, E., Bekkering, G.E. & Kleijnen, J.**, 2011. Epidemiology of chronic non-cancer pain in Europe: narrative review of prevalence, pain treatments and pain impact. *Curr Med Res Opin*, 27, pp. 449-462.
- Stewart, W.F., Yan, X., Boscarino, J.A., Maeng, D.D., Mardekian, J., Sanchez, R.J., & Von Korff, M.R.**, 2015. Patterns of health care utilization for low back pain. *Journal of Pain Research*, 8, pp. 523-535.
- Sullivan, M.J., Thorn, B., Haythornthwaite, J.A., Keefe, F., Martin, M., Bradley, L.A., & Lefebvre, J.C.**, 2001. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *The Clinical journal of pain*, 17(1), pp. 52-64.
- Treede, R.D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M.I., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N.B., First, M.B., Giamberardino, M.A., Kaasa, S., Kosek, E., Lavand'homme, P., Nicholas, M., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S., Smith, B.H., Svensson, P., Vlaeyen, J.W. & Wang, S.J.**, 2015. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*, 156, pp. 1003-1007.
- Turk, D.C., & Okifuji, A.**, 2002. Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(3), pp. 678.
- Twillman, R.K., Gilson, A.M. & Duensing, K.N.**, 2016. State Policies Regulating the Practice of Pain Management: Statutes, Rules, and Guidelines That Shape Pain Care. *Anesthesiol Clin*, 34, 409-424.
- Vargas, V. & Poblete, S.**, 2008. Health prioritization: the case of Chile. *Health Aff (Millwood)*, 27, pp. 782-792.
- Varrassi, G., Muller-Schwefe, G., Pergolizzi, J., Oronska, A., Morlion, B., Mavrocordatos, P., Margarit, C., Mangas, C., Jaksch, W., Huygen, F., Collett, B., Berti, M., Aldington, D. & Ahlbeck, K.**, 2010. Pharmacological treatment of chronic pain - the need for CHANGE. *Curr Med Res Opin*, 26, pp. 1.231-1245.
- Wertli, M.M., Burgstaller, J.M., Weiser, S., Steurer, J., Kofmehl, R., & Held, U.**, 2014. Influence of catastrophizing on treatment outcome in patients with nonspecific low back pain: a systematic review. *Spine*, 39(3), pp. 263-273.
- Zitko, P., Durán, F., Keil, N., Monasterio, A., Soto, R. & Leppe, J.**, 2008. Programa de atención musculoesquelética en atención primaria: primera evaluación semestral. *Rev Chil Salud Pública*, 12, pp. 26-36.