

Cátedra
Extraordinaria del Dolor
“FUNDACIÓN GRÜNENTHAL”
de la Universidad de Salamanca

XX REUNIÓN DE
EXPERTOS 2021
“ECONOMÍA DE LA
SALUD Y LA
HUMANIZACIÓN DEL
DOLOR CRÓNICO”



**“ECONOMÍA DE LA SALUD
Y LA HUMANIZACIÓN
DEL DOLOR CRÓNICO”**
XX REUNIÓN DE EXPERTOS 2021

Salamanca, 23 de Noviembre de 2021

**Cátedra Extraordinaria del Dolor
FUNDACIÓN GRÜNENTHAL
UNIVERSIDAD SALAMANCA**

Copyright: FUNDACIÓN GRÜNENTHAL

Depósito Legal: M-28064-2022

ISBN: 978-84-19546-01-2

Reservados todos los derechos.

**“ECONOMÍA DE LA SALUD
Y LA HUMANIZACIÓN
DEL DOLOR CRÓNICO”**
XX REUNIÓN DE EXPERTOS 2021

**Cátedra Extraordinaria del Dolor
FUNDACIÓN GRÜNENTHAL
Universidad de Salamanca**

DIRECTOR Y COORDINADOR DE LA REUNIÓN

Prof. Clemente Muriel Villoria

Catedrático de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor.
Director de la Cátedra Extraordinaria del Dolor Fundación Grünenthal.
Universidad de Salamanca.

PARTICIPANTES

Marina Gordaliza Escobar

Catedrática de Química Farmacéutica de la Universidad de Salamanca.
Vicepresidenta de la Academia de Farmacia de Castilla y León.
Vicepresidenta de la Junta Directiva de Alumni-USAL.

Antoni Gilabert Perramon

Director de Innovación y Partenariado del Consorci de Salut i Social de Catalunya.
Doctor en Farmacia por la Universidad de Barcelona. Máster en Salud Pública por la Universidad de Barcelona. Profesor asociado de Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica en la Universidad de Barcelona.

Miguel Ángel Casado Gómez

Director general y fundador de Pharmacoeconomics & Outcomes Research Iberia (PORIB) y Co-Director del Máster en Evaluación Sanitaria y Acceso al Mercado de la Universidad Carlos III de Madrid. Doctor en Farmacia (Universidad Complutense de Madrid), Máster en Gestión de la Industria Farmacéutica (Instituto de Empresa) y Diplomado en Pharmacoeconomía y Análisis de Uso de Medicamentos (Escuela Nacional de Sanidad- Instituto Carlos III).

Alberto de la Cuadra-Grande

Especialista en evaluación económica de Pharmacoeconomics & Outcomes Research Iberia (PORIB). Graduado en Farmacia (Universidad Complutense de Madrid), Máster en Evaluación Sanitaria y Acceso al Mercado (Universidad Carlos III de Madrid) y Máster en Monitorización de Ensayos Clínicos (CESIF).

Néstor Martínez-Martínez

Especialista en evaluación económica de Pharmacoeconomics & Outcomes Research Iberia (PORIB). Graduado en Farmacia (Universidad Complutense de Madrid), Máster en Evaluación Sanitaria y Acceso al Mercado (Universidad Carlos III de Madrid), MBA y Máster en Business Intelligence (Escuela Europea de Negocios de Barcelona) y Máster en Dirección Comercial y Marketing (CESIF).

Julio Zarco Rodríguez

Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad Complutense de Madrid (UCM). Subgerente Hospital Clínico San Carlos de Madrid, Presidente de la Fundación Humans, profesor de psiquiatría y psicología médica UCM.

Jesús María Gonçalves Estella

Neurocirujano.

Profesor Contratado Doctor Permanente Vinculado.

Coordinador de la asignatura “Neurología, Neurocirugía y Dolor”.

Departamento de Cirugía.

Responsable de la Unidad Docente de Neurocirugía.

Facultad de Medicina. USAL.

José Joaquín Mira Solves

Profesor de Psicología de la Salud de la Universidad Miguel Hernández de Elche con plaza vinculada en el Departamento de Salud Alicante Sant Joan.

Ex-Presidente de la Sociedad Valenciana de Calidad Asistencial.

SUMARIO

PRÓLOGO	11
I. Papel de la evaluación económica en una gestión integral del dolor. <i>Marina Gordaliza Escobar y Clemente Muriel</i>	13
II. Medición de resultados en salud y su influencia en la toma de decisiones. <i>Antoni Gilabert Perramon</i>	25
III. Impacto económico y social del dolor crónico en España. <i>Miguel Ángel Casado Gómez, Alberto de la Cuadra-Grande y Néstor Martínez-Martínez</i>	31
IV. Humanización de la atención sanitaria de las personas con dolor crónico: un cambio de paradigma. <i>Julio Zarco Rodríguez</i>	43
V. Nuevas tendencias en la asistencia sanitaria del paciente con dolor. <i>Jesús María Gonçalves Estella</i>	51
VI. Economía de la salud y la humanización del dolor crónico. La evaluación de la calidad asistencial en la atención al dolor. <i>José Joaquín Mira Solves</i>	59

PRÓLOGO

Es para mí una gran satisfacción volver a presentar esta publicación, que nace de la XIX Reunión Multidisciplinar de Expertos, donde se abordaron diversos aspectos relacionados con economía de la salud y la humanización del dolor. Un asunto de gran relevancia que tuvo que esperar un año a ser debatido en este foro, debido a la crisis de la Covid-19, que puso en jaque al sistema sanitario y a la sociedad en su conjunto.

Diversas afecciones, entre ellas el dolor, que conviven en estas personas, y que en muchos casos son consecuencia de la falta de movilidad total o parcial (sobrepeso, obesidad, diabetes, afecciones cardíacas, depresión, dolor etc.), adquirieron especial relevancia. Este hecho histórico, demostró la importancia de prevenir el dolor crónico y de cuidar a quienes ya lo padecen.

Hay que recordar que el dolor crónico es, en sí mismo, una enfermedad, tal como reconoció en el año 2019 la Organización Mundial de la Salud, al integrarlo en la clasificación internacional de enfermedades (CIE-11).

En España, la prevalencia del dolor crónico alcanza un 17-18%, y el coste total (directo e indirecto) se estima en unos 16.000 millones de euros anuales, representando aproximadamente un 2,5% del PIB y superando los costes de otras patologías como la diabetes, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares. Además, los pacientes con dolor crónico hacen uso del sistema sanitario con mayor frecuencia que otros pacientes (el 50% de las personas que acuden a atención primaria es por causa de algún dolor). Todos estos factores convierten esta enfermedad en un grave problema biopsicosocial y de salud pública.

Ante la disyuntiva de si tratar el dolor debe ser considerado como un gasto o como una inversión, se ha concluido en esta reunión que, desde el punto de vista económico, el tratamiento del dolor, y en especial el del dolor crónico, resulta más beneficioso en términos económicos que no tratarlo. A nivel de gestión, adquiere cada vez más peso la medicina basada en valor, donde el objetivo prioritario son los resultados en salud, teniendo en cuenta la eficiencia para poder mantener la sostenibilidad del sistema sanitario público.

También se resaltó la importancia de las Unidades de Tratamiento del Dolor y de la derivación del paciente a las mismas a tiempo, evitando con ello las complicaciones debidas a la demora en un buen diagnóstico. Un abordaje multidisciplinar podría, no solo ser coste-efectivo, sino también ahorrar costes al sistema sanitario.

Por otro lado, estamos viviendo un cambio de paradigma en lo que respecta al rol de los pacientes y su conversión en sujetos co-responsables, haciéndoles partícipes y acercando la asistencia sanitaria a sus expectativas y necesidades, no solo clínicas, sino también emocionales, sociales y laborales.

Son solo algunas de las numerosas conclusiones se han podido sacar de este encuentro, que vais a poder encontrar en los capítulos siguientes y que estoy seguro van a ser de gran interés para los lectores.

Por último, quisiera manifestar mi agradecimiento a los autores, colaboradores y todos aquellos que dedicaron su tiempo a este encuentro, y que nos ha permitido elaborar esta publicación. Un documento que invita a la reflexión, a actuar de manera proactiva desde las competencias de cada uno en su ejercicio profesional y a ser catalizadores de este cambio de prioridades que se está dando en la economía de la salud y en la humanización de la sanidad, en particular del dolor crónico.

Y por supuesto, mi reconocimiento a la Fundación Grünenthal por ayudarnos a reunir a profesionales de primer nivel y por seguir trabajando para mejorar la calidad de vida de las personas con dolor.

Profesor Clemente Muriel Villoria
Director de la Cátedra Extraordinaria del Dolor «Fundación Grünenthal»
Universidad de Salamanca

PAPEL DE LA EVALUACIÓN ECONÓMICA EN UNA GESTIÓN INTEGRAL DEL DOLOR

Marina Gordaliza Escobar

Catedrática de Química Farmacéutica de la Universidad de Salamanca.

Vicepresidenta de la Academia de Farmacia de Castilla y León.

Vicepresidenta de la Junta Directiva de Alumni-USAL.

Clemente Muriel

Catedrático de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor.

Director de la Cátedra Extraordinaria del Dolor Fundación Grünenthal.

Universidad de Salamanca.

RESUMEN

El dolor es un fenómeno biopsicosocial y un grave problema de Salud Pública que tiene una prevalencia en España en torno al 18% y que genera costes elevados, tanto directos como indirectos. Se estima que el impacto económico en el PIB es de alrededor del 2,8-3.4 %. El problema del dolor se irá incrementando como consecuencia del aumento de la esperanza de vida y de los hábitos poco saludables, como por ejemplo los esfuerzos mal hechos o las posturas incorrectas, que suponen una de las principales causas del dolor de espalda. La carga económica asociada al dolor es peor a la asociada a otros problemas de salud, debido a sus efectos sobre las tasas de absentismo, la reducción de la productividad y el riesgo a perder el trabajo. Se necesitan estudios robustos que incluyan todos los costes que produce el dolor en los diferentes ámbitos y plantear un abordaje del dolor de una forma equitativa, eficiente y con perspectiva de sostenibilidad.

INTRODUCCIÓN

El dolor es un tema de enorme importancia por varias razones, entre ellas, las siguientes:

- Constituye el motivo más frecuente de consulta médica por parte de la población en general.
- A nivel mundial, entre el 25% y el 29% de la población padece dolor.
- Además, la mayor esperanza de vida aumenta el riesgo de desarrollar dolor crónico secundario a enfermedades degenerativas y tumores.
- Sin embargo, a pesar de que el alivio del dolor es uno de los principales objetivos del personal sanitario, se calcula que menos del 50% de los pacientes obtienen el alivio necesario.

El 17 de octubre de cada año se celebra “el Día Mundial contra el Dolor”. La International Association for the Study of Pain (IASP) puso en marcha en 2004 la

iniciativa del **Año Global Contra el Dolor**, con el lema *“El alivio del dolor debe ser un derecho humano”* y con el objetivo de sensibilizar a gobiernos, instituciones públicas y privadas acerca de la necesidad de poner en marcha los recursos necesarios para apoyar la investiga-

ción, el diagnóstico y el tratamiento del dolor a nivel universal. Y cada año, esa fecha se dedica a algún tipo de dolor o a algún aspecto relacionado con el mismo. Se recogen a continuación los lemas de los últimos años:

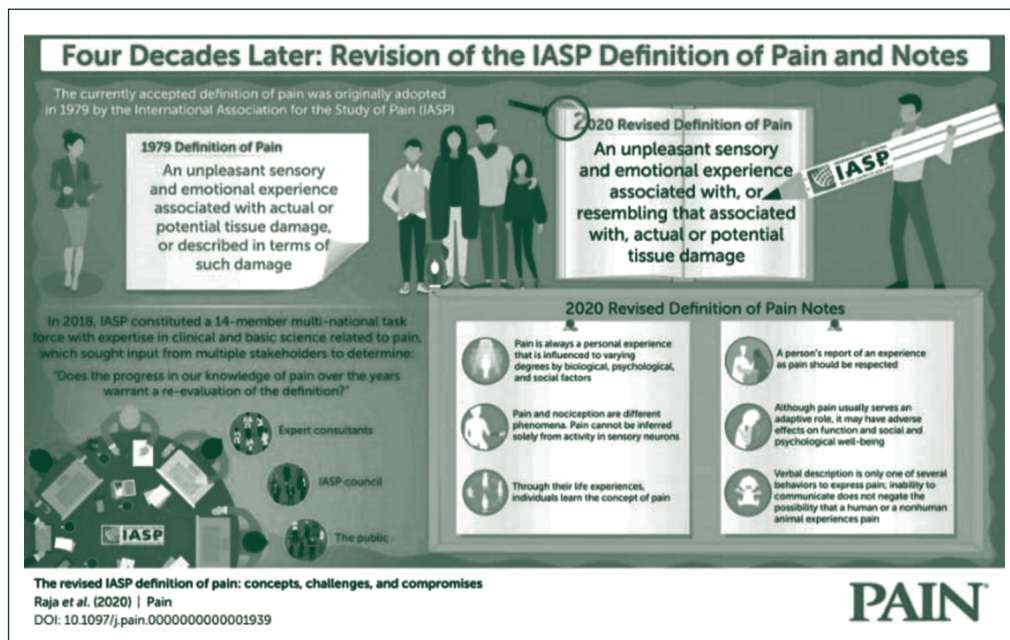
2021	AÑO MUNDIAL DEDICADO AL “DOLOR LUMBAR”
2020	AÑO MUNDIAL DEDICADO A LA “PREVENCIÓN DEL DOLOR”
2019	AÑO MUNDIAL DEDICADO AL “DOLOR EN POBLACIONES VULNERABLES”
2018	AÑO MUNDIAL POR LA “EXCELENCIA EN LA FORMACIÓN EN DOLOR”
2017	AÑO MUNDIAL CONTRA EL “DOLOR POSTOPERATORIO”
2016	AÑO MUNDIAL CONTRA EL “DOLOR ARTICULAR”
2015	AÑO MUNDIAL CONTRA EL “DOLOR NEUROPÁTICO”
2014	AÑO MUNDIAL CONTRA EL “DOLOR OROFACIAL”
2013	DÍA MUNDIAL DEL “DOLOR VISCERAL”

La mayoría de las personas han sentido dolor alguna vez en su vida, ya sea por una caída, por una enfermedad o por algún malestar. De hecho, según las estadísticas, el 50% de las personas que acuden a recibir atención primaria, es por causa de algún dolor. Pero, además, una de cada cinco de ellas sufre de dolor crónico y una de cada tres tiene dolencias tan graves que no pueden lograr tener una vida normal.

En vista de esta situación, la Organización Mundial de la Salud ha solicitado que el dolor crónico pase a ser considerado una

enfermedad y que su alivio sea catalogado como un derecho humano.

En 2020 se revisó y corrigió la definición de dolor. En 1979 la International Association for the Study of Pain definió el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño. 40 años después se ha revisado la definición, proponiéndose en 2020 una nueva definición: “El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial”.



Esta revisión y redefinición lo que pone de manifiesto es la preocupación continua por el dolor de profesionales, asociaciones y administraciones, con competencia en la gestión del mismo.

También conviene mencionar que en el año 2021 han recibido el Premio Nobel de Fisiología y Medicina dos investigadores cuyos estudios están vinculados con los receptores del dolor. El premio ha sido un tributo a la investigación básica, clave para encontrar soluciones a enfermedades que producen dolor. El Premio lo han recibido el Dr. Patapoutian (nacido en 1967 en Beirut, Líbano, desde el año 2000, es científico en Scripps Research) por sus trabajos sobre el dolor neuropático y el Dr. Julius (nacido en 1955 en Nueva York, actualmente en Universidad de California, San Francisco) por sus descubrimientos de los receptores de la temperatura y el tacto. Las investiga-

ciones de los ganadores se centran en dilucidar sus funciones en una variedad de procesos fisiológicos y sus resultados se utilizan para desarrollar tratamientos para una serie de enfermedades, incluido el dolor crónico. Los mecanismos moleculares descubiertos por el Dr. Julius han sido esenciales para enfocar las terapias contra el dolor y la búsqueda de fármacos más específicos para su tratamiento. El Dr. Patapoutian trabaja en receptores proteínicos cuyo conocimiento puede permitir encontrar soluciones a enfermedades que producen dolor, falta de sensibilidad o ausencia de esta.

ABORDAJE INTEGRAL DEL DOLOR

Su principal objetivo es reducir la intensidad del dolor y mejorar el estado funcional y la calidad de vida de las personas que lo sufren.

La complejidad del dolor obliga a un abordaje multidisciplinario y con aproximaciones terapéuticas variadas para alcanzar su control efectivo.

El dolor crónico genera en nuestro país unos costes anuales directos e indirectos superiores a 16.000 millones de euros, cifra equivalente a casi el 3% del producto interior bruto y que supera los costes de las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y el cáncer. Esta realidad hace que el dolor crónico sea un problema de alto impacto en la sociedad actual y una de las responsabilidades más importantes de los profesionales de la salud y de los gestores sanitarios.

Según datos de una de las últimas Encuestas Nacionales de Salud (publicadas por el Instituto Nacional de Estadística) en España, aproximadamente 17,5 millones de personas conviven con dolor, lo que se traduce en que 4 de cada 10 personas convive con dolor. Se estima que el dolor crónico afecta a 100 millones de personas en toda Europa (aproximadamente uno de cada cinco adultos). Todo hace pensar que estos datos irán incrementando con el paso de los años, debido sobre todo al aumento de la esperanza de vida y a los hábitos poco saludables, como por ejemplo los esfuerzos mal hechos o las posturas incorrectas, que suponen una de las principales causas del dolor de espalda.

Todo esto trae como consecuencia que la carga económica asociada al dolor sea peor a otros problemas de salud, debido a sus efectos sobre las tasas de absentismo, la reducción de la productividad y el riesgo a perder el trabajo. El 16 % de las personas con dolor lo define como severo. Pero, además, una de cada cinco de ellas sufre de

dolor crónico y una de cada tres tiene dolencias tan graves que les impiden realizar las actividades de la vida cotidiana con facilidad. El dolor crónico está considerado como aquel que puede durar semanas, meses o incluso años y en algunos casos no tiene una causa clara. De los 17,5 millones de personas que conviven en España con dolor, el 17 % asegura que el dolor que experimenta es muy leve, frente al 31 % que lo cataloga como leve, el 32 % que lo define como moderado, el 16 % que asegura que es severo y el 4 % que lo define como extremo.

El dolor de espalda crónico lumbar y el dolor de espalda crónico cervical son los más comunes entre las mujeres, representado el 23,5 % y el 21,5 % de los casos respectivamente. En el caso de los hombres el dolor de espalda crónico lumbar supone el 15,8 % de los casos. Además, más de 10,5 millones de españoles aseguran que este dolor les ha supuesto en algún momento una limitación a la hora de realizar actividades de la vida cotidiana. De ellos cerca de dos millones afirma que ha estado gravemente limitado y 8,5 millones ha estado limitado pero no gravemente. Todo ello afecta a los más diversos campos terapéuticos e implica no solo a la investigación y la clínica sino también tiene una enorme consecuencia social que incide en su coste y dimensiona su farmacoeconomía.

EVALUACIÓN ECONÓMICA

La valoración económica de las opciones de tratamiento, tanto en dolor crónico como agudo, es fundamental para estimar la carga de la enfermedad y poder determinar cual es el tratamiento más eficaz.

La evaluación económica representa un marco para la asignación de recursos sanitarios en un contexto de recursos limitados e incremento de la demanda. Tiene un papel clave en la toma de decisiones.

En los estudios de evaluación económica existen distintas clasificaciones de los costes, aquí se indicarán las más habituales.

TIPOS DE COSTES A CONSIDERAR EN SU EVALUACIÓN ECONÓMICA

- Costes directos médicos o costes sanitarios.
- Costes directos no médicos o costes no sanitarios.
- Costes indirectos.
- Costes intangibles.
- Costes futuros.

Costes directos médicos o costes sanitarios

Son el tipo de costes más importante, por lo que siempre deberían ser tenidos en cuenta en cualquier tipo de evaluación económica. Son los relacionados directamente con los servicios sanitarios y se producen como consecuencia de su utilización para el tratamiento de la enfermedad que padece el paciente.

En este grupo de costes entrarían los medicamentos, la nutrición parenteral, el salario de los profesionales, el manejo de

los efectos adversos producidos, el tratamiento de recaídas/recidivas tras el alta del paciente, las visitas al servicio de urgencias, el manejo de las complicaciones a medio-largo plazo, entre otros.

Costes directos no médicos o costes no sanitarios

Son costes, en la mayoría de los casos, financiados directamente por el paciente o su entorno, no sufragados por el sistema sanitario.

Este tipo de costes es importante en patologías crónicas que cursan con distintos grados de discapacidad (artrosis, artritis reumatoide, enfermedad de Parkinson, etc.) y en enfermedades que cursan con alteraciones cognitivas que van a necesitar la contratación de un cuidador (enfermedad de Alzheimer, trastornos psiquiátricos, etc.) y que generan los costes derivados de los cuidados.

Costes indirectos

Son los relacionados con la disminución o cesación de la capacidad productiva del individuo derivada de las ausencias laborales por enfermedad.

Abarcan tanto la menor productividad de un sujeto enfermo o discapacitado en el trabajo (presentismo), como los días de trabajo perdidos por bajas temporales (absentismo).

Otro tipos de costes indirectos relacionados con la productividad, son los costes derivados de la pérdida de productividad y

reemplazo debido a una enfermedad con discapacidad o muerte de personas en edad laboral activa y, por lo tanto, todavía productivas.

Costes intangibles

Son aquéllos asociados a la pérdida de bienestar por parte de los pacientes y sus familiares, así como los derivados de aspectos subjetivos que sufre el paciente y sus seres más allegados, tales como el dolor, el sufrimiento, el temor, la ansiedad, etc.

Costes futuros

Son todos los costes adicionales que se van a producir debido al aumento de la expectativa de vida de los pacientes, como consecuencia del tratamiento administrado para su enfermedad.

Los costes indirectos son la partida más significativa, muy por encima de los costes directos sanitarios.

- Se ha estimado que el coste sanitario anual para el Sistema Nacional de Salud de España superaría fácilmente los 3.000 millones de euros para los pacientes adultos con dolor crónico, y la mitad de esta cifra correspondería al diagnóstico y seguimiento en consultas médicas.
- Además, si a este importe se le suma el coste correspondiente de los adolescentes con dolor crónico y de todos los pacientes con dolor agudo (no crónico), el importe derivado del padecimiento

del dolor es todavía muy superior y el impacto socioeconómico del dolor crónico también es muy superior.

- A esto hay que sumarle además, que las jornadas laborales perdidas en España a consecuencia del dolor ascienden a más de 38 millones, lo que se traduce en unos costes superiores a los 1.800 millones de euros de pérdidas laborales por incapacidad temporal.
- Los costes intangibles en España estarían en una franja entre los 34.000 y los 51.000 millones de euros, cifra que identifica la pérdida social generada por el empeoramiento en la calidad de vida a causa del dolor crónico.

COSTE DE TRATAR Y DE NO TRATAR

El tratamiento de los pacientes con dolor crónico tiene un coste igual al no tratamiento también registrado como absentismo/preabsentismo laboral y uso de recursos sanitarios.

No se trata solo del coste de los tratamientos o de las estancias hospitalarias, una gran parte del coste deriva de las incapacidades temporales de los trabajadores. Así, el informe de Caramés *et al.* aporta que el promedio de días perdidos por dolor en España es de 16,8 al año. La dolencia más habitual es la lumbalgia, que el 80% de la población padece en algún momento a lo largo de su vida y que supone una pérdida de 162 millones de euros al año a causa de las jornadas no trabajadas. Ante estos datos, si bien los autores del estudio matizan que no se



tienen datos concretos y objetivos del coste de las unidades del dolor, aventuran que el tratamiento del dolor, en especial del dolor crónico, resulta más beneficioso desde el punto de vista económico, que su no tratamiento. Todo ello teniendo en cuenta que lo que sí se conoce es que el 89% de los pacientes de unidades del dolor tienen limitada su capacidad de trabajo, lo que supone un gran coste para el Estado, pues la edad media de dichos pacientes oscila entre los 48 y los 57 años.

Es, por tanto, patente el aumento de todos los países en gasto sanitario. El incremento creciente en los países desarrollados de la OCDE, entre los que se incluye España, del gasto sanitario viene condicionado por varios motivos:

- los cambios demográficos (más gente por encima de los 65 años),
- el desarrollo de investigación científica que ha posibilitado un crecimiento de la industria farmacéutica y de tecnología sanitaria,

- el acceso a la información por parte de los ciudadanos que condiciona una mayor exigencia de calidad de servicios y atención sanitaria.

DATOS EN ESPAÑA EN 2021

El impacto económico del dolor crónico en España, que afecta a siete millones de personas (17 % de la población), es superior a 16.000 millones al año, lo que supone más del 3 % del PIB de todo el país, según los datos difundidos en 2021 en el XVII Congreso de la Sociedad Española del Dolor (SED). Ese 17 % tiene picos más altos en las dos franjas de edad más vulnerables:

- los niños, que presentan un 30 % de prevalencia
- y los mayores de 70 años, con un 50 %.

Estas cifras convierten al dolor en un problema de salud pública tanto por los costes directos, derivado de las consultas y el uso del sistema sanitario, como por los

indirectos que afectan, principalmente, al mercado laboral en forma de bajas o menor productividad. De los siete millones de afectados, el 11 por ciento -casi un millón de personas- padece un dolor crónico discapacitante que les provoca problemas de movilidad o limitaciones en su funcionalidad, y dentro de este grupo, siete de cada diez presenta problemas para andar o no puede hacerlo.

Las principales causas de estas situaciones son el dolor lumbar (18 %), el dolor cervical (16 %) y la migraña (11%). Las mujeres son las principales afectadas por la discapacidad ya que, además, también presentan una prevalencia mayor en patologías asociadas al dolor como la artrosis (24,3 %), mientras que la situación dolorosa más habitual entre los hombres es el dolor de espalda crónico lumbar (15,8 %).

El dolor crónico también tiene un impacto en la salud mental, con 8 de cada 10 afectados que sufren ansiedad o depresión, y en la vida cotidiana, con casi un 50 % de bajas en los afectados en edad de trabajar.

La alta prevalencia del dolor crónico tanto en la población europea como en nuestro país (24%), genera un aumento de los costes sanitarios (costes directos) y de costes sociales, laborales e intangibles que generan la mayor parte del gasto. Según se deriva de datos obtenidos a partir de las encuestas epidemiológicas españolas y los estudios de costes extrapolados de estudios europeos, el dolor crónico está generando un gasto que asciende a 19.131 millones de euros anuales a España. De ellos se podrían ahorrar 5.900 millones de euros cada año, casi una tercera parte del gasto,

si se aplicaran políticas adecuadas de atención y tratamiento del dolor crónico.

Debemos tener en cuenta que la falta de estudios profundos en nuestro país nos obliga a deducir estas cifras a partir de los datos que aportan otros estudios socioeconómicos europeos. Sería deseable y es necesario realizar estudios epidemiológicos y socioeconómicos más detallados para corroborar estos cálculos.

EVALUACIÓN ECONÓMICA EN UNA GESTIÓN INTEGRAL DEL DOLOR Y SOSTENIBILIDAD

Conviene recordar que en 2021, se ha celebrado un curso sobre gestión integral del dolor y sostenibilidad, en el que han intervenido la Sociedad Española del Dolor (SED), la Universidad Complutense de Madrid y la Fundación Grünenthal con el apoyo de Ferrer y Boston Scientific. En el curso se puso de manifiesto que el abordaje integral equitativo y sostenible del dolor crónico es un derecho de los pacientes.

Es necesario un acuerdo global entre todos los implicados para que el sistema sanitario ofrezca tratamientos que mejoren la calidad de vida de los pacientes que sufren dolor crónico dentro de un paradigma de realidad, sostenibilidad y equidad. El dolor crónico, es un fenómeno biopsicosocial y un grave problema de salud pública que tiene una prevalencia del 18% en España y que genera costes elevados tanto directos como indirectos. En una población cada día más longeva, con aumento de comorbilidades, es necesario plantear un abordaje del problema de salud de dolor crónico de una forma

equitativa, eficiente y con perspectiva de sostenibilidad.

También se destacó que “el gasto económico del tratamiento del dolor se duplicará o triplicará en 40 o 50 años”.

MEJORANDO LA GESTIÓN DEL DOLOR CRÓNICO

Los intentos por mejorar la gestión del dolor son muy diversos debido a la multidisciplinariedad que requiere su abordaje. Existen algunas experiencias de éxito en la gestión del dolor crónico en algunas comunidades autónomas, pero sigue habiendo gran heterogeneidad territorial en el abordaje de los pacientes con esta enfermedad. Podemos destacar:

- El uso de herramientas de Salud Digital y Telemedicina como nueva herramienta para la gestión integral del dolor.
- Proyectos de investigación: búsqueda de alivio a través de investigaciones innovadoras y diseño de nuevos fármacos, financiadas por proyectos europeos, nacionales, regionales y entidades privadas.

Salud Digital y Telemedicina

La Salud Digital se refiere al campo de conocimiento y práctica asociado al desarrollo y uso de las tecnologías digitales para mejorar la salud. La Salud Digital amplía el concepto de salud electrónica para incluir a los consumidores digitales, con una gama más amplia de dispositivos

inteligentes y equipos conectados. También abarca otros usos de las tecnologías digitales para la salud, como la Internet de las cosas, la inteligencia artificial, los grandes datos y la robótica.

El uso de herramientas de salud digital y la ampliación de su uso pueden revolucionar la forma en que las personas de todo el mundo mejoran su salud y acceden a servicios que promueven y protegen su salud y bienestar.

En el caso concreto de la teleconsulta, contribuye a que se conozca y mejore la coordinación entre diferentes niveles asistenciales, evitando derivaciones innecesarias a consulta presencial, mejorando la accesibilidad del paciente y descongestionando los servicios hospitalarios.

La pandemia del COVID-19 ha catalizado numerosos cambios en la asistencia sanitaria en todo el mundo y ha acelerado la transformación de la salud digital. La década de 2020 puede ser la década en la que la tecnología digital remodele el Sistema de Salud.

Proyectos de investigación

En el marco del programa de la UE Horizonte 2020 para la investigación e innovación existen proyectos específicos que son pioneros en nuevas terapias y tratamiento del dolor crónico; entre ellos:

- NANOHEDONISM, un proyecto financiado por el Consejo Europeo de Investigación (CEI), que emplea la nanotecnología como medio para mejorar la gestión del dolor.

- El proyecto NGN-PET que ha realizado un trabajo fascinante sobre opciones de tratamiento para el dolor neuropático centradas en cocultivos de neuronas y glía.
- El proyecto TargetCaRe, que ha estudiado la regeneración de cartílagos como posible tratamiento para el dolor lumbar crónico y la artrosis.

Diseño de nuevos fármacos

- Nuevos fármacos que no creen adicción (Inst. Neurociencias de Castilla y León).
- Fármacos de acción dual con efecto analgésico (Goya del IQM y Callado, UPV) que consiste en incorporar en una misma molécula dos restos farmacoforos distintos con el fin de que se unan a dos tipos de receptores opioides o cannabinoides.
- Nanomedicamentos con neuropéptido Leu-enkefalina, que interviene en la regulación del dolor. (Feng y Couvrent).
- Todos los avances en el conocimiento del cerebro, que contribuya en el conocimiento de los receptores del dolor, permitirán diseñar nuevos fármacos, más selectivos y menos tóxicos.

estudios son muy complicados y muchas veces no podemos llegar a hacer una estimación global de estos costes, pero sería deseable; especialmente es necesario avanzar en el conocimiento sobre el coste social del dolor”.

- Los efectos del dolor no se limitan a efectos económicos, ya sean costes directos o indirectos, sino que generan pérdidas en la calidad de vida de los pacientes, su bienestar y el de sus familias.
- La carga económica es superior a la de otras enfermedades, siendo los costes indirectos la partida más significativa, muy por encima de los costes sanitarios.
- No sólo es el sufrimiento que genera, sino también el impacto socioeconómico medido en carga de enfermedad que le convierte en un generador de discapacidad.
- No debemos permitir que un factor como el dolor, que en las encuestas de salud sale como el principal problema de la ciudadanía, no se esté abordando desde una perspectiva integrada.
- Es necesario avanzar en el conocimiento sobre el coste social del dolor, con trabajos de investigación específicos en este campo.

CONCLUSIONES

Una de las principales conclusiones de esta reunión de expertos ha sido “la necesidad de disponer de estudios sólidos y robustos sobre los costes que supone el dolor en España, Europa y el Mundo”. “Los

REFERENCIAS

1. Raja, S.N., Carr, D.B., Cohen, M., Finnerup, N.B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F., Mogil, J.S., Ringkamp, M., Sluka, K.A., Song, X., Stevens, B., Sullivan, M., Tutelman, P., Ushida, T., Vader, K. The revised

International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *PAIN* 2020,161,1976–1982.

2. Melo De Santana, J., Perissinotti, M.N., Oliveira, J.O., Correia, M.F., Oliveira, C., Fonseca, P. Revised definition of pain after four decades. Editorial. *BrJP* 2020, 3.

3. Turner, J.A.; Arendt-Nielsen, L. Four decades later: what's new, what's not in our understanding of pain. *PAIN* 2020, 161, 1943-1944.

4. Hidalgo, A. Impacto socio-económico del dolor crónico. Seminario de Investigación en Economía y Salud. UCLM e Inst. Max Weber. Reunión de Expertos 2013.

5. Caramés Álvarez, M.A., Navarro Rivero, M. Costes del tratamiento del dolor versus su no tratamiento. Aproximación a la realidad de Portugal y España. *Dor*. 2016, 24,1-9.

6. Entrevista al Presidente SED, Víctor Mayoral EFE 13/10/2021.

7. <https://www.geriaticarea.com/2021/08/04/el-abordaje-del-dolor-cronico-exige-una-visionequitativa-eficiente-y-con-perspectiva-de-sostenibilidad/> (Consulta Septiembre 2021).

8. Carregal Rañó, A., Mayo Moldes, M., Bustabad Sancho, B. Telemedicina, una nueva herramienta para la gestión del dolor. Resultados de su implementación en una estructura organizativa de gestión integral (EOXI). *Rev. Soc. Esp. del Dolor*, 2020, 27, 97-103.

9. “Aproximándonos al Dolor”. https://www.fundaciongrunenthal.es/fundacion/flip/guia_periodistas/.

10. Aspectos Socioeconómicos del Dolor. Reunión de Expertos. Cátedra Extraordinaria del Dolor. Fundación Grünenthal. Universidad de Salamanca. 2006.

11. Dolor crónico, enfermedad en si misma. XIII Reunión de Expertos. Cátedra Extraordinaria del Dolor. Fundación Grünenthal. Universidad de Salamanca. 2013.

12. Muriel Fernández, J., García-Cenador, M.B., López-Valverde, N., Muriel Villoria, C., Sánchez-Ledesma, M.J. Los médicos que realizan su labor asistencial e investigadora en unidades de dolor en el uso de internet: identificación, caracterización y determinantes. *Rev. Soc. Esp. del Dolor* 2019, 26, 284-292.

13. A. Torralba, A., Miquel, A., Darb, J. Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa. “Pain Proposal” *Rev. Soc. Esp. Dolor* 2014, 21, 16-22.

14. Rodríguez, M.J., García, A.J. Costes del dolor neuropático según etiología en las. Unidades del Dolor en España. *Rev. Soc. Esp. Dolor* 2007, 6, 404-415.

15. Modelo de atención centrado en la persona con enfermedad y dolor crónicos. Edita: Plataforma de Organizaciones de Pacientes. CIF: G-87288627. www.plataformadepacientes.org. Realiza: Nephila Health Partnership, S.L. Abril, 2021.

16. Micó Segura, J.A. Coronavirus COVID-19 y dolor crónico: Incertidumbres. *RESED* 2020, 3808, 72-73.

MEDICIÓN DE RESULTADOS EN SALUD Y SU INFLUENCIA EN LA TOMA DE DECISIONES

Antoni Gilabert Perramon

Director de Innovación y Partenariado del Consorci de Salut i Social de Catalunya.
Doctor en Farmacia por la Universidad de Barcelona. Máster en Salud Pública por
la Universidad de Barcelona. Profesor asociado de Farmacia Clínica y Atención
Farmacéutica en la Universidad de Barcelona.

La toma de decisiones en el entorno del acceso a las nuevas tecnologías, la innovación y los nuevos medicamentos se encuentra altamente influenciada por la incertidumbre que rodea tanto los aspectos sanitarios como económicos.

Decidir es escoger entre varias opciones en base a la información disponible. En el caso de las decisiones relacionadas con la autorización, financiación y acceso a los nuevos medicamentos, normalmente la información disponible en el momento de la decisión se limita a la que ofrecen los ensayos clínicos y poco más. En este sentido, son muchas las incertidumbres que acompañan el proceso de decisión.

Un ejemplo que permite entender al decisor a la hora de financiar y dar acceso a un nuevo tratamiento, por ejemplo para el dolor, como en el caso que nos ocupa, podría ser el de un aeropuerto y el centro de mandos de la torre de control que decide en cada momento quien aterriza, como y cuando.

Como decisor sanitario muchas veces uno tiene la sensación de estar en esa torre de control de un aeropuerto, rodeado de pantallas y radares que indican la posición de los aviones candidatos a aterrizar. Puntos brillantes en el mapa que se mueven en dirección al aeropuerto, llenos de oportunidades, pero también de incertidumbres. Nuevos medicamentos, presentaciones o indicaciones que ofrecen un escenario de mejora sobre el abordaje actual de un tratamiento o patología, pero con múltiples interrogantes sobre el valor incremental en terapéutica.

Las decisiones de acceso no solo tienen que ver con los aspectos de efectividad clínica sino más bien con el valor. Valor entendido como la relación coste-efectividad incremental, es decir, cual es el beneficio esperado por unidad de coste adicional comparado con el tratamiento convencional.

Así pues, la incertidumbre tanto clínica como económica es un elemento clave a la hora de establecer el precio y la financiación de los medicamentos y de gestionar el

acceso a un medicamento. La llegada de nuevos medicamentos de alto coste asociados a una alta incertidumbre pone en auténticos apuros a los reguladores y financiadores a la hora de incorporar nuevas soluciones para los pacientes. No es fácil resolver el equilibrio entre acceso, resultados y costes en un entorno de alta incertidumbre y presupuestos escasos.

Para resolver esta situación es clave identificar cuáles son las incertidumbres existentes e intentar resolverlas para tomar la decisión correcta. Concretamente, hay 3 tipos de incertidumbres a resolver: la incertidumbre de indicación, la de resultados y la de impacto presupuestario.

Otro aspecto importante a tener también en cuenta es huir de las soluciones dicotómicas tipo sí o no, y explorar todo el contexto de grises que pueden acompañar a la decisión. Es decir, no se trata de decidir solamente si un nuevo medicamento se financia o no, sino de qué manera se va a hacer. En definitiva, no es solo un tema del “que” sino del “como”.

Muchas veces los problemas que se plantean en la toma de decisiones están marcados por esta simplificación basada en el “que”. Esta mirada nos impide ver otros matices y tomar decisiones más sofisticadas en las que el “como” intenta resolver la incertidumbre del momento desplazándola a más adelante a través de esquemas de generación de evidencia o constatación de los resultados esperados.

Ahí es donde aparece el concepto que puede ser la clave de la bóveda de la sostenibilidad: los resultados. Los resultados en salud como el elemento central sobre el que pivotar las decisiones.

La mayoría de las decisiones adoptadas para resolver esta situación de incertidumbre están dirigidas al control de los costes, ya sea a través de los mecanismos de fijación de precios o de los procesos de compra, con una mirada más centrada en los gastos que en la inversión.

En este sentido, la clave que puede darle estabilidad a la bóveda de la sostenibilidad en la financiación de medicamentos en el sistema sanitario no está tanto en el apartado de los recursos (siempre insuficientes por ser limitados) sino en el de los resultados (la razón de ser de todo sistema de salud). Al final, ¿qué es caro o barato si no se compara con el valor aportado?

Y ahí está el reto: definir el valor aportado por cualquier novedad terapéutica a partir de la medición y seguimiento de los resultados en salud en práctica clínica real.

Esto que parece tan sencillo se enfrenta a múltiples barreras que van desde la propia cultura del seguimiento terapéutico hasta la falta de herramientas y sistemas de registro, pasando por los modelos de financiación, compra, gestión y atención sanitaria que ponen el énfasis más en la actividad y los costes que en los resultados.

Pero ¿es normal que un sistema de salud no mida y no monitorice sistemáticamente los resultados en términos de ganancias en salud y de retorno de la inversión realizada?

La respuesta es que no. No es normal. Y si no es normal, ¿por qué hablamos tanto de gasto sanitario y de indicadores de proceso y tan poco de resultados en salud? ¿Por qué medimos compulsivamente el

gasto en medicamentos y tan poco los resultados que producen? ¿Puede sobrevivir una empresa o una organización sin medir los resultados de su actividad? ¿Es que esto de los resultados solo es aplicable al mercado y a los negocios, pero no a los sistemas nacionales de salud? ¿Acaso no hay negocio alrededor de la toma de decisiones de un sistema nacional de salud?

Pocas organizaciones pueden ser eficientes y viables si no miden, registran y evalúan los resultados que producen. Por eso, si queremos garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario y resolver el reto de la financiación de la innovación, tenemos que registrar, medir y evaluar los resultados en salud que producimos. Debemos saber cuál es el retorno por cada euro. ¿Por qué?

- Porque la misión de un SNS no es ahorrar si no mejorar la salud.
- Porque evaluar resultados es fundamental para la retroalimentación en la toma de decisiones.
- Porque los propios profesionales necesitan el feedback de su actividad para mejorarla.
- Porque es imprescindible priorizar las mejores prácticas en términos de resultados obtenidos por unidad de coste para poder ser sostenibles.
- Porque de esta manera podemos poner los incentivos alrededor de la consecución de resultados.
- Y, por último, porque centrarse en los resultados en salud es lo que más nos

acerca a centrarnos en el paciente. El paciente en el centro del sistema no solo significa que todos trabajemos para el paciente en abstracto, sino que todos busquemos los mejores resultados de salud para él y para la sociedad.

Esto podemos verlo en el siguiente esquema donde se visualiza la importancia de pasar, en primera instancia, de un ecosistema de salud centrado en la tecnología o el producto, en este caso el medicamento (Figura 1) a un ecosistema centrado en la persona-paciente (Figura 2) y poder transitar finalmente hacia a un ecosistema centrado en los resultados en salud (Figura 3).

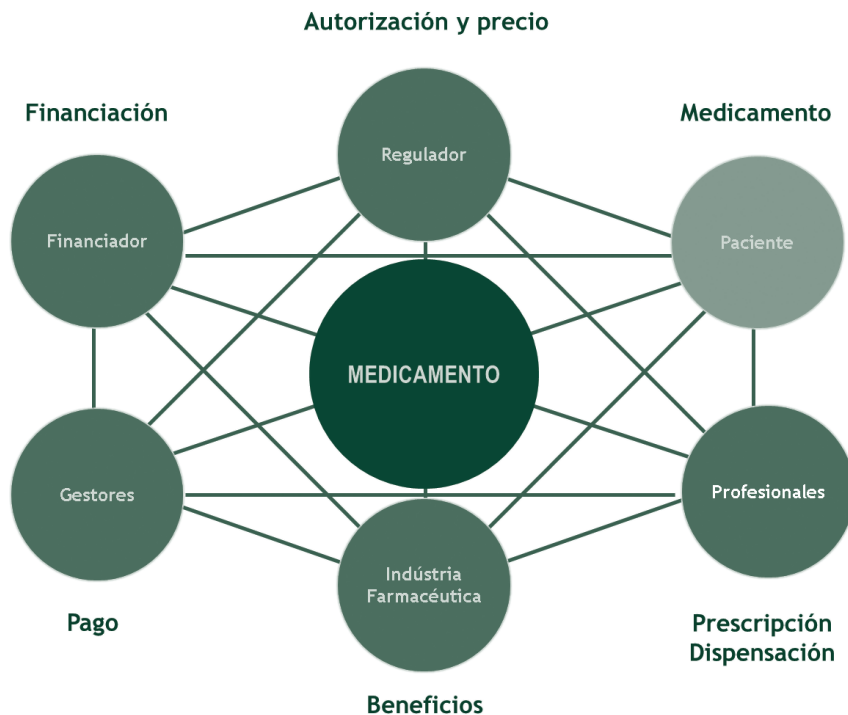
Si nos centramos en los medicamentos, autorizaremos, financiaremos, prescribiremos, dispensaremos, gestionaremos y pagaremos medicamentos, lo que se aproxima mucho a la situación actual.

Si ponemos en el centro al paciente, nos enfocaremos a la planificación sanitaria y nos preocuparemos por la equidad de acceso del paciente a los tratamientos, a la gestión de procesos y la gestión de la enfermedad. Es decir, una situación mucho más planificada y orientada al destinatario final.

Esta situación puede evolucionar y mejorar si el paciente ejerce un rol activo como el resto de los agentes (ver figura 3).

Si pensamos en los resultados en salud, priorizaremos tratamientos en función de los resultados, los mediremos, compraremos y pagaremos en función de ellos. En definitiva, no nos centraremos en medicamentos y gasto sino en inversión y resultados en salud.

Figura 1: Ecosistema de salud basado en el medicamento.



En el ámbito del dolor, ¿qué es lo más importante cuando tratamos a un paciente? La respuesta debería ser: que le alivie o le cure el dolor. ¿Y cómo podemos saberlo si no medimos, registramos y evaluamos los resultados de los tratamientos?

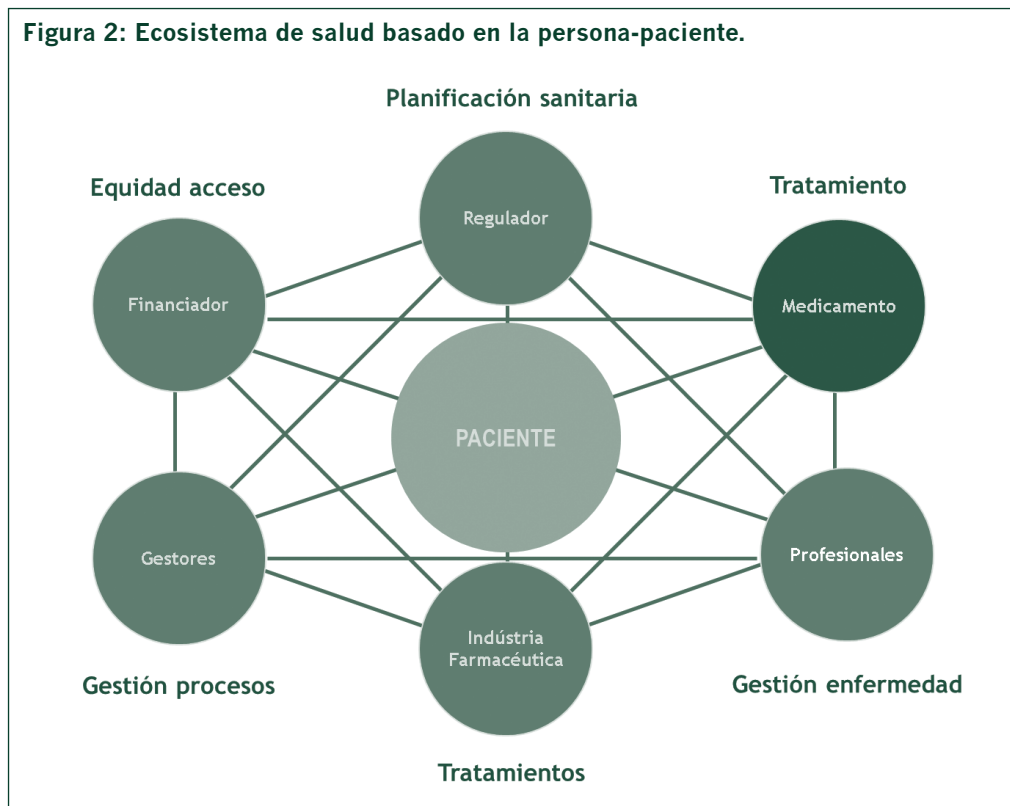
Los resultados en salud en el centro del sistema son el denominador común de todos los agentes que intervienen en el sector salud (industria, médicos, farmacéuticos, enfermeras, gestores...). Los pacientes quieren resultados y para ello hace falta generar la información individual y agregada para poder tomar las mejores decisiones y alinear los incentivos a la consecución de dichos resultados.

En resumen, colocar los resultados en salud en el centro de las decisiones de financiación puede estabilizar la bóveda de la sostenibilidad y pasar del concepto de gasto sanitario al de inversión en salud.

¿Cómo hacerlo? Priorizando la medición de resultados y generando un programa específico de resultados en salud en 3 fases:

- 1) Empezando con la evaluación de los medicamentos, añadiendo al posicionamiento terapéutico los indicadores que medir y el objetivo terapéutico a conseguir.

Figura 2: Ecosistema de salud basado en la persona-paciente.



- 2) Continuado con el seguimiento y monitorización de estos indicadores y de sus resultados en el momento en el tiempo que se decida.
- 3) Terminando por pagar e incentivar tanto a los profesionales como proveedores por los resultados obtenidos y ayudando y formado a los pacientes para el correcto uso de los medica-

mentos. Todo ello a través de la palanca de la financiación vinculada a la generación de resultados, la compra innovadora incorporando cláusulas de resultados en las licitaciones, o yendo más allá, priorizando y poniendo la mirada en los procesos terapéuticos, los resultados o las soluciones en lugar de simplemente en productos.

Figura 3: Ecosistema de salud basado en los resultados en salud.



IMPACTO ECONÓMICO Y SOCIAL DEL DOLOR CRÓNICO EN ESPAÑA

Miguel Ángel Casado Gómez

Director general y fundador de Pharmacoeconomics & Outcomes Research Iberia (PORIB) y Co-Director del Máster en Evaluación Sanitaria y Acceso al Mercado de la Universidad Carlos III de Madrid. Doctor en Farmacia (Universidad Complutense de Madrid), Máster en Gestión de la Industria Farmacéutica (Instituto de Empresa) y Diplomado en Farmacoeconomía y Análisis de Uso de Medicamentos (Escuela Nacional de Sanidad- Instituto Carlos III).

Alberto de la Cuadra-Grande

Especialista en evaluación económica de Pharmacoeconomics & Outcomes Research Iberia (PORIB). Graduado en Farmacia (Universidad Complutense de Madrid), Máster en Evaluación Sanitaria y Acceso al Mercado (Universidad Carlos III de Madrid) y Máster en Monitorización de Ensayos Clínicos (CESIF).

Néstor Martínez-Martínez

Especialista en evaluación económica de Pharmacoeconomics & Outcomes Research Iberia (PORIB). Graduado en Farmacia (Universidad Complutense de Madrid), Máster en Evaluación Sanitaria y Acceso al Mercado (Universidad Carlos III de Madrid), MBA y Máster en Business Intelligence (Escuela Europea de Negocios de Barcelona) y Máster en Dirección Comercial y Marketing (CESIF).

EVALUACIÓN, EFICIENCIA Y VALOR

Debido a la limitación de recursos existente en los sistemas sanitarios y la necesidad de disminuir la incertidumbre clínica y económica de nuevas opciones terapéuticas, siguiendo criterios de sostenibilidad o solvencia, las administraciones y los decisores sanitarios están potenciando la evaluación y la financiación selectiva y no indiscriminada de medicamentos y dispositivos sanitarios, con cargo a fondos públicos, en base a información contrastada y robusta sobre seguridad, eficacia, efectividad y eficiencia. Es decir, las nuevas intervenciones sanitarias necesitan aportar información sobre su valor clínico y socioeconómico. Así, el concepto de Precio Basado en el Valor (VBP, de sus siglas en inglés *Value Based Pricing*) se refiere a la fijación de un precio que defina el valor de la intervención para maximizar los beneficios en salud para los pacientes y la sociedad, en un entorno de mayor transparencia¹.

Actualmente, cada vez más países están mostrando interés en evolucionar

hacia sistemas sanitarios basados en el valor, a partir de marcos de referencia (en inglés *value frameworks*) que incluyan evidencias clínicas, económicas, humanísticas y sociales (Figura 1)¹.

Por tanto, para demostrar el valor de las intervenciones, entre otros análisis, es necesario llevar a cabo una evaluación económica, identificando, cuantificando y valorando los recursos más relevantes de las opciones que se están comparando². En este sentido, han sido diversos los autores que han propuesto una taxonomía de los recursos fundamentada en 2 elementos (Tabla 1): la dirección de los recursos y costes (directos e indirectos) y el ámbito donde éstos ocurren (sanitario o no sanitario)³.

IMPACTO ECONÓMICO DEL DOLOR CRÓNICO

En España se estima que el dolor crónico afecta al 17-18% de la población, y su intensidad es considerada entre moderada y grave en el 12% de casos. Actualmente, el

dolor crónico no se adscribe a una especialidad médica concreta, abordándose en la mayoría de los casos en atención primaria, aunque es motivo de consulta en diferentes especialidades. Así, estos pacientes tardan de media más de cinco años, tras el inicio del dolor, en ser atendidos por una Unidad de Tratamiento del Dolor (UTD), y en más del 40% de los casos no obtienen un control adecuado. Esto hace que el proceso asistencial, hasta el diagnóstico y el tratamiento adecuado del paciente, sea prolongado y costoso, con la repercusión que esto conlleva sobre la salud física, emocional, vida social y familiar de los pacientes^{4,5}.

Por otra parte, la edad media de los pacientes atendidos en las UTD en España oscila entre los 48 y los 57 años, es decir, todavía se hallan en plena edad productiva, con un promedio de días perdidos por dolor por paciente en España de 16,8 al año. Además, se considera que el 89% de estos pacientes tienen limitada su capacidad para el trabajo^{4,5}.

Aunque el coste del dolor crónico es difícil de calcular, ya que no se dispone de datos precisos, se estima que en Europa asciende a más de 300 billones de euros, lo que representa aproximadamente el 1,5-3% del PIB. En España, el coste total (directo e indirecto) que ocasiona el dolor crónico sería de aproximadamente 16.000 millones de euros anuales, es decir, el 2,5% del PIB. Por ejemplo, la migraña supondría una carga económica de 1.076 millones de euros anuales, en su mayoría (68%) debido a costes indirectos^{4,5}.

Para optimizar estos recursos de forma adecuada, es necesario cuantificar los costes directos, el consumo de recursos sani-

tarios y entender cómo estos afectan al Sistema Nacional de Salud (SNS). Algunos autores, como Langley *et al.*, han tratado de estimar el impacto económico que tiene el dolor crónico en los SNS. Para ello, se utilizaron los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Bienestar (NHWS, de sus siglas en inglés *National Health and Wealth Survey*) de 2010 para cinco países de Europa: Reino Unido, Francia, España, Alemania e Italia, en base al consumo de recursos de los 6 últimos meses en pacientes con dolor neuropático. Como se aprecia en la Figura 2, se consideraron varios aspectos importantes en el consumo de recursos sanitarios: visitas a médicos de atención primaria, urgencias y hospitalizaciones. El promedio de costes totales fue de 788,18€ para los pacientes que tenían dolor neuropático y de 414,66€ para los controles. Dada la naturaleza asimétrica de la distribución de costes, también se presentaron los resultados con la mediana de costes: 350,16€ y 146,70€, para los pacientes con y sin dolor neuropático, respectivamente⁶.

Los datos obtenidos por este estudio complementan a los datos obtenidos por Liedgens *et al.* En este caso, los investigadores emplearon el cuestionario *Patient Self Completion* (PSC) para determinar el coste del tiempo de baja laboral en 52 semanas por dolor neuropático en diferentes países europeos, utilizando el enfoque de capital humano, es decir, teniendo en cuenta solo las bajas por enfermedad en el momento del estudio⁷. La proporción de pacientes que estaban de baja laboral en el momento de la consulta fue consistente, aunque la duración de la baja laboral varió considerablemente entre los países. Los autores observaron que el impacto del

dolor neuropático en relación con el tiempo de baja laboral en España (7.066€) era muy similar al impacto estimado en Francia (7.098€). Sin embargo, era considerablemente diferente respecto a Alemania (11.232€) o Reino Unido (5.492€)⁷.

Recientemente se ha publicado un estudio de Rejas *et al.*, que aporta información adicional relacionada con el coste asociado al tratamiento del dolor crónico. Los autores estiman que la dispensación de opiáceos relacionados con el dolor crónico para la artrosis y los costes para el SNS aumentarán más del triple en el período de 2010 a 2029, en España. Es necesario analizar el adecuado uso de opiáceos dada la cronicidad de la enfermedad, el envejecimiento de la población y posibles efectos secundarios como la sedación, el deterioro cognitivo y el aumento de la necesidad de cuidadores, especialmente en las personas mayores⁸.

En resumen, desde el punto de vista económico, el dolor crónico genera gastos relevantes asociados a la atención sanitaria y a las pérdidas potenciales de productividad, las cuales se ven agravadas cuando se retrasa o no se consigue una atención adecuada^{4,5}. Sin embargo, en España carecemos de estudios específicos sobre costes directos e indirectos del tratamiento del dolor o sobre cuánto cuesta el mantenimiento de las UTD⁵. Estas limitaciones en los datos disponibles y la variabilidad metodológica dificultan la justificación del valor clínico y económico de las intervenciones sanitarias actuales y podrían condicionar la incorporación de nuevas opciones terapéuticas.

IMPACTO SOCIAL O HUMANÍSTICO DEL DOLOR CRÓNICO

El impacto del dolor crónico no se limita al coste que supone para el SNS. Otro aspecto crítico de la carga de esta enfermedad es su impacto social o humanístico.

Un claro ejemplo del impacto que el dolor crónico produce en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes se observa en el Estudio de Carga Global de Enfermedades (GBD, de sus siglas en inglés *Global Burden of Disease*), actualizado en 2016⁹. Según los datos de este estudio, dos patologías que cursan con dolor crónico figuran como las principales causas de Años Vividos con Discapacidad (AVD), el dolor de espalda y cervical en primera posición, seguido por la migraña como la tercera causa más frecuente. En esta misma línea, estas se posicionan como primera y sexta enfermedad que mayor número de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) producen⁹. Más allá de ser un dato aislado, la información disponible desde 1990 hasta 2016 indica que ambas patologías, el dolor de espalda y cervical, y la migraña, se han mantenido, a lo largo de los años, entre las principales patologías que ocasionan AVD y AVAD⁹.

Entre los estudios que han tratado de cuantificar de forma precisa el impacto que tiene el dolor sobre la calidad de vida, cabe destacar la investigación realizada por Langley *et al.*, que constituye el primer estudio realizado en España empleando técnicas de análisis multivariante¹⁰. Los autores estimaron la CVRS de pacientes con dolor crónico frente a aquellos que no presentaban esta condición. Para ello

emplearon una versión del cuestionario *Short Form 12 items* (SF-12), que permitió transformar las puntuaciones de los pacientes a una escala de 0 a 100, representando una CVRS pésima y óptima, respectivamente. Posteriormente evaluaron el valor de utilidad de cada grupo mediante el cuestionario *Short Form 6 Dimensions* (SF-6D)¹⁰. Según este estudio, los pacientes que padecen algún tipo de dolor crónico perciben un deterioro de su CVRS superior frente a aquellos que no lo sufren. Las diferencias más notables se observaron en el componente físico, en el que los pacientes con dolor crónico alcanzaron una puntuación de 41,52 frente a la puntuación del grupo control, que ascendió a 49,88. Por su parte, en el componente mental, los pacientes con dolor crónico también vieron su CVRS más afectada que los que no lo padecían (43,66 y 48,13, respectivamente). Como se puede apreciar en la Figura 3, el número de pacientes que valoraron los componentes físico y mental por encima de una puntuación de 60 es inferior en el caso de pacientes que padecían dolor. Así mismo, el número de pacientes que puntuó ambos componentes por debajo de 30 fue superior en estos mismos pacientes, poniendo de manifiesto el deterioro de la CVRS asociado al dolor crónico¹⁰.

Los datos obtenidos por este estudio se encuentran alineados con los datos obtenidos por Liedgens *et al.* En este caso, los investigadores emplearon otro cuestionario para determinar la CVRS de los pacientes, el *EuroQol 5 Dimensions* (EQ-5D). Así mismo, emplearon el cuestionario *Brief Pain Inventory* (BPI) para cuantificar el impacto del dolor sobre las actividades de la vida diaria. Con un valor de 0,59, estimado mediante el cuestionario EQ-5D, los

autores observaron que el impacto del dolor crónico sobre la CVRS era equivalente al que producen otras patologías crónicas, como la artritis reumatoide o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Por su parte, la puntuación promedio de 4,8, obtenida mediante las respuestas al cuestionario BPI, se asoció a un impacto intermedio del dolor sobre las actividades de la vida diaria (siendo 0 el valor asociado a la ausencia de interferencia y 10 el valor equivalente a una interferencia total entre el dolor y las actividades de la vida diaria)⁷.

La percepción de una peor CVRS es uniforme entre los pacientes con dolor crónico. Sin embargo, cabe destacar que factores como la edad avanzada, el sexo masculino, un peor nivel educativo, la presencia de comorbilidades o ingresos anuales inferiores a los 20.000€ se asociaron a un deterioro superior de la CVRS¹⁰.

Otro de los factores con una influencia decisiva en el impacto social del dolor crónico es su capacidad para producir discapacidad. Pese a la ausencia de una definición clara de dolor discapacitante, se estima que, del 17% de pacientes prevalentes con dolor crónico en España, aproximadamente el 11,3% presenta discapacidad frente al 5,7% cuya actividad diaria no se encuentra limitada. Entre estos grupos, la percepción de la CVRS en pacientes con dolor crónico no discapacitante presenta diferencias mínimas frente a pacientes sin dolor. En contrapartida, el deterioro de la CVRS en pacientes con dolor crónico discapacitante es superior al que refieren los pacientes con alguna otra condición. Esta discapacidad asociada al dolor conlleva unos requerimientos elevados de apoyo social, que aumentan conforme lo hace la

edad del paciente. Sin embargo, estos pacientes refieren estar a disgusto con el apoyo social recibido y, además, determinan que cuentan con una cobertura insuficiente de sus necesidades. Únicamente el 7,1% de los pacientes considera cubiertas sus necesidades básicas y el 3,2% sus necesidades instrumentales¹¹.

La enfermedad subyacente al dolor crónico también resulta determinante sobre el deterioro de la CVRS de estos pacientes. Liedgens *et al.* observaron un impacto similar entre las distintas neuropatías estudiadas: neuropatía diabética periférica, radiculopatía, neuropatía post-herpética, fibromialgia, neuropatía postquirúrgica, síndrome del túnel carpiano, polineuropatía crónica idiopática y dolor de espalda neuropático⁷.

En esta misma línea, Langley *et al.* realizaron otro estudio a nivel europeo con el fin de caracterizar la carga del dolor crónico con y sin componente neuropático. En el caso de pacientes con dolor crónico asociado a dolor neuropático, sus puntuaciones al cuestionario SF-12 fueron inferiores a las de pacientes sin componente neuropático. Entre los pacientes que participaron en el estudio, el 30,9% percibió su estado de salud deteriorado en el grupo con dolor neuropático, frente al 8,9% de los pacientes sin él. En el extremo opuesto, solo el 4,1% de pacientes con dolor neuropático consideró tener un estado de salud “excelente”, frente al 18,9% de pacientes del otro grupo. El análisis multivariante de los datos permitió observar el impacto negativo que tienen sobre la CVRS algunas comorbilidades (dificultad para conciliar el sueño, insomnio, dolor de cabeza, ansiedad, aumento de la presión arterial, depre-

sión, etc.), o algunos factores de riesgo (sobrepeso, tabaquismo, consumo de alcohol, etc.)⁶.

En el entorno europeo, el país de residencia de los pacientes no fue una variable relevante en relación con la CVRS, según los estudios de Liedgens⁷ y Langley⁶. Sin embargo, no debe inferirse que esto es común a todos los tipos de dolor crónico. Un ejemplo del caso contrario se encuentra en la investigación de García-Pérez *et al.*, que trató de estimar el valor de utilidad de pacientes españoles con artrosis de rodilla y cadera. En este estudio, en comparación con los valores estimados en otros países, los valores de utilidad en España fueron inferiores en el 80% de los subgrupos estudiados¹².

Todos estos estudios ponen de manifiesto que el dolor crónico no solo presenta un elevado impacto económico, sino también social, produciendo discapacidad⁹, disminución de la CVRS^{7,10} e interferencia con las actividades de la vida diaria de los pacientes⁷. Así mismo, los hallazgos obtenidos por medio de las investigaciones de Langley y García-Pérez demuestran, que el tipo de dolor crónico debería ser considerado como determinante de la CVRS, al igual que la presencia de comorbilidades^{6,12}.

UN TEMA PARA REFLEXIONAR: ¿TRATAR EL DOLOR ES UN GASTO O UNA INVERSIÓN?

A priori, la respuesta a la pregunta de si tratar el dolor es un gasto o una inversión podría pasar por una simple operación matemática: la diferencia entre el coste

total asociado a tratar el dolor y el coste total de no hacerlo. Sin embargo, como se ha expuesto anteriormente, en el caso del dolor crónico existen numerosos factores que influyen sobre esta fórmula, de tal forma que, si se ponen en una balanza los costes del tratamiento del dolor crónico, frente a aquellos costes derivados de no tratar la patología (Figura 4), ¿hacia dónde se inclinaría esta balanza?

Por un lado, pese a la ausencia de estudios precisos, la decisión de no tratar el dolor conlleva costes importantes en términos de atención sanitaria y pérdidas de productividad laboral^{4,5,7,10}. Pero, además de la discapacidad que genera⁹, el dolor crónico también deteriora la CVRS^{7,10} e interfiere de forma crítica con las actividades de la vida diaria de los pacientes⁷. Por tanto, no invertir en el tratamiento del dolor tiene una repercusión económica y social considerable.

Por otro lado, la evaluación económica de intervenciones sanitarias tiende a realizarse desde una perspectiva que considera únicamente los costes directos⁷. Esta realidad se hace más evidente en el caso de España, donde los costes directos repercuten sobre Ministerios diferentes, con partidas de gastos independientes.

Además, se suma el retraso en el diagnóstico que caracteriza al dolor crónico^{4,5,7}, asociado a la cronicidad de la patología, la gran heterogeneidad entre los dispositivos asistenciales de tratamiento del dolor, la escasez de unidades multidisciplinarias y otras unidades que, aun teniendo una escasa dotación en personal, incorporan a su arsenal terapéutico técnicas de elevado coste como implantes o epiduroscopia^{4,5}.

Por ello, las UTD nacen ante la necesidad de desarrollar un proceso integrado del abordaje del paciente con dolor crónico mediante la implementación de procesos y planes territoriales en los que se definen los diferentes niveles de tratamiento, estableciendo el circuito y las estructuras habilitadas para atender al paciente^{4,5}. En este sentido, las UTD son unidades médicas que, más allá de haber demostrado eficacia en el manejo del dolor crónico, pueden ser capaces de reducir los costes directos e indirectos asociados esta patología¹³⁻¹⁵. Algunos autores respaldan la tesis de que el abordaje multidisciplinar del dolor crónico puede ser coste-efectivo. No obstante, no se debe perder de vista que sus estudios se basan en la práctica clínica en otros países, como Estados Unidos¹³⁻¹⁵, con las grandes diferencias existentes entre sistemas sanitarios de diversos países. Por ejemplo, una diferencia relevante es el hecho de que el manejo multidisciplinar del dolor crónico se concibe como alternativa de primera línea en la práctica clínica estadounidense, frente al modelo español, donde las UTD reciben pacientes con peor pronóstico y refractarios a distintas alternativas previas⁵.

Sin embargo, existen motivos para pensar que el manejo multidisciplinar de los pacientes también podría ser eficiente en España. En primer lugar, este abordaje proporcionaría al paciente una solución terapéutica acorde a sus necesidades, evitando el manejo por parte de especialistas no expertos en el manejo del dolor, hasta acceder a las UTD. Esto, no solo reduciría los costes directos sanitarios, también evitaría o retrasaría el coste de artroplastias de articulaciones, la dependencia del paciente⁵ o su pérdida de productividad⁵.

Por lo tanto, es importante que los futuros modelos económicos en dolor crónico se diseñen con total transparencia, con un enfoque común y consensuado para la modelización del dolor y que incluya análisis de sensibilidad robustos para probar la incertidumbre de la estructura y de los parámetros de los modelos¹⁶.

Dado que, desde una perspectiva social incluyendo los costes indirectos, existe un enorme coste de oportunidad en torno a la decisión de tratar o no tratar, cabría esperar que la magnitud de los costes de no tratar al paciente determinen la dirección de la balanza^{5,7}. De esta forma, promover el manejo del dolor crónico en UTD multidisciplinares resultaría esencial para disminuir el gasto que afronta el SNS en España. Este cambio asistencial llevaría inherente una oportunidad óptima para fomentar un modelo asistencial que ponga de relieve la importancia de mejorar la CVRS de los pacientes. Si este objetivo se alinea con la reducción de costes asociados al manejo del dolor crónico, el abordaje multidisciplinar podría, no solo ser coste-efectivo, sino también ahorrar costes al sistema sanitario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Prieto-Pinto L., Garzón-Orjuela N., Lasalvia P., Castañeda-Cardona C., Rosselli D. International Experience in Therapeutic Value and Value-Based Pricing: A Rapid Review of the Literature. *Value Health Reg Issues*. Diciembre de 2020;23:37-48.
2. Porter ME. What Is Value in Health Care? *New England Journal of Medicine*. 23 de Diciembre de 2010;363(26):2477-81.
3. Prieto L., Sacristán J.A., Pinto J.L., Badia X., Antoñanzas F., del Llano J. Análisis de costes y resultados en la evaluación económica de las intervenciones sanitarias. *Med Clin (Barc)*. 27 de Marzo de 2004;122(11):423-9.
4. Torralba A., Miquel A., Darba J. Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa «Pain Proposal». *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. Febrero de 2014;21(1):16-22.
5. Caramés Álvarez M.Á., Navarro Rivero M. Costes del tratamiento del dolor versus su no tratamiento. Aproximación a la realidad de Portugal y España. *Dor*. 2016;24:1-9.
6. Langley P.C., Van Litsenburg C., Cappelleri J.C., Carroll D. The burden associated with neuropathic pain in Western Europe. *J Med Econ*. 2013;16(1):85-95.
7. Liedgens H., Obradovic M., De Courcy J., Holbrook T., Jakubanis R. A burden of illness study for neuropathic pain in Europe. *Clinicoecon Outcomes Res*. 2016;8:113-26.
8. Rejas-Gutiérrez J., Sicras-Mainar A., Darbà J. Future projections of opioid use and cost in patients with chronic osteoarthritis pain in Spain. *Ther Adv Musculoskelet Dis*. 2021;13:1759720X211010599.
9. Soriano J.B., Rojas-Rueda D., Alonso J., Antó J.M., Cardona P-J, Fernández E., et al. La carga de enfermedad en España: resultados del Estudio de la Carga Global de las Enfermedades 2016. *Medicina Clínica*. Septiembre de 2018;151(5):171-90.

10. Langley P, Pérez Hernández C., Margarit Ferri C., Ruiz Hidalgo D., Lubián López M. Pain, health related quality of life and healthcare resource utilization in Spain. *Journal of Medical Economics*. Enero de 2011;14(5):628-38.

11. Cabrera-León A., Cantero-Braojos M.Á. Impacto del dolor crónico discapacitante: resultados de un estudio poblacional transversal con entrevista cara a cara. *Atención Primaria*. Noviembre de 2018;50(9):527-38.

12. García-Pérez L., Ramos-García V., Serrano-Aguilar P., Pais-Brito J.L., Aciego de Mendoza M., Martín-Fernández J., *et al.* EQ-5D-5L utilities per health states in Spanish population with knee or hip osteoarthritis. *Health Qual Life Outcomes*. Diciembre de 2019;17(1):164.

13. Gatchel R.J., Okifuji A. Evidence-based scientific data documenting the treatment and cost-effectiveness of comprehensive pain programs for chronic nonmalignant pain. *J Pain*. Noviembre de 2006;7(11):779-93.

14. Simmons J.W., Avant W.S., Demski J., Parisher D. Determining successful pain clinic treatment through validation of cost effectiveness. *Spine (Phila Pa 1976)*. Marzo de 1988;13(3):342-4.

15. Flor H., Fydrich T., Turk D.C. Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: a meta-analytic review. *Pain*. Mayo de 1992;49(2):221-30.

16. Sullivan W., Hirst M., Beard S., Gladwell D., Fagnani F., López Bastida J., *et al.* Economic evaluation in chronic pain: a systematic review and de novo flexible economic model. *Eur J Health Econ*. Julio de 2016;17(6):755-70.

Abreviaturas.

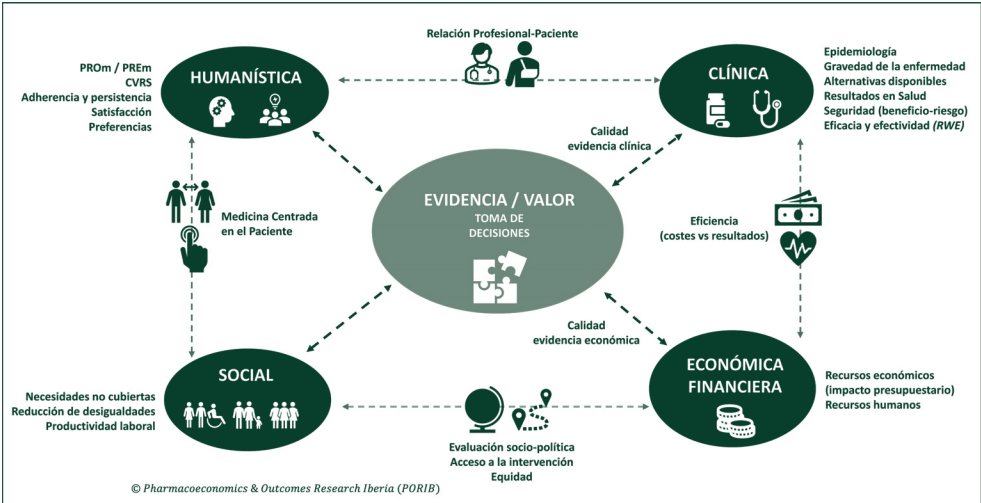
AINE	Antiinflamatorio no esteroideo
AVAD	Años de Vida Ajustados por Discapacidad
AVD	Años Vividos con Discapacidad
BPI	<i>Brief Pain Inventory</i>
CVRS	Calidad de Vida Relacionada con la Salud
EQ-5D	<i>EuroQol 5 Dimensions</i>
GBD	<i>Global Burden of Disease</i>
NHWS	<i>National Health and Wellness Survey</i>
PREm	<i>Patient-Reported Experience measures</i>
PROm	<i>Patient-Reported Outcomes measures</i>
PSC	<i>Patient Self Completion</i>
RWE	<i>Real-World Evidence</i>
SF-6D	<i>Short Form 6 Dimensions</i>
SF-12	<i>Short Form 12 Items</i>
UTD	Unidad de Tratamiento del Dolor
VBP	<i>Value Based Pricing</i>

Tabla 1. Clasificación de los recursos y costes de intervenciones sanitarias.

	Sanitarios	No Sanitarios
Directos	Tratamiento farmacológico, atención primaria y especializada (consultas, pruebas, hospitalizaciones, cirugías, etc).	Gastos de desplazamiento del paciente, cuidados en casa (formales e informales).
Indirectos	Consumo de servicios sanitarios a lo largo de los años de vida ganados como consecuencia de la intervención sanitaria (costes futuros).	Pérdida de productividad, coste de oportunidad del tiempo invertido en el tratamiento.

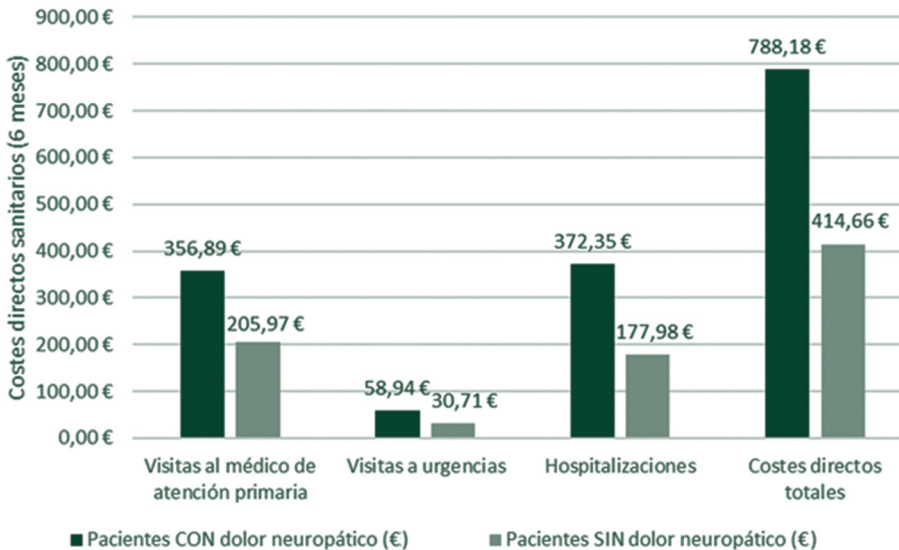
Elaborado a partir de Prieto *et al.* (2004)³.

Figura 1. Mapa holístico de la toma de decisiones basada en valor.



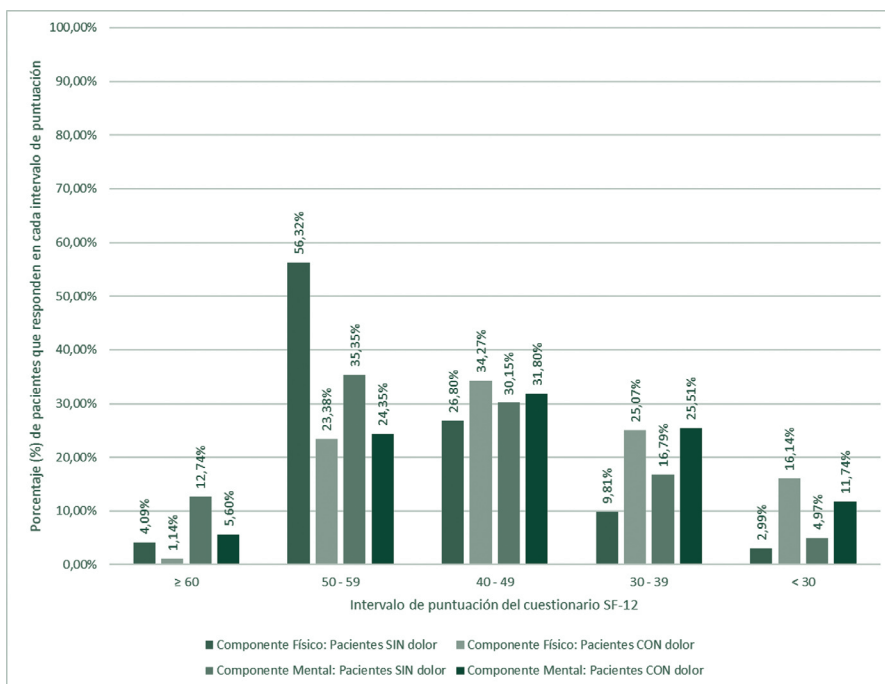
CVRS: Calidad de Vida Relacionada con la Salud; PREm: *Patient-Reported Experience measure*; PROm: *Patient-Reported Outcomes measures*; RWE: *Real-World Evidence*.

Figura 2. Costes directos y consumo de recursos sanitarios.



Nota: Estimaciones ponderadas por edad y género combinadas para Reino Unido, Francia, España, Alemania e Italia. Elaborado a partir de Langley *et al.* (2013) en base a NHWS (National Health and Wellness Survey) 2010.

Figura 3. Respuestas al cuestionario SF-12 de pacientes con dolor crónico frente a pacientes sin dolor crónico.



SF-12: *Short Form 12 items*. Elaborado a partir de Langley *et al.* (2011)¹⁰.

Figura 4. Comparación entre el coste de tratar y no tratar el dolor crónico.



Adaptado de Caramés *et al.* (2014)⁵.

HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA DE LAS PERSONAS CON DOLOR CRÓNICO: UN CAMBIO DE PARADIGMA

Julio Zarco Rodríguez

Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad Complutense de Madrid (UCM).
Subgerente Hospital Clínico San Carlos de Madrid, Presidente de la Fundación
Humans, profesor de psiquiatría y psicología medica UCM.

INTRODUCCIÓN

La devastadora experiencia de la pandemia de Covid-19 nos ha puesto de manifiesto una serie de cuestiones relacionadas con ciertas ineficiencias del sistema sanitario, que pese a estar diagnosticadas desde hace tiempo, no se habían manifestado con la dureza que ha mostrado la cara de la pandemia. En este sentido, una de las mayores ineficiencias del sistema sanitario sigue siendo la atención centrada en la persona que acude a él, la personalización de sus cuidados y sobre el trato humano e integral que requiere toda persona cuando su nivel de vulnerabilidad es más alto. Cuestiones como la información aportada al paciente y la familia, las actitudes empáticas y compasivas de los profesionales, la gestión integrada de los procesos y la incorporación de las opiniones y percepciones de los pacientes en la toma de decisiones, siguen siendo retos aun no superados ni abordados de manera eficaz y eficiente.

El sistema sanitario ha elaborado planes estratégicos de humanización de la

asistencia sanitaria desde que en el año 1985 y precediendo las transferencias sanitarias, se acometió el generar estos marcos de actuación para posibilitar centrarse en la persona. Hasta el año 2015 que se elaboró el plan estratégico de humanización de la Comunidad de Madrid, no han existido más avances en este sentido. A partir de esta fecha hasta la actualidad, todas las comunidades autónomas y todos los servicios regionales de salud, han elaborado con mayor o menor profundidad sus planes estratégicos de humanización, siendo los mismos, señales de identidad de los servicios asistenciales.

De la misma manera que han aparecido los planes estratégicos de humanización, han aparecido en algunas comunidades planes estratégicos que abordan un tema tan fundamental como el dolor y que en muchas estrategias de salud no están bien recogidos de manera adecuada. Se produce la paradoja de que en algunas comunidades cohabitan planes estratégicos de humanización, planes estratégicos del dolor e incluso planes estratégicos de bioética, sin que exista ningún nivel de conexión entre

ellos, cuando las líneas fundamentales de actuación son coincidentes.

Por otro lado, desde la Fundación Humans a lo largo del año 2019 se realizó la reflexión de que la atención humanizada del dolor crónico requería de una visión holística e integral en la cual merecía la pena realizar una investigación, estudio y profundización sobre qué elementos humanísticos son los fundamentales para una adecuada atención a la persona con dolor crónico.

DIMENSIÓN DE LA PERSONA CON DOLOR CRÓNICO

El dolor es una experiencia consustancial al ser humano y por ello a la propia vida. Como bien refiere el Dr. Ignacio Velázquez, experto en dolor; “la experiencia del dolor es un fenómeno universal, conocido por todos, vivido por todos en sus multitudes de variantes y matices. Es lo más humano entre lo humano”. Comparto con este autor dicha reflexión y no solo eso, sino que estoy convencido que la experiencia del dolor es algo vivencial y por ello afecta a todos los estratos del ser; desde lo físico, lo psicoafectivo y emocional, lo existencial y espiritual, lo social y lo laboral. Hablar de dolor; no es solo hablar sobre los mecanismos fisiopatológicos que se ponen en marcha para ocasionar el síntoma y vivencia del dolor; sino que es hablar de cómo afecta a todo el ser humano y al entorno del mismo. El dolor es subjetivo y por lo tanto no es independiente de la experiencia humana, sino que está inextricablemente unida a ella.

La Asociación Internacional Para el Estudio del Dolor define al mismo como la

experiencia sensorial y emoción desagradable, asociada o similar a la asociada con un daño tisular real o potencial. Aun así, el dolor es siempre una experiencia personal que está influida por múltiples variables, desde condicionantes psicológicos, antropológicos y sociales.

El dolor crónico no posee una función biológica de protección y conlleva alteraciones físicas, psicológicas y de toda la vida del paciente. Como bien nos definen los expertos, se entiende por dolor crónico aquel que persiste durante más de tres meses, de forma continua o intermitente, más de cinco días a la semana, con intensidad moderada/alta e importante deterioro de las capacidades del individuo. En el año 2019 la OMS dio un paso decisivo y fundamental integrando el dolor crónico en la clasificación internacional de enfermedades (CIE-11) y comenzó a abordar el dolor crónico como un síndrome. La dimensión que presenta el dolor crónico en España es muy elevada pues presenta una alta prevalencia con 1 de cada 6 personas que lo presentan, siendo la segunda causa de visita a atención primaria. Se puede llegar a estimar que casi un 76% de la población presenta un dolor moderado o intenso y esto llega a tener un impacto de 16.000 millones de euros de las arcas públicas, lo que representa el 2,5% del PIB. Desde la mesogestión podemos decir en líneas generales que los pacientes con dolor crónico son mucho más demandantes y usuarios del sistema sanitario teniendo unas altas tasas de frecuentación del mismo.

Siempre se ha planteado que el dolor crónico tiene una serie de parámetros de difícil cuantificación, que son todas aquellas variables que tienen que ver con los

aspectos más sociales y laborales del mismo. Pues bien, desde la Fundación Humans hemos podido cuantificar que el 30% de los pacientes con dolor crónico ha estado en algún momento con dolor crónico, llegando a perder su empleo por dicho motivo hasta un 22%. El tiempo de baja medio por dolor esta en 14 días de media y tan solo un 8% ha experimentado cambios de responsabilidad en su puesto de trabajo por cuestiones que tienen que ver con el dolor, llegando incluso a tener que cambiar de trabajo por dicho motivo un 4%.

El impacto social que tiene el dolor es muy elevado. El 50% de los pacientes presentan trastornos del sueño y un 47% presentan trastornos depresivos asociados. Cuando se les entrevista a los pacientes con dolor crónico, el 27% refieren sentirse aislados a causa del dolor y el 36% refieren tener un impacto negativo en familiares y amigos.

Como podemos ver a grandes rasgos y con cifras gruesas, el impacto del dolor crónico a nivel individual, psicoafectivo y social es alto y debido a ello requiere de todo nuestro esfuerzo y concurso para aunar esfuerzos en una atención lo más integrada posible.

HUMANIZAR LA ATENCIÓN DEL DOLOR CRÓNICO

A lo largo del año 2019 se realizaron varios grupos focales con numerosos pacientes que presentaban dolor crónico para explorar sus vivencias, sus necesidades y ante todo la experiencia que ellos y sus familiares tienen del dolor crónico y de la asistencia que se les ofertaba. En todo

este grupo focal aparecía de una manera clara y definida la importancia que los pacientes daban a la comunicación entre los profesionales que les atienden y ellos y sus familias. Una comunicación empática en la que se tiene en cuenta sus necesidades y sus preferencias, así como la posibilidad de participar activamente en las toma de decisión sobre su propia salud se hacía necesario y de gran importancia.

Por otro lado, como hemos visto anteriormente, el dolor es una experiencia humana que afecta a todos los estratos del ser, desde lo físico, pasando por lo psicológico, emocional, espiritual y social. Esta necesidad de un abordaje integral e integrado con una perspectiva holista o si se quiere, una visión ecológica del dolor, requiere la aplicación de una visión humanista del mismo desde una perspectiva muy sistémica que entronca con la visión humanista que presenta la Fundación Humans. Es cierto que, pese a que numerosos estudios respaldan las ventajas de un trato humanizado en el dolor crónico, su aplicación en la realidad del día a día, aun parece ser poco adecuada, quedando múltiples dimensiones sin tratar de manera completa y rigurosa. Es por ello que esto evidencia la necesidad de realizar de manera urgente y definida, actuaciones en este sentido, comenzando por establecer cuáles son las dimensiones de la humanización más relevantes en el abordaje del dolor crónico.

Pero antes de ponernos a relatar el trabajo y estudio realizado desde la Fundación Humans para poder perfilar las distintas dimensiones de la humanización del dolor crónico, pasemos a realizar una breve semblanza de cómo se aborda el estudio de la humanización desde las

perspectivas sistémica y participativa en la Fundación Humans.

La humanización de la atención socio-sanitaria es una visión, una forma de comprender y una forma de actuar frente a la persona enferma que se basa en los principios humanísticos del ejercicio de las profesiones sanitarias. Siguiendo los principios existencialistas y filosóficos que resaltan la importancia de Ser y Estar en el mundo, esta visión, será una forma de entender la vida, el mundo y nuestras relaciones con él, impregnada por unos valores humanos, como pueden ser la tolerancia, libertad, la empatía, la compasión, la generosidad, la participación y tantos otros rasgos que nos hacen más humanos. Este es nuestro concepto y forma de entender la humanización aplicada a las ciencias de la salud y especialmente al trato con personas enfermas y sus familias. Es una señal de identidad de los profesionales que debemos resaltar, potenciar y salvaguardar de las agresiones del sistema y de la improvisación del momento. Como afirmaba el premio Nobel de la Paz y también médico Albert Schweitzer, lo más importante de un individuo es que tenga presente qué modelo de mundo es el que quiere para poder estructurar su vida. Es por ello que desde la fundación Humans proponemos un modelo de humanización o de humanismo participativo que tiene una perspectiva sistémica y sociosanitaria, es decir ecológica, pues contempla toda la realidad circundante del paciente y del profesional que le atiende. En esta perspectiva nos centramos fundamentalmente en el área psicoafectiva, emocional y relacional que se pone en juego en la interconexión de paciente/familia con los profesionales y a su vez de todos estos con

los equipos directivos y su capacidad de liderazgo transformacional y a su vez de los equipos directivos con profesionales y ciudadanos. Como podemos observar en esta visión sistémica todo está interrelacionado y el punto de confluencia de todas estas relaciones y esta visión recibe el nombre de HOMOSFERA SOCIO-SANITARIA. Este nombre se deriva de los trabajos del filósofo francés Henry Bergson y del pensador suizo Teilhard de Chardin que entendían la realidad y la vida misma desde una perspectiva evolucionista. Por tanto, la propuesta de la Fundación Humans consiste en una visión sistémica sociosanitaria, participativa centrando nuestro interés en la homosfera o interrelaciones de ciudadanos, profesionales, sistema sanitario, etc.

En este sentido, una experiencia tan integral y que afecta a todos los estratos del ser, como es el dolor crónico, debe de tener de la misma manera una atención y manejo integral que se adapta perfectamente al modelo de humanismo participativo de la Fundación Humans.

Como hemos mencionado con anterioridad, es creciente el interés en la humanización, pues va en paralelo con el empoderamiento de los ciudadanos, los mapas de experiencia del paciente y la incorporación de esta experiencia en la toma de decisiones compartida. Los planes estratégicos que se han generado en todos los sistemas sanitarios autonómicos también han potenciado en gran medida el desarrollo de estos conceptos. El objetivo fundamental es aumentar la calidad, eficiencia y seguridad en la atención de la persona con dolor crónico y su familia. Quizás el importante uso de la tecnología y la gran

especialización de las especialidades médicas nos ha llevado a un cierto fraccionamiento de los procesos asistenciales que ha redundado en una atención segmentada y no integrada.

Por todo ello y siguiendo el plan de acción de la Fundación Humans, en el año 2019 y a lo largo de los siguientes años hasta la actualidad, se prioriza realizar un estudio sobre las dimensiones en la humanización con dolor crónico.

OBJETIVO Y ESQUEMA DE TRABAJO DEL PROYECTO

Como hemos comentado en otro lugar el trabajo sobre las dimensiones de la humanización comenzó en el año 2019, es decir antes de aparecer la pandemia Covid-19 y salvo la interrupción de los meses de confinamiento de la misma, se ha ido desplegando hasta la actualidad. Con este proyecto se pretendió definir y poner de relieve el punto de vista y las experiencias de todas aquellas personas que juegan un papel relevante en el abordaje del dolor crónico, comenzando por los propios pacientes y sus familias y siguiendo por todos los actores profesionales del entorno sociosanitario. Siguiendo un abordaje interdisciplinar, holístico, integral y sistémico. Nuestro foco, como hemos comentado con anterioridad es la homósfera sociosanitaria del dolor crónico.

Los tres objetivos fundamentales que se definieron fueron:

1. Definir las dimensiones de la humanización más relevantes en la atención a las personas con dolor crónico.
2. Conocer las percepciones y vivencias de los pacientes y de los profesionales entorno al dolor crónico.
3. Definir un decálogo de actuaciones en las personas con dolor crónico y sus familias.

Para ello se definió un grupo heterogéneo de profesionales que contemplaban todas las categorías profesionales, desde médicos especialistas en dolor y médicos de familia, enfermeras, psicólogos, farmacéuticos de hospital y comunitarios, trabajadores sociales y fisioterapeutas. El grupo lo coordinaron tres personas, una especialista de unidad del dolor; una especialista en calidad y un miembro del patronato de la Fundación Humans.

El proyecto arrancó en noviembre del año 2019 con la primera reunión de trabajo con el comité de expertos multidisciplinar. Aquí se perfilaron los objetivos y la metodología de trabajo. Se utilizaron varias técnicas y metodologías de trabajo para extraer y consensuar puntos fuertes y áreas de mejora. En enero del año 2020 se reclutaron aleatoriamente pacientes con dolor crónico de varias unidades del dolor y se establecieron grupos focales con ellos para definir su experiencia 360 grados de su vivencia del dolor crónico y de la atención recibida. Desde mayo hasta julio del año 2020 se volvió a reunir el comité de expertos, al cual se le pasaron para su trabajo las conclusiones de los grupos focales de pacientes. Con lo cual se definieron e identificaron las áreas de actuación y se propusieron iniciativas. Por último, desde septiembre del año 2020 hasta enero del año 2021 se fueron realizando reuniones mensuales para definir un decálogo para

fomentar la humanización de la atención a la persona con dolor.

DIMENSIONES DE LA HUMANIZACIÓN EN LA PERSONA CON DOLOR CRÓNICO

Producto de todo el trabajo anterior y siguiendo el marco conceptual definido por la Fundación Humans fue posible definir 10 dimensiones de relevancia en las actuaciones con las personas con dolor crónico y las cuales definirán las iniciativas y el decálogo que posteriormente se construyó. Las dimensiones fueron las siguientes:

1. **ACCESIBILIDAD AL SERVICIO.** Esta fue una dimensión muy demandada por los pacientes. Parece que el acceso a los recursos esenciales en el manejo del dolor crónico no son los adecuados. Esta es una dimensión que está en relación con el manejo del dolor crónico en el ámbito de la atención primaria, con la continuidad de los cuidados y con el acceso a las unidades del dolor u otros dispositivos especializados.
2. **CALIDAD DEL TRATO, INTIMIDAD Y RESPETO.** Esta es una dimensión que está muy relacionada con las actitudes de los profesionales y especialmente con sus habilidades comunicacionales. Fomentar una comunicación fluida, horizontal y personalizada es necesario para generar un clima de confianza y trato humano. Fomentar la empatía y el respeto es clave a la hora de facilitar que las personas con dolor crónico puedan sentirse correctamente atendidas.
3. **ATENCIÓN HOLÍSTICA A LA PERSONA CON DOLOR CRÓNICO.** Esta es una dimensión que está en relación con el marco conceptual en el que se desenvuelvan los profesionales y la perspectiva del propio sistema sanitario a la hora de organizar sus recursos. La atención holística a la persona con dolor crónico supone tener en cuenta las distintas dimensiones de la esfera vital de la persona, atendiendo a los aspectos físicos, emocionales, espirituales y sociales.
4. **EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE.** Fomentar la toma de decisiones compartidas e incorporar la experiencia del paciente en esta toma de decisiones es fundamental para el curso evolutivo del manejo del dolor crónico. Facilitar formación e información y crear herramientas de participación es una necesidad fundamental actualmente.
5. **PERSONALIZACIÓN DEL PROCESO DE SALUD.** Crear actuaciones y procesos personalizados para cada persona que presenta dolor crónico es muy importante, esto supone diseñar un plan de tratamiento y seguimiento adaptado al día a día de cada persona. Individualizar es crucial para involucrar plenamente al paciente.
6. **AUTONOMÍA DEL PACIENTE Y TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA.** El paciente debe de recibir la información apropiada para dar el consentimiento a las actuaciones y todo aquello que sea relativo a las decisiones anticipadas sobre sus tratamientos y el respeto a su capacidad de decidir.

7. ATENCIÓN AL ENTORNO DE LAS PERSONA CON DOLOR CRÓNICO.

Dentro de la perspectiva holística y sistémica de nuestro abordaje, el apoyo y comprensión por parte del entorno es esencial, por lo que fomentar el acompañamiento y participación activa de los familiares es fundamental. El dolor crónico no afecta a una persona, afecta a la familia.

8. LOS PROFESIONALES SANITARIOS AGENTES DE HUMANIZACIÓN.

Esta es una dimensión que tiene mucho que ver con la formación holística y humanista de los profesionales. Los verdaderos agentes de humanización son todos y cada uno de los profesionales que atienden a las personas con dolor crónico y sus familias. De la misma manera y ateniéndonos al principio de “cuidado al cuidador”, también debemos procurar poner el acento y atención en la humanización hacia y por los profesionales.

9. COORDINACIÓN Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN.

En sistemas sanitarios donde están fragmentados los procesos y en muchas ocasiones se rompe la continuidad asistencial, es fundamental garantizar esta continuidad para que el paciente y la familia no perciba discontinuidad dentro de la atención. Este punto es clave y crítico y está muy en relación con la ordenación y organización de los sistemas sanitarios.

10. LA SOCIEDAD Y EL ESTIGMA DEL DOLOR CRÓNICO.

En la sociedad, el dolor crónico no cuenta con una clara visibilidad. Por ello, acarrea una sensación de estigma e incompreensión que

provoca malestar emocional y problemas de integración para las personas que lo padecen.

**CONCLUSIONES E INICIATIVAS.
EL DECÁLOGO**

Aunque en este proyecto no puede hablarse de conclusiones, pues no ha concluido ni ha visto su finalización, si podemos hablar de cuáles son las líneas fuerza a las que se ha llegado y que sirven para enmarcar el decálogo que operativizará las iniciativas de actuación.

Las líneas de fuerza a modo de conclusiones que podemos extraer son las siguientes:

- El interés por mejorar los aspectos humanísticos de la asistencia sanitaria es creciente y necesita del concurso de todos los actores del sistema sanitario, así como de recursos para poder ser integrados en su cultura.
- La humanización no se restringe solo a los profesionales sanitarios en contacto directo con el paciente, sino que también abarca la cultura de la organización sanitaria, la administración, las políticas sanitarias, los pacientes y las familias.
- El dolor crónico es uno de los problemas más relevantes de salud en la actualidad y tiene un impacto significativo sobre las personas que lo experimentan, sus familias, el trabajo y la comunidad en general.
- Aunque numerosos trabajos respaldan los beneficios de un trato humanizado,

su aplicación real en el dolor crónico todavía parece ser subóptima.

- En el proceso del dolor crónico y su humanización, es clave que el paciente sea partícipe y protagonista de la evolución de su proceso asistencial y que exista una comunicación entre el profesional sanitario y el paciente empática, así como la adecuada interacción de este con el sistema.
- Sería recomendable implementar iniciativas concretas que trasformen las propuestas de actuación presentadas en este trabajo, en acciones de impacto real en la vida de las personas.
- Es recomendable que las entidades y los profesionales con responsabilidades en la macro, meso y micro gestión sanitaria impulsen programas que articulen el cambio hacia una atención más humanizada y centrada en las personas con dolor y que aporten valor.

En este momento del trabajo, se están diseñando actuaciones específicas para cada una de las 10 dimensiones del dolor que se han recogido en el DECÁLOGO con la intención de sustanciar actuaciones específicas y concretas que impacten en

las vidas de las personas con dolor y en sus familias y entornos. El DECÁLOGO con el que terminamos estas líneas y que será la hoja de ruta de nuestras actuaciones es el siguiente:

1. Establecer una comunicación paciente y profesional eficaz.
2. Velar por la intimidad y el confort del paciente.
3. Valorar multidimensionalmente a la persona.
4. Capacitar a la persona con dolor crónico.
5. Personalizar el tratamiento.
6. Promover la implicación del entorno de la persona.
7. Cuidar al cuidador.
8. Cuidar al profesional como agente de humanización.
9. Capacitar al profesional en habilidades relacionales.
10. Sensibilizar a la sociedad.

NUEVAS TENDENCIAS EN LA ASISTENCIA SANITARIA DEL PACIENTE CON DOLOR

Jesús Gonçalves Estella

Neurocirujano.

Profesor Contratado Doctor Permanente Vinculado.

Coordinador de la asignatura “Neurología, Neurocirugía y Dolor”.

Departamento de Cirugía.

Responsable de la Unidad Docente de Neurocirugía.

Facultad de Medicina. USAL.

En la actual sociedad del bienestar donde tiene una especial relevancia la salud y no sólo la vida sino la calidad de vida, el manejo del dolor ha adquirido o está adquiriendo un cierto protagonismo. El gasto sanitario constituye una partida presupuestaria muy importante en los países desarrollados. La sostenibilidad del sistema sanitario público nos exige evitar en la medida de lo posible la variabilidad en la práctica clínica y basar nuestras actuaciones en la mejor evidencia científica disponible, y así aunque dispongamos de mucha y abrumadora información sobre un tema concreto, hemos de seleccionar aquello que queremos aplicar en nuestra práctica clínica diaria ya que no todo lo que se publica es lo mejor. La medicina basada en la evidencia es un arma que nos permite evaluar la calidad y grado de recomendación de las diversas opciones terapéuticas posibles.

La medicina es una ciencia en constante cambio, y hemos de actualizar constantemente los conocimientos. Es un deber ético y moral para un buen profe-

sional tener sus conocimientos actualizados y así poder prestar una asistencia de calidad. Hoy en día cada vez es más fácil el acceso a las fuentes de información, pero hemos de recurrir a la medicina basada en la evidencia. Nuestras terapias han de ser útiles, resolutivas y eficientes.

En el campo del dolor la medicina basada en la evidencia nos ofrece desde recomendaciones de expertos a guías de práctica clínica como puedan ser por ejemplo las recomendaciones de la OMS en el manejo del dolor oncológico en sus sucesivas ediciones⁽¹⁾. Sin embargo, para muchas técnicas quirúrgicas empleadas en el tratamiento del dolor por cuestiones éticas los diseños de los estudios no permiten conseguir el máximo nivel de evidencia y muchas veces es difícil discernir sobre la mejor terapia posible para un caso concreto.

A la vez hemos de tener en cuenta que en el Sistema Nacional de Salud ha habido un cambio de paradigma y hemos pasado ya hace tiempo de la tradicional medicina centrada en el médico a una

medicina centrada en el paciente, de tal modo que el paciente ha de estar perfectamente informado y es copartícipe sobre las decisiones y actuaciones sobre su salud y en el actual modelo de gestión se tiende progresivamente a un modelo de gestión por procesos en el que todo usuario de la sanidad pública tenga asegurada la atención integral multidisciplinar y continua de su proceso. Este aspecto es fundamental en el manejo y tratamiento del paciente con dolor.

En la estructura del sistema sanitario público se introdujeron las unidades de dolor. Para asegurar una atención integral de calidad al paciente con dolor, la interrelación de estas unidades con la atención primaria y especializada han de estar perfectamente sincronizadas para asegurar la correcta continuidad asistencial. Surge la idea de implantar al igual que para otras patologías el concepto de procesos asistenciales integrados en el campo del dolor y aunque no están perfectamente definidos y varían de unas comunidades autónomas a otras son una realidad. Así por ejemplo nos consta que la Junta de Andalucía ha establecido el proceso asistencial integrado (PAI) para el dolor crónico no oncológico elaborando un documento donde se detalla cada uno de los pasos del proceso.

Por otra parte a nivel de gestión está adquiriendo cada vez más peso la medicina basada en valor, donde el objetivo prioritario son los resultados prestando a la vez una especial atención a la seguridad del paciente, la calidad de la asistencia y siempre teniendo en cuenta la eficiencia.

El proceso asistencial integrado en el paciente con dolor comienza en la atención primaria, que estudia al paciente y trata el dolor, instaurando el tratamiento adecuado a cada situación teniendo en cuenta la famosa escalera del dolor, pasando por los distintos peldaños en el tratamiento, comenzando con analgésicos no opioides, añadiendo opioides débiles o pasando finalmente al empleo de opioides ya potentes. Este proceso asistencial sigue en la atención especializada que tras el estudio del paciente llega a un diagnóstico preciso, trata la patología de base y afortunadamente resuelve muchas entidades nosológicas, pero durante el proceso se ha de manejar también el dolor y en algunas ocasiones persiste, se cronifica y adquiere entidad propia como enfermedad. Y aquí es donde entran en juego las unidades de dolor. En estas unidades se atiende a pacientes con un diagnóstico concreto y definido en los que existe una cronificación del cuadro clínico doloroso que requiere ser adecuadamente tratado como tal, como dolor.

En ocasiones, sin embargo, es preciso que el paciente sea derivado con antelación a las unidades de dolor por la magnitud del cuadro doloroso y la demora inadmisibles en atención especializada. La saturación del sistema sanitario en atención especializada a veces es tal que en pacientes con cuadros dolorosos, estos han de ser remitidos a su vez a las unidades de dolor sin estar perfectamente estudiados por el especialista oportuno. Acuden sin un diagnóstico etiológico del síndrome doloroso, por una demora inadmisibles, ya que el dolor ha de ser tratado y tiene difícil manejo, por los

profesionales de atención primaria. Así hace que pacientes que aún no han sido correctamente enfocados, diagnosticados y tratados por el especialista correspondiente, precisen tratamiento en las unidades de dolor. Si bien en las unidades de dolor se puede entender que uno de los cometidos es atender a pacientes con dolor agudo de difícil manejo en atención primaria donde entra en juego el empleo de analgésicos opioides potentes, no es recomendable que pacientes donde el dolor ya es crónico y tiene entidad como enfermedad, no hayan sido estudiados correctamente por un especialista, como un reumatólogo, traumatólogo, neurólogo o neurocirujano.

La unidad de dolor es aquella unidad asistencial en la que un médico especialista es responsable de aplicar técnicas y métodos para eliminar o aliviar el dolor de cualquier etiología al paciente, y se define como una organización de profesionales de la salud que ofrece asistencia multidisciplinar, que cumple con los requisitos funcionales, estructurales y organizativos que garantizan condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender al paciente con dolor crónico que requiera asistencia especializada. Entraría dentro de lo que pudiéramos denominar “estructura”.

Desde su concepción inicial existen distintos tipos de unidad de dolor⁽²⁾ desde unidades monográficas o tipo I, unidades unidisciplinares de dolor o tipo II y unidades multidisciplinarias de dolor o tipo III, a un cuarto tipo o centro específico de investigación y tratamiento del dolor. Se considera que la idónea es el tipo III y se cree necesaria para áreas de población

de entre 1,5 y 2 millones de habitantes y es para este tipo de unidad para los que se han establecido los estándares y recomendaciones de calidad y seguridad.

Existen multitud de unidades desperdigadas por toda la geografía nacional, pero no hay datos plenamente fiables acerca de su tipología y no son la tipo III precisamente, y la realidad es otra. Lo que más abunda es la tipo II. En un artículo especial publicado en la Revista de la Sociedad Española del Dolor avalado por la Fundación Grünenthal⁽³⁾ se realizó un censo de las unidades existentes en nuestro país, y la tipología descrita en el documento elaborado por el Ministerio de Sanidad Políticas Sociales e Igualdad en 2011 no es una tipología práctica acorde a la realidad.

Dentro de las unidades de dolor tipo II o unidisciplinares (la mayoría de las existentes en España en la actualidad) podríamos distinguir 4 grupos: Grupo A: sólo 1 médico (especialista o no) a tiempo parcial, que no pasa consulta diaria. 25%. Grupo B: unidades que disponen de 1 especialista a tiempo parcial y consulta diaria. 19%. Grupo C: unidades que disponen de 1 especialista a tiempo completo y consulta diaria. 33% y Grupo D: unidades con más de 1 médico a tiempo completo y consulta diaria. 8%.

En dicho artículo se sugiere un cambio en la denominación de la tipología donde habría:

- Unidades tipo I o unidades que dispongan de uno o varios especialistas con dedicación a tiempo parcial a la unidad y que no dispensan atención

continua diaria. Con esta nueva definición, el tipo I albergaría al 25 % de las unidades españolas. Según la encuesta (grupo A), en la mayoría de estas unidades sólo se administra tratamiento farmacológico; en alguna de ellas se realiza esporádicamente alguna técnica simple (bloqueo o infiltración).

- Unidades tipo II, donde habría: un subtipo “a”: unidades que disponen de uno o varios especialistas, con dedicación a tiempo parcial a la unidad y que dispensan atención continua y diaria. Albergaría el 20 % de las unidades españolas actuales. En la mayoría de estas unidades se administra fundamentalmente tratamiento farmacológico y con cierta frecuencia técnicas simples de bloqueo o infiltración. Y un subtipo “b”: unidades con un solo especialista, con dedicación a tiempo completo y que dispensa atención continua y diaria. Cumplen estos criterios el 32 % de las unidades españolas, siendo sin duda el tipo más frecuente. En la mayoría de estas unidades además del tratamiento farmacológico se realizan técnicas de bloqueos/infiltración, bloqueos con radiofrecuencia y algunas técnicas quirúrgicas de implante.
- Unidades tipo III: unidades que disponen de más de un médico especialista, de la misma disciplina, todos con dedicación a tiempo completo y que dispensan atención continua y diaria. Actualmente cumplen estos criterios el 8 % de las unidades españolas. En estas unidades, además del tratamiento farmacológico se realizan todo

tipo de técnicas de bloqueos/infiltración, bloqueos con radiofrecuencia y técnicas quirúrgicas de implante.

- Y unidades multidisciplinarias tipo IV: unidades que disponen de más de un médico especialista, de al menos dos disciplinas distintas, todos con dedicación a tiempo completo y que dispensan atención continua y diaria. Actualmente cumplen estos criterios el 4 % de las unidades. En la mayoría de estas unidades además del tratamiento farmacológico se realiza gran número de técnicas de bloqueos/infiltración, bloqueos con radiofrecuencia y técnicas quirúrgicas de implante. Habría dos subtipos: Subtipo “a”: no cuentan con psicólogo como plantilla de la unidad y a tiempo completo y subtipo “b”: aquellas que cuentan con psicólogo a tiempo total, con consulta diaria, integrado en la plantilla de la unidad.

Actualmente los procedimientos más comunes llevados a cabo en las unidades de dolor aparte de los tratamientos farmacológicos pautados en las consultas externas destacan los bloqueos llevados a cabo en la sala de bloqueos u hospital de día, y en los procedimientos llevados a cabo en quirófano destacan también los bloqueos pero más complejos o de mayor riesgo y las radiofrecuencias.

El Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad cada vez es más consciente de que el dolor representa un problema de salud cuyo abordaje resulta prioritario por su frecuencia y repercusión en la calidad de vida de las personas.

En el ánimo de garantizar la calidad, equidad y eficiencia de la atención a las personas con dolor en el SNS, contribuyendo a la mejora de su calidad de vida, en 2014 se elaboró el Documento Marco para la mejora del abordaje del dolor en el SNS⁽⁴⁾ en el que se establecen objetivos y recomendaciones orientadas a promover la valoración del dolor, y mejorar la prevención y atención integral del dolor enmarcadas en las siguientes líneas estratégicas: 1. El dolor como elemento prioritario y transversal en el marco de las estrategias y políticas de salud del SNS. 2. Prevención y atención sanitaria basada en la evidencia científica. 3. Tratamiento del dolor. 4. Coordinación y continuidad asistencial.

Pero a nivel de los profesionales implicados en el manejo del dolor ¿Qué es lo que realmente está cambiando? Cada día se tienen más en cuenta tres premisas: seguridad, calidad y eficiencia. Siempre se ha de elegir la técnica más apropiada para cada paciente, la más segura, que vaya a aportar los mejores resultados y sin mermar la calidad, que también sea eficiente para mantener la sostenibilidad del sistema. Por ejemplo, un proceso que se resuelva de un modo más sencillo no se ha de intentar resolver con métodos más complejos y costosos. De ahí la importancia de intentar evitar la variabilidad en la práctica clínica teniendo en cuenta los estándares marcados por la medicina basada en la evidencia y adoptar protocolos adaptados a las guías de práctica clínica y recomendaciones existentes.

La tecnología supone una ayuda en estos tres pilares de los que hemos

hablado: seguridad, calidad y eficiencia. Veremos a continuación cómo ha habido avances tecnológicos importantes últimamente que están marcando una tendencia y que se están introduciendo como armas imprescindibles en la práctica clínica diaria.

La práctica habitual diaria más frecuente de una unidad de dolor son los bloqueos y las radiofrecuencias. ¿Cuál es la tendencia hoy en día? La irrupción de los ultrasonidos está desplazando a las técnicas de radioscopia para la mayor parte de los bloqueos nerviosos y para las radiofrecuencias, que son con diferencia los procedimientos más comunes en las unidades de dolor. El advenimiento de los ecógrafos otorga una mayor seguridad y eficiencia porque podemos visualizar hasta la propia estructura nerviosa en muchas ocasiones o al menos unas referencias anatómicas más precisas así como la vecindad de los vasos sanguíneos con la ayuda del Doppler Color y podemos visualizar en tiempo real dónde estamos realmente actuando. Se está generalizando su uso y esto conlleva una mayor seguridad para el paciente y un mejor resultado con una mayor eficiencia.

Por otra parte la imagen también es primordial para otros procedimientos no tan comunes. Así la neuronavegación que actualmente está disponible en cualquier servicio de neurocirugía, es una herramienta que nos ayuda a localizar estructuras anatómicas concretas e identifica donde nos situamos, tomando como referencia los estudios de imagen del paciente y en el campo del dolor se utiliza para otras técnicas mucho más complejas y menos frecuentes, como el caso de

la estimulación de corteza motora donde representa una gran ayuda, ya que nos permite centrar la craneotomía y situar los electrodos de estimulación sobre el área precentral en la zona de la corteza motora donde queremos implantar los electrodos. En teoría se podría emplear también para otros procedimientos mucho más comunes como los propios bloqueos o la radiofrecuencia pero el hecho de depender de referencias fijas sobre el paciente, lo hace mucho menos práctico que la ecografía.

Otro gran avance que progresivamente se va implantando en los servicios de neurocirugía y es de gran ayuda también para el tratamiento neuroquirúrgico del dolor es el hecho de disponer de monitorización electroneurofisiológica intraoperatoria para poder monitorizar los potenciales evocados somatosensoriales y motores con registro de la respuesta incluso en los esfínteres, que es muy útil a la hora de plantearse tratamientos neuroquirúrgicos ablativos para el tratamiento del dolor, como la lesión de la DREZ, cordotomías o mielostomías, ofreciendo una mayor seguridad para el paciente con unos mejores resultados, y así, técnicas que estaban cayendo en desuso están volviendo a coger auge.

Pero existen cambios recientes también en el terreno de los implantes. Por un lado la tendencia es que los dispositivos implantables hoy en día sean plenamente compatibles con resonancia magnética (RM) y tanto bombas de infusión como neuroestimuladores lo son. Las casas comerciales más potentes ya no fabrican dispositivos no compatibles. Existen electrodos que aún en caso de

ruptura siguen siendo compatibles con la RM. La mayoría de los dispositivos son compatibles con RM de 1,5 Teslas pero algunos dispositivos son compatibles incluso con RM de 3 Teslas.

Por otra parte los implantes con baterías recargables permiten la aplicación de nuevas modalidades terapéuticas no ensayadas hasta el momento por su elevado consumo. Es el caso de la neuroestimulación multimodal que está demostrando una mayor eficacia que la neuroestimulación convencional, o que la estimulación a alta frecuencia y que hoy en día son una realidad gracias a las baterías recargables de los sistemas de neuroestimulación. Algunos dispositivos cuentan con un acelerómetro integrado que reconoce la posición del paciente y nos permite conocer sus hábitos y saber a qué horas y cuantas horas está sentado, de pie o tumbado para realizar una programación más adecuada a sus hábitos. La estimulación medular a alta frecuencia ya había permitido una mayor comodidad para el paciente al no percibir parestesias y tratar incluso el dolor lumbar, pero parece que la efectividad se incrementa aún más con los nuevos sistemas multimodales actuales.

Ya que durante el movimiento o en determinadas posturas el efecto de la estimulación medular puede variar, otros sistemas de neuroestimulación llamados “closed loop” o de circuito cerrado o de respuesta, disponen de un sistema de registro de potenciales evocados y en función de la respuesta ejercida por la neuroestimulación sobre estos potenciales adecúan sus parámetros para que se

siga produciendo el mismo efecto y este sea constante.

Y por último, hemos de comentar que en la actualidad se está introduciendo con paso fuerte en el arsenal terapéutico del dolor la estimulación de nervios periféricos con aparentemente buen resultado, aunque el nivel de evidencia es bajo aún. Los nuevos dispositivos para esta terapia actúan mediante pequeños electrodos implantados sobre el nervio y poseen una antena integrada a través de la que reciben la estimulación con la aplicación de un generador externo que se sujeta a la piel con una banda.

REFERENCIAS

1. World Health Organization Cancer pain relief (1 ed.). (1986). Geneva: World Health Organization. ISBN 9241561009.
2. Palanca Sánchez I. (Dir.), Puig Riera de Conías M.M. (Coord. Cient.), Elola Somoza J. (Dir.), Bernal Sobrino J.L. (Comit. Redac.), Paniagua Caparrós J.L. (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Unidad de tratamiento de dolor: estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
3. González-Escalada J.R., Camba A. y Sánchez I. Censo de las Unidades del Dolor en España. Análisis de la estructura organizativa, dotación, cartera de servicios e indicadores de calidad y buenas prácticas. *Rev. Soc. Esp. Dolor* vol.21 no.3 Madrid may./jun. 2014. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-80462014000300006>.
4. Documento Marco para la mejora del abordaje del dolor en el SNS. Plan de Implementación. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2014.

ECONOMÍA DE LA SALUD Y LA HUMANIZACIÓN DEL DOLOR CRÓNICO. LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA ATENCIÓN AL DOLOR

José Joaquín Mira Solves

Profesor de Psicología de la Salud de la Universidad Miguel Hernández de Elche con plaza vinculada en el Departamento de Salud Alicante Sant Joan.
Ex-Presidente de la Sociedad Valenciana de Calidad Asistencial.

El cambio en el padrón epidemiológico que se ha venido anunciando desde hace unas décadas está impactando, de forma notable, en la sostenibilidad de los sistemas sanitarios de todo el mundo, particularmente en el caso de los países con modelos nacionales de salud. Esto es así, especialmente, porque los problemas de salud con un curso crónico representan un reto organizativo, científico y humano que requiere de esquemas de atención diferentes a los tradicionales. En paralelo, las demandas sociales, y de las personas que integran estas sociedades, hacia sus sistemas de salud han evolucionado obligando a reconsiderar la forma en que éstos participan en las decisiones que afectan a su salud y a la salud de los servicios de salud.

Estos cambios han afectado a la forma en la que se diseñan los procesos asistenciales, se elaboran las guías de práctica o los ensayos clínicos, de tal modo que el rol de los pacientes se ha redefinido, haciéndoles partícipes para acercar la asistencia sanitaria a sus expectativas y necesidades emocionales, sociales, laborales y no solo clínicas.

En este mismo sentido, en los últimos años asistimos a cambios relevantes en el modo en que interactúan pacientes y profesionales sanitarios en gran medida debido al nuevo rol que los pacientes desean jugar en beneficio de su salud y a los cambios inherentes que los sistemas de salud públicos requieren para continuar prestando la atención sanitaria. El cambio de paradigma en el papel asignado al paciente es una de estas consecuencias.

La Dra. Coulter, del Picker Institute en el Reino Unido, ha resumido de forma sencilla este cambio de paradigma en el que pasamos, en relativamente poco tiempo, de un escenario en el que se perseguía “*todo para el paciente, pero sin el paciente*”, a otro en el que los pacientes afirman y reclaman que no debe adoptarse “*ninguna decisión sobre mí, sin mí*”. Este cambio, supone en la práctica que el paciente pasa de ser objeto de la atención sanitaria a sujeto de esta atención. En esta evolución hay además que subrayar que, en los últimos años, especialmente en los países nórdicos y anglosajones, se ha

venido aplicando una extensión de este sujeto co-responsable del resultado en esquema considerando al paciente como salud que se logra (figura 1).

Figura 1. Cambio en el paradigma de relación entre pacientes y profesionales sanitarios.



Este cambio de paradigma en el que nos encontramos está propiciando una forma diferente de interacción entre pacientes y profesionales y que se planteen nuevos objetivos en las intervenciones terapéuticas. También, en la forma en la

que se organizan los procesos de atención a los pacientes. Promover el autocuidado, perseguir la sostenibilidad y lograr una atención centrada en la persona han pasado al primer plano entre los objetivos que deben alcanzarse (figura 2).

Figura 2. Nuevos objetivos en la interacción con los pacientes.



ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

El concepto de atención centrada en la persona (ACP) se ha abierto camino en este proceso de cambio. La Organización Mundial de la Salud ha definido como objetivo “lograr mejorar la calidad de vida y el bienestar de la persona, considerando sus necesidades, preferencias, respetando sus derechos, preservando su dignidad y promoviendo su activa participación en las decisiones sobre su salud”. El número de estudios que se han centrado en la definición, evaluación y en cómo transformar los servicios de salud para lograr este objetivo de ACP ha crecido de forma exponencial en los últimos años. También las políticas en salud dirigidas a este fin.

Desde diferentes perspectivas (sociales, psicológicas, económicas y clínicas) se ha venido analizando cómo una ACP alcanza mejores resultados en salud y se ha elaborado distintas propuestas de indicadores para monitorizar su efecto. Particularmente, la pandemia de COVID-19 ha propiciado que se reflexione sobre cómo abordar las necesidades de los pacientes desde una visión más holística.

En este sentido, elementos comunes en ACP que podemos ver en muy distintas organizaciones sanitarias incluyen:

- Activación del paciente. Reconocimiento del rol de persona en su salud y en la de la comunidad.
- Individualización del tratamiento.
- Integración de la atención.

- Comunicación adaptada a las necesidades y situación personal. Ofrecer la información que necesita en cada momento.
- Acceso a la atención y apoyo (incluido emocional) que necesita.
- Entorno confortable, seguro y que le haga sentirse bien.

ROL DE LOS PACIENTES

En los 60 (siglo XX) empezamos a vislumbrar la importancia de escuchar la voz de los pacientes y, de este modo, acercar la prestación sanitaria a sus necesidades y expectativas. En los 80 se abrieron, de forma cada vez más efectiva, canales para propiciar la participación de los pacientes en las decisiones que les afectaban. En la primera década del siglo XXI se ha producido un avance en la introducción de esquemas de co-producción en salud que parten del reconocimiento del papel del paciente, el respeto a las personas y un cambio en la forma de definir salud y en la necesidad de contener el coste creciente de la asistencia sanitaria (figura 3).

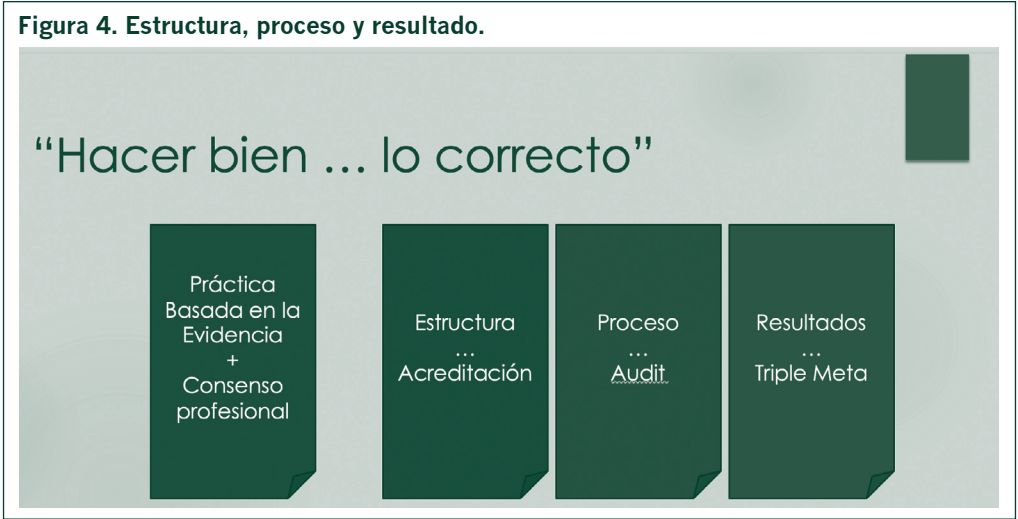
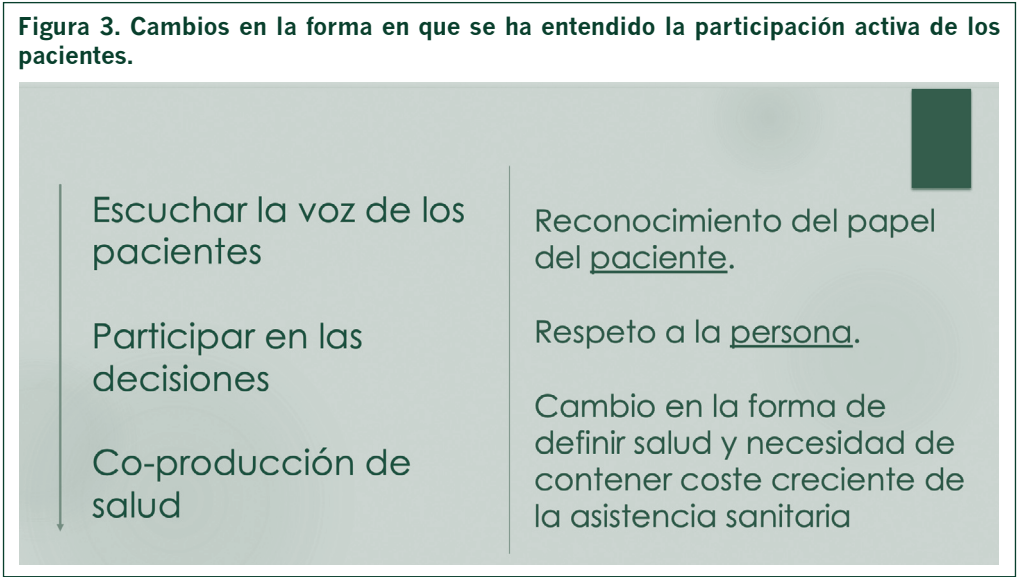
MEDIR, ELEMENTO INHERENTE DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

“Hacer bien ... lo correcto” es una forma sencilla y clara de definir qué es la calidad asistencial. Esto implica, saber qué corresponde hacer en cada caso y tener la capacidad de hacerlo en la forma adecuada. En calidad no podemos aceptar la variabilidad innecesaria y focalizamos gran parte de nuestra actuación para corregir estas deficiencias. La segunda premisa que debemos

tener en mente es que, aunque la salud “no tiene precio, ... tiene coste”. Por esta razón, trabajamos en base a la evidencia, organizamos los procesos de atención de una forma lógica y respetuosa con los recursos disponibles y las necesidades y expectativas de los pacientes y perseguimos los

resultados en salud aceptables y apropiados en función del perfil del paciente.

Esta definición lleva implícita medir lo que se hace, en este caso, medir en lo referente a la estructura, el proceso y los resultados en salud propiamente dichos (figura 4).



El Dr. Donabedian, en los 60, nos enseñó a trabajar en calidad considerando estructura, proceso y resultado y nos introdujo en las formas en la que podíamos asegurar, evaluar y mejorar la calidad asistencial y que se concretaban en acreditación, audit e indicadores de calidad (por ejemplo, mediante el enfoque Triple Meta).

La forma en la llevamos a cabo esta medida es mediante indicadores que son la expresión, habitualmente, en términos de numerador y denominador que determinan la magnitud de una dimensión o de un elemento de calidad determinada (criterio de calidad). Estos indicadores nos informan de si vamos bien, si alcanzamos nuestras metas y nos permiten tomar

decisiones. En este sentido, decimos que nos guían para la acción.

Los indicadores para que realmente se usen en la práctica clínica, deben resultar: pertinentes, sensibles, aceptables y factibles. Encontrar aquellos indicadores que satisfagan todos estos criterios no es una tarea sencilla y, en el caso del dolor crónico, queda todavía camino por recorrer.

Diferenciamos entre indicadores estructurales (qué se requiere para un adecuado abordaje del dolor), proceso (cómo se lleva a cabo con distintos perfiles de pacientes) y resultados (reducción del dolor y mejora en la calidad de vida) (figuras 5, 6 y 7).

Figura 5. Indicadores de estructura.

Indicadores de estructura

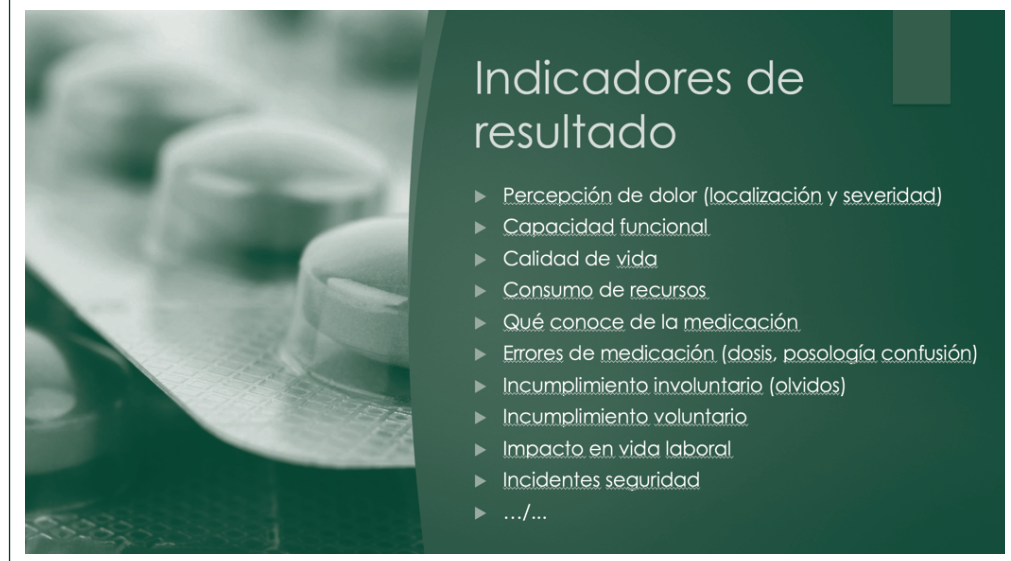
- ▶ Equipamiento intervenciones
- ▶ Perfiles profesionales
- ▶ Acceso a medicamentos
- ▶ .../...



Figura 6. Indicadores de proceso.



Figura 7. Indicadores de resultado.

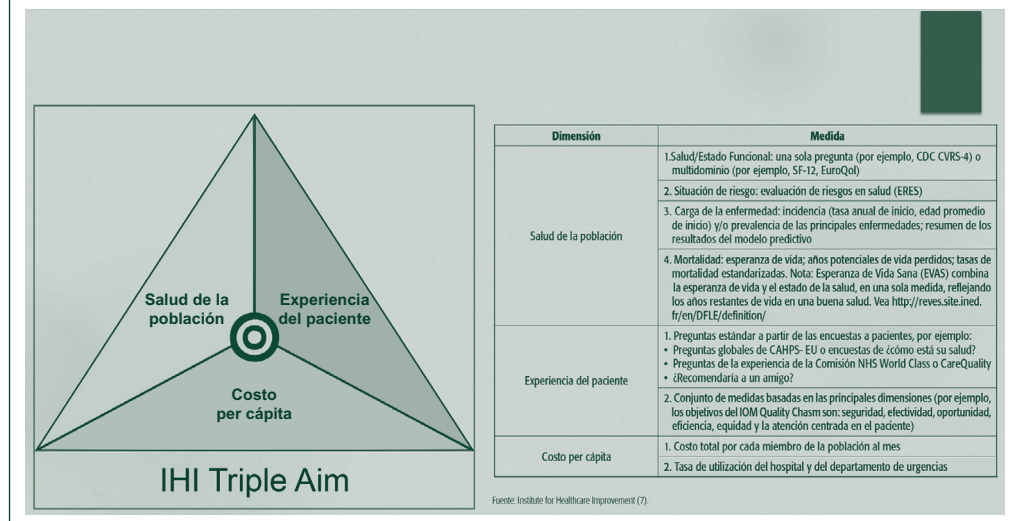


Las medidas de resultado han girado habitualmente en torno a:

- Eficacia.
- Efectividad.
- Eficiencia.
- Utilidad.

Estas medidas dan lugar a dos resultados relevantes: coste – efectividad y coste – utilidad. En la propuesta que el Institute for Healthcare Improvement ha formulado, denominado como hemos comentado más arriba modelo Triple Meta, se avanza en una propuesta que combina los resultados de la clínica, la experiencia de los pacientes y los costes de la atención (figura 8).

Figura 8. Modelo de la Triple Meta.



LA MEDIDA DE LA CALIDAD EN DOLOR CRÓNICO

En el caso del dolor crónico no oncológico se siguen las mismas premisas que las descritas más arriba y cabe hablar en términos de estructura, proceso y resultado identificando, en cada caso, los elementos críticos para la calidad en el abordaje del dolor que guardan relación con los medios requeridos, la organización del proceso asistencial, lo que implica pensar en término

de una atención integrada, y los resultados en salud que se persiguen. El abordaje del dolor crónico no oncológico responde a los principios del modelo de la Triple Meta al igual que sucede con otras enfermedades que siguen un curso crónico. En este sentido, identificar medidas que den cuenta del coste-efectividad y coste-utilidad de las intervenciones resulta aconsejable.

La dificultad tradicional en la medida del coste radica, como también se ha visto en

otras ponencias de esta reunión, en la dificultad de evaluación de los costes indirectos. En este caso, además, se suma la variabilidad observada en la experiencia de dolor y la proliferación de escalas con las que se mide dicha experiencia. En los últimos años, de la mano de la inteligencia artificial, estamos asistiendo a una nueva tecnología que nos permite intuir nuevas formas para la evaluación del dolor en diferentes edades y en personas que sufren muy distinta comorbilidad. Estos avances deben considerarse cuando se planifica la forma en que se construyan los indicadores de estructura, proceso y resultado en la evaluación del abordaje del dolor crónico no oncológico.

Por último, hemos de considerar que los indicadores que empleemos deben servir también para asegurar estructuras

apropiadas y una accesibilidad y adecuación de las intervenciones ajustadas a las necesidades de la población y a la evidencia científica para evitar, como sucede en la actualidad que el código postal sea determinante del tipo de intervención que se recibe, de los tiempos de espera para acceder a dichas intervenciones y de los resultados que puede encontrar una persona con dolor crónico.

En la tabla 1 se muestran algunos ejemplos de indicadores para medir el abordaje del dolor extraídos de diversas fuentes y que pueden ser considerados en una futura elaboración de un cuadro de mando y que también nos introducen en los sistemas de acreditación de las unidades que se encuentran implicadas directamente en el abordaje del dolor crónico.

Tabla 1. Ejemplo de indicadores.

Áreas	Denominación
Evaluación del dolor	Debe evaluarse el dolor empleando escalas validadas, lo que permite captar la vivencia y experiencia del paciente que sufre dolor
	La evaluación del dolor debe ser llevada a cabo por un equipo multidisciplinar
	El paciente debe ser asesorado en el manejo farmacológico y psicológico del dolor
	Se debe disponer de ayudas diagnósticas para establecer etiología del dolor (Tomografía, RMN, etc.)
Tratamiento farmacológico	Los pacientes con dolor crónico deberán de llevar una pauta terapéutica continua
	Se deberá de administrar medicación preventiva a los efectos no deseados de los analgésicos
Tratamiento no farmacológico	Se deberá valorar con el paciente alternativas no farmacológicas que se puedan sumar al tratamiento farmacológico
Indicadores de experiencia de paciente	Porcentaje de pacientes con nivel de calidad de vida preservado
	Porcentaje de familiares de pacientes que se manifiestan muy satisfechos o satisfechos con la intervención multimodal recibida
Indicadores de seguridad	Ocurrencia de eventos adversos en pacientes con pauta terapéutica para el dolor crónico

En conclusión, el objetivo de proporcionar una calidad asistencial óptima requiere considerar tanto aspectos de la estructura de los dispositivos y recursos humanos, como del proceso asistencial, junto a la identificación de resultados en salud pertinentes para pacientes (y según los casos, sus familiares) y clínicos. Requiere considerar medidas de eficiencia y utilidad para tomar las decisiones adecuadas que proporcionen bienestar y mayor calidad de vida (considerando tanto su vida personal, social, familiar y laboral) a las personas que viven con dolor crónico.

Los métodos que en calidad se aplican para la evaluación y mejora son perfectamente extensibles a la realidad del abordaje del dolor crónico, por lo que cabe hablar en términos de acreditación, audit y evaluación de resultados mediante indicadores. En la elaboración de las herramientas para esta evaluación y mejora deben considerarse los cambios en los enfoques de interacción entre pacientes y profesionales sanitarios y entre pacientes y sistemas de salud. De este modo, el paciente debe jugar un papel activo tanto en la identificación de resultados deseables, como en la evaluación de resultados obtenidos. También en el diseño de los sistemas y procedimientos de evaluación y mejora y en las investigaciones que se llevan a cabo para identificar nuevos tratamientos.

La evaluación de estructura, proceso y resultados es también una garantía para los profesionales que ven de este modo reconocido su esfuerzo por ofrecer una adecuada calidad asistencial. También, porque gracias a ello se alcanza la definición de los recursos necesarios para tal fin, reduciendo variabilidad innecesaria.

Por último, gestores y el sistema en su conjunto cuentan de este modo con patrones de referencia para adoptar las decisiones en base a criterios más objetivos, evitando sobre e infrautilización, lo que beneficia a la planificación, la gestión y, en definitiva, a la equidad y adecuación de las prestaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aranaz J., Aibar C., Mira J.J., Vitaller J. (Editores). La gestión sanitaria orientada hacia la calidad y seguridad de los pacientes. Fundación Mapfre. Madrid, 2017.
2. Bartolomé Benito E., Santiñá Vila M., Mediavilla Herrera I., Mira J.J., en nombre del equipo de trabajo SECA-Recuperación. Propuestas de la SECA para la recuperación del Sistema de Salud tras la Pandemia por SARS-CoV-2. *Journal of Healthcare Quality Research* 2021; 36:42-6.
3. de Meij N., *et al.* Quality indicators to assess quality of pain clinic care from the perspective of patients with chronic pain: development, usability, comprehensibility, and psychometric quality of the QiPPP questionnaire, *PAIN*. 2018;159:2593-605.
4. Mira J.J., Blanco M., Cheikh-Moussa K., *et al.* Proposals for person-centred care in the COVID-19 era. *Delphi study. Health Expect.* 2021;24:687-99.
5. Mira J.J., Guilabert M., Pérez-Jover V. La medida de la experiencia del paciente en el contexto de una atención centrada en el propio paciente. *Revista Española de Medicina Preventiva y Salud Pública*. 2018; XXIII; 5-11.

6. Pascual J., Pozo-Rosich P, Carrillo I, Rodríguez-Justo S., Jiménez-Hernández D., Layos-Romero A., Bailón-Santamaría C., Torres A., Martínez-García A., Ignacio E., Mira J.J. Proposal of a clinical care pathway for quality and safe management of headache patients. A consensus study report. *BMJ Open*. 2020;10:e037190.

7. Pérez C., Martín-Delgado J., Vinuesa M., *et al.* Pain Standards for Accredited Healthcare Organizations (ACDON Project): A Mixed Methods Study. *J Pers Med*. 2021; 11: 102.

8. Pozo-Rosich P, Layos-Romero A., Martín-Delgado J., Pascual J., Bailón C., Tentor C., Santiago A., Ignacio E., Torr  s A., Mira J.J. Low-value care practice in headache: a Spanish mixed research study. *J Headache Pain*. 2020; 21(1): 74.

9. Societal Impact of Pain. Quality Indicators in Chronic Pain Management.

10. Stang A.S., Hartling L., Fera C., Johnson D., Ali S. Quality indicators for the assessment and management of pain in the emergency department: a systematic review. *Pain Res Manag*. 2014;19(6):e179-90.

