Problemas de coordinación en el manejo del dolor lumbar en una IPS de Bogotá: una aproximación bajo el concepto de gestión de enfermedades

Tania Alejandra Martinez Vallejo

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Ciencias Económicas, Escuela de Administración y Contaduría Pública

Bogotá, Colombia

2022

Problemas de coordinación en el manejo del dolor lumbar en una IPS de Bogotá: una aproximación bajo el concepto de gestión de enfermedades

Tania Alejandra Martinez Vallejo

Tesis o trabajo de investigación presentada(o) como requisito parcial para optar al título de:

Magister en Administración

Director (a):

Claudia Alexandra Garzón Santos (PhD)

Línea de Investigación:

Gestión de organizaciones

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Ciencias Económicas, Escuela de Administración y Contaduría Pública

Bogotá, Colombia

2022

A Cristo Maestro, que me enseña el camino y guía mis decisiones.

A mis padres Sandro y Nohora, razón y motivo de mis esfuerzos.

.

A mi compañero de vida Brayan Durán, que me extendió su escucha y aliento en cada momento de este proceso.

A la Fisioterapia y mis pacientes, que me invitan a repensar las acciones y planteamientos del cotidiano.

Siempre estoy haciendo lo que no puedo hacer, para poder aprender cómo hacerlo.

Pablo Picasso.

Declaración de obra original

Yo, Tania Alejandra Martinez Vallejo, declaro lo siguiente:

He leído el Acuerdo 035 de 2003 del Consejo Académico de la Universidad Nacional. «Reglamento sobre propiedad intelectual» y la Normatividad Nacional relacionada al respeto de los derechos de autor. Esta disertación representa mi trabajo original, excepto donde he reconocido las ideas, las palabras, o materiales de otros autores.

Cuando se han presentado ideas o palabras de otros autores en esta disertación, he realizado su respectivo reconocimiento aplicando correctamente los esquemas de citas y referencias bibliográficas en el estilo requerido.

He obtenido el permiso del autor o editor para incluir cualquier material con derechos de autor (por ejemplo, tablas, figuras, instrumentos de encuesta o grandes porciones de texto).

Por último, he sometido esta disertación a la herramienta de integridad académica, definida por la universidad.

_____

Tania Alejandra Martinez Vallejo

22 de abril de 2022

Agradecimientos

A la facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia, por haberme acogido como estudiante de maestría.

A la profesora Liliana Chicaíza, por su guianza y enseñanza durante el planteamiento y desarrollo de este trabajo de grado y a lo largo de la maestría, por inspirar desde la academia y su humanidad.

A los docentes de la maestría en administración, siempre prestos a la enseñanza y la resolución de la más mínima duda.

Resumen

La gestión de enfermedades es un proceso de transformación estratégica cuyo objetivo es optimizar la provisión de cuidados durante el curso natural de una enfermedad, mediante la coordinación de los recursos disponibles y basados en la mejor evidencia científica disponible. El dolor lumbar es la enfermedad musculoesquelética de mayor impacto a nivel mundial la cual genera cargas considerables en aspectos económicos, sociales y laborales en la población que la padece. La atención de esta patología requiere múltiples relaciones entre los diferentes actores del proceso; sin embargo, se han identificado discrepancias entre las indicaciones de la mejor evidencia disponible y lo que se ejecuta en la atención de estos pacientes. El objetivo de este trabajo de grado fue identificar las diferencias existentes entre lo planteado por la literatura como correcto y lo ejecutado por una IPS en la ciudad de Bogotá. Se analizaron los procesos de atención de la IPS y se realizó una revision de literatura para identificar las dificultades de coordinación ya determinados. Se identificaron 3 tipos de problemas dentro del proceso: los relacionados con la atención clínica, con la gestión de la IPS y con la configuración del sistema de salud, donde los dos últimos fueron los de mayor frecuencia. Se propone a la gestión de enfermedades como un marco acertado de trabajo para el análisis y gestión de enfermedades de este tipo, y se proponen posibles ajustes para ser aplicados al proceso de atención del dolor lumbar, con miras a la optimización del mismo.

Palabras clave: dolor lumbar, gestión de enfermedades, sistemas de salud, políticas en salud, coordinación en salud

Coordination problems in low back pain management in Bogotá IPS: an approach from a disease management concept

Abstract

Disease management is a process of strategic transformation whose objective is to optimize the provision of care during the natural course of a disease, through the coordination of available resources and based on the best available scientific evidence. Low back pain is the musculoskeletal disease with the greatest impact worldwide, which generates considerable burdens in economic, social and labor aspects in the population that suffers from it. The attention of this pathology requires multiple relationships between the different actors of the process; however, discrepancies have been identified between the indications of the best available evidence and what is executed in the care of these patients. The objective of this degree work was to identify the differences between what is proposed by the literature as correct and what is executed by an IPS in Bogotá. The care processes of the IPS were analyzed and a literature review was carried out to identify the coordination difficulties already determined. Three types of problems were identified within the process: those related to clinical care, to the management of the IPS and to the configuration of the health system, where the last two were the most frequent. Disease management is proposed as a successful framework for the analysis and management of diseases of this type, and possible adjustments are proposed to be applied to the low back pain care process, with a view to optimizing it.

Keywords: low back pain, disease management, health systems, health policies, health coordination

Contenido

Pág.

1. Introducción *1*

2. Justificación y objetivos *4*

2.1 Justificación **4**

1.1 Objetivos **7**

1.1.1 Objetivo general 7

1.1.2 Objetivos específicos 7

2. Marco conceptual: Disease management o gestión de enfermedades *8*

3. Metodología *15*

3.1 Revisión de literatura relacionada con la identificación de estándares mundiales de atención para el dolor lumbar y sus problemas de coordinación en la atención **15**

3.2 Revisión documental de los procesos de atención en la IPS objetivo **17**

3.3 Contrastación de los procesos de atención establecidos por la literatura y los aplicados en lo cotidiano: validación de historias clínicas **18**

3.4 Análisis de resultados **19**

4. Resultados *20*

4.1 Revisión narrativa relacionada con los estándares para la atención del dolor lumbar y sus problemas de coordinación en la atención **20**

4.1.1 La importancia de la salud musculoesquelética 20

4.1.2 Recomendaciones de la evidencia frente al tratamiento del dolor lumbar 23

4.1.3 Problemas de coordinación en la atención del dolor lumbar identificadas desde la literatura 31

4.1.4 El panorama del dolor lumbar en Colombia 44

4.2 Procesos de atención del dolor lumbar en una IPS en Bogotá **51**

4.2.1 Consulta de médico general 52

4.2.2 Medicamentos 53

4.2.3 Consulta de médico especialista 54

4.2.4 Remisión a servicios de apoyo terapéutico 55

4.2.5 Remisión a servicios de ayudas diagnósticas 58

4.2.6 Algunas anotaciones sobre sistemas de información utilizados 59

4.3 Contraste de los procesos de atención establecidos por la literatura y los aplicados en lo cotidiano 61

4.3.1 Problemáticas identificadas 61

4.3.2 Revisión documental de historias clínicas 66

5. Análisis de resultados: brechas identificadas 92

6. Conclusiones 98

7. Recomendaciones 99

8. Bibliografía 101

Lista de gráficas

Pág.

Gráfica 5-1: Distribución según sexo 67
Gráfica 5-2: Distribución según edad 67
Gráfica 5-3: Pacientes activos laboralmente 68
Gráfica 5-4: Pacientes con antecedentes de dolor lumbar 68
Gráfica 5-5: Tipo de afiliación 69
Gráfica 5-6: Tiempo de atención en días 69
Gráfica 5-7: Servicios utilizados en la atención del dolor lumbar 70
Gráfica 5-8: Número de atenciones recibidas por cada paciente 70
Gráfica 5-9: Frecuencia en el tipo de atención recibida por los pacientes con dolor lumbar 71
Gráfica 5-10: Remisiones a medicina especializada 72
Gráfica 5-11: Remisión a ayudas diagnósticas 72
Gráfica 5-12: Atenciones servicios de apoyo terapéutico 73
Gráfica 5-13: Medicamentos prescritos para el manejo del dolor lumbar 73
Gráfica 5-14: número de problemas identificados según su tipo en la muestra analizada 75
Gráfica 5-15: Frecuencia de problemas en la atención del dolor lumbar según los tipos de problemas identificados 79

Lista de tablas

Pág.

Tabla 4-1: Términos de búsqueda utilizados 16
Tabla 5-1: Guías de práctica clínica para el manejo del dolor lumbar inespecífico (Oliveira et al., 2018) 27
Tabla 5-2: Problemas identificados en la atención del dolor lumbar 62
Tabla 5-3: número de problemas identificados según su tipo en la muestra analizada 75
Tabla 5-4: Frecuencia de problemas en la atención del dolor lumbar según los tipos de problemas identificados 77
Tabla 5-5: Frecuencia de ocurrencia de problemas relacionados con la atención clínica instaurada 80
Tabla 5-6: Frecuencia de ocurrencia de problemas relacionados con gestión de la IPS 83
Tabla 5-7: Frecuencia de ocurrencia de problemas relacionados con la configuración del sistema de salud 88

Lista de diagramas

Pág.

Diagrama 4-1: Problemas de coordinación en la atención del dolor lumbar identificados en la literatura y aplicados a los actores del proceso analizado 39

1. Capítulo 1 - Introducción

El Disease Management o Gestión de Enfermedades (GE), es un proceso de transformación estratégica que pretende optimizar la provisión de cuidados durante el curso natural de una enfermedad; esto mediante la coordinación de recursos en el sistema de salud basado en la mejor evidencia científica disponible. Su objetivo primordial es mejorar la calidad de la atención y los resultados en términos clínicos, económicos, de calidad de vida y satisfacción de usuarios y profesionales al menor costo posible, incrementando el nivel de salud y disminuyendo a largo plazo la demanda del servicio (Terol et al., 2001).

En general, el concepto de gestión de enfermedades implica el uso coordinado de información y recursos para el autocuidado del paciente mediante la relación profesional de la salud / paciente - entorno familiar y /o de apoyo, y las instituciones de salud, para una condición clínica a largo plazo y mediante la adherencia del paciente a las estrategias generadas (prevención, educación para la salud, sistemas integrales basados en la multidisciplinariedad, entre otros), mediante el establecimiento de objetivos claros en salud y facilitados a través de recursos y tencología clinica (Coviello, 2020). Dicho esto, su objetivo principal es disminuir a largo plazo los costos para el sistema sanitario, incrementando la eficiencia de sus acciones con un nivel de calidad óptimo (Pinzón-Espitia et al., 2016).

La gestión de enfermedades se plantea principalmente para poblaciones con o en riesgo de condiciones médicas establecidas de origen crónico, en las cuales existen diferencias entre lo que refiere la evidencia y la práctica, así como múltiples atenciones no coordinadas (Pinzón-Espitia et al., 2016); a través de programas de gestión de enfermedades se logran mejoras en la calidad de la atención al paciente, una mejora en los puntos de contacto y en el cumplimiento del tratamiento, así como un uso eficiente de los recursos del sistema a largo plazo (Magnezi et al., 2013). Para el caso que se presenta aquí, el dolor lumbar es la enfermedad musculoesquelética de mayor impacto a nivel

mundial, y por ende genera cargas considerables en numerosos aspectos económicos y laborales; tiene una prevalencia de por vida del 80 al 85% en la población mundial, y ha ocupado el primer lugar en causas de años vividos con discapacidad y el tercer en años de vida ajustados por discapacidad (Hurwitz et al., 2018).

Aunque el curso clínico del dolor lumbar consta de tres fases (aguda, subaguda y crónica), este criterio se queda corto dada la naturaleza recurrente del cuadro, que cambia el pronóstico final y puede verse influenciado por factores que llevan a la persona a pasar de un episodio de dolor agudo a la cronicidad (Delitto et al., 2012). Un estudio de The Global Spine Care Iniciative GSCI (Hurwitz et al., 2018) se determinó que la prevalencia global de dolor lumbar de más de 3 meses aumentó en un 117,3% entre 2005 y 2015, pasando de 460.164 a 539.907 casos reportados. Así mismo determinaron un aumento de 17,2% en los años vividos con discapacidad (AVAD) entre 2005 y 2015, aumentándose de 51258,4 años a 60074,8 años, siendo la principal causa de enfermedad en personas de 25 a 64 años, la segunda causa para los de 20 a 24 y 65 a 79 años, la tercer para mayores de 80 años y la cuarta para personas de entre 15 y 19 años.

La carga económica de los servicios de salud encaminados a atender el dolor lumbar es de importante magnitud: en Estados Unidos, 26.3 billones de dólares de los 90,3 billones de dólares de los gastos sanitarios totales fueron invertidos en tratar el dolor lumbar. De este gasto, un 25-30% se atribuye a la provisión de cuidados por parte de fisioterapeutas y profesionales de atención primaria en salud (Hurwitz et al., 2018).

Aterrizando lo previamente mencionado a Colombia, en las revisiones de bases de datos realizadas no se identificaron estudios globales de impacto de esta condición para el país de tipo epidemiológico o etiológico, pero si se encontraron fueron algunas medidas específicas para algunas poblaciones colombianas como las fuerzas militares y organizaciones de diversas industrias, en donde se estudió el dolor lumbar ligado principalmente al ámbito ocupacional (Ortiz Mayorga, 2014) (Duque et al., 2011); en estos estudios, se llegó a identificar una prevalencia del dolor lumbar agudo en la población encuestada del 49% y un 65% de prevalencia en cuanto al dolor lumbar crónico (Ortiz Mayorga, 2014).

Como se puede evidenciar, el dolor lumbar es una enfermedad de alto impacto económico y en la calidad de vida de las personas que la padecen. Es una condición de salud que se presenta a lo largo

del ciclo vital, en múltiples fases, casi siempre recurrente, y con implicaciones importantes en el funcionamiento de la persona, su estado emocional y anímico, sus actividades cotidianas, instrumentales, las asociadas a roles, laborales, entre otras. Sus características etiológicas, en gran medida asociadas a factores prevenibles, así como su curso natural que comúnmente se hace crónico, hacen posible pensar que con una adecuado diagnostico y manejo a tiempo la carga no solo económica sino también en términos de calidad de vida que esta enfermedad genera, pudiese disminuirse de manera sustancial.

El marco teórico conceptual de esta investigación refleja las múltiples interacciones que se presentan durante el proceso de atención de esta patología y los diferentes esfuerzos requeridos desde el sistema de salud y sus diferentes componentes y actores para la atención de la población con dolor lumbar. Lo anterior se pretende detallara través del concepto de gestión de enfermedades el cual propone abordar de manera integral las interacciones paciente / familiar / entorno, servicios de salud, profesionales de la salud y recursos de manera coordinada, con el objetivo de prestar una atención de calidad y con miras a la mejoría de los resultados de estas intervenciones, impactando de manera global en el individuo, su entorno y su familia.

El objetivo de este trabajo de grado es dentificar las brechas existentes entre lo planteado por el concepto de gestión de enfermedades y lo ejecutado por una institución prestadora de servicios de salud (IPS) en la coordinación de la atención de pacientes con dolor lumbar, buscando a su vez identificar puntos de inflexión en la manera de prestar los servicios de salud y posibles oportunidades de mejora para los mismos.

2. Capítulo 2 - Justificación y objetivos

2.1 Justificación

El informe de carga mundial de enfermedades no transmisibles de 2015 (GBD) señala una importante carga de enfermedad asociada con el aparato locomotor o musculoesquelético como consecuencia de un fenómeno de aumento de la esperanza de vida que para el 2050 se proyecta a 76,2 años en el ámbito global (en países como Estados Unidos se espera que se alcancen los 85,9 años para hombres y 93,3 años para mujeres) (BMUS, 2015). En este contexto, el dolor de espalda baja o cuello es el tipo de enfermedad musculoesquelética de mayor prevalencia en el grupo de edad de 18 a 44 años y de 45 a 64 años, mientras que en los grupos de personas de 65 a 70 y de más de 70 se posicionan como la segunda causa; entre las dos regiones mencionadas, el dolor de espalda baja (o dolor lumbar) se presenta con mayor frecuencia en comparación con el dolor de cuello (dolor cervical) (BMUS, 2015).

El dolor lumbar se define como el dolor presentado en la cara posterior del cuerpo desde el margen inferior de la doceava costilla hasta el pliegue glúteo inferior, referido a una o ambas extremidades inferiores que dura al menos 1 día (Hurwitz et al., 2018) (Delitto et al., 2012). Tiene un curso clínico variable que pudiese modificarse según los antecedentes de episodios previos, la movilidad excesiva de la columna y otras articulaciones, la angustia o depresión psicológica, entre otros (Delitto et al., 2012), y presenta factores de riesgo para su presentación de índole individual, físico y psicosocial (Taylor et al., 2014). Es la enfermedad musculoesquelética de mayor impacto a nivel mundial con una prevalencia global que aumentó en un 117,3% entre los años 2005 y 2015, pasando de 460.164 a 539.907 casos reportados y se ha identificado como la principal causa de años vividos con discapacidad en personas de 25 a 64 años (Hurwitz et al., 2018).

El panorama presentado anteriormente genera una carga económica importante en los servicios de salud encaminados a atender el dolor lumbar: por ejemplo, en Estados Unidos, 26.3 billones de dólares de los 90,3 billones de dólares de los gastos sanitarios totales fueron invertidos en tratar el dolor lumbar, atribuyéndose entre un 25 % y 30% a la provisión de cuidados por parte de profesionales de atención primaria en salud (Hurwitz et al., 2018).

Específicamente en Colombia, aunque no se encuentran estadísticas relacionadas con la enfermedad de carácter general, se han realizado algunos estudios en organizaciones de diversa índole estudiando ligado principalmente al ámbito ocupacional: se ha encontrado una prevalencia del 49% en el dolor lumbar (Ortiz Mayorga, 2014), con diferencias entre hombres y mujeres (66,8% vs 75% respectivamente) y con impactos económicos y laborales importantes: 224 días laborales perdidos como consecuencia de un diagnostico de dolor lumbar inespecífico (Penagos Moreno & García Saa, 2016), los cuales representaron 84.480.000 pesos colombianos en un lapso de 3 meses.

El dolor lumbar genera niveles muy altos de dolor y discapacidad que se asocian significativamente con una peor calidad de vida asociada a la salud, mayores costos sociales, laborales y de atención médica (Mutubuki et al., 2020). Es por ello por lo que se han desarrollado múltiples métodos de diagnóstico y tratamiento invasivos (Acaroğlu et al., 2018) y no invasivos (Chou et al., 2018) que se plantean como benéficos para tratar a las personas que presentan dolor lumbar. Sin embargo, se evidencia una marcada heterogeneidad en los elementos de manejo mencionados en la evidencia en términos de diagnóstico y tratamiento (Cunningham & Kashikar-Zuck, 2013; Bremander & Bergman, 2008; Beales et al., 2016), así como en los profesionales necesarios en las intervenciones (Ross et al., 2018; Ross et al., 2014; De Souza et al., 2017; Hanney et al., 2016; Ladeira et al., 2015; Trillos MC et al., 2015), el papel del paciente y su familia en su mismo tratamiento (Moore & Jull, 2010; Sokunbi et al., 2010), y en las posturas de los prestadores de salud para su manejo (Speerin et al., 2014).

Como consecuencia de la multiplicidad de actores e intervenciones involucrados se han identificado problemas de coordinación entre los participantes, como los mencionados por Dziedzic y colaboradores: “la atención se brindaba como servicios específicos de la disciplina y cada servicio requería una derivación, evaluación y planificación e implementación del tratamiento por separado. Se reconoció que había una duplicación de servicios que resultaba en la pérdida de eficiencia y, a

menudo, falta de continuidad de la atención y una sensación de intrusión dada por los múltiples proveedores por parte de los clientes" (Dziedzic et al., 2016).

Algunas otras cuestiones que han contribuido al aumento de la brecha en la coordinación entre las diferentes organizaciones, la colaboración entre profesiones y pacientes han sido documentadas: organizaciones con distintas profesiones que tienen un pensamiento territorial y con tinte rival (Melin Emilsson et al., 2020), dificultades en la transferencia de la información, el acceso adecuado y oportuno entre niveles de atención y el acuerdo sobre el manejo clínico de los pacientes (Vázquez et al., 2017), dificultades para la definición del rol coordinador de las atenciones prestadas y la mezcla de lo público / privado en la prestación de los servicios contratados y prestados (Bousquat et al., 2017), la intensificación de la presión económica para aumentar el volumen de actividad en los servicios de salud (Minvielle, 2019), la fragmentación de los servicios y la falta de motivación para la coordinación de la atención (Wang et al., 2016), las dificultades para la delegación de tareas no médicas (administrativas, sociales o legales), restricciones para la prescripción y prestación de servicios requeridos por los pacientes según lo indicado por los sistemas de salud en términos económicos, la necesidad de revisión médica en condiciones de salud que no lo requieren explícitamente o que pudiesen realizarse por otro profesional sin que el paciente sea revisado por un médico, las dificultades de comunicación entre proveedores de salud internos (hospitalarios) y externos (domiciliarios y/o comunitarios) (Stumm et al., 2019), tiempos insuficiente para desarrollar las actividades necesarias para la coordinación de la atención y la fragmentación de la atención, retrasos en el diagnóstico y tratamiento, derivaciones innecesarias y repetitivas, dificultad en la coordinación entre profesionales de los diferentes niveles de atención, sobrecarga laboral por parte de los profesionales (Aller et al., 2019), entre otras.

Así pues, como desenlace de la falta de coordinación en la prestación de los servicios de salud se encuentra la predisposición a cometer errores en el diagnóstico y el tratamiento con mayor frecuencia, que pueden incrementar los costos del sistema y resultar en el uso inadecuado de los recursos, incrementar las barreras de acceso a los servicios de salud, listas de espera prolongadas, duplicación de pruebas diagnósticas y hospitalizaciones innecesarias (Aleluia et al., 2017), discontinuidad en la atención y el seguimiento a los pacientes (Vázquez et al., 2017), dificultades para la incorporación de las preferencias del paciente en las opciones y los procesos de atención

(también llamada atención centrada en el paciente) (Minvielle, 2019), ingresos hospitalarios aumentados en los servicios de urgencias (Tricco et al., 2014), entre otros.

Lo anterior genera entonces la necesidad de pensar la organización de los prestadores de servicios de salud de manera diferencial frente a esta enfermedad, con el fin de disminuir las dificultades de coordinación y atendiendo a las recomendaciones ya dadas por la evidencia, que sugieren que las intervenciones en salud sobre el dolor musculoesquelético con un más alto nivel de evidencia son aquellas que adoptan un enfoque biopsicosocial mediante el uso de estrategias adaptadas al individuo en términos de autocontrol, psicoeducación, enfoques conductuales, elementos farmacológicos y estrategias activas basadas en el movimiento, mediante un equipo multidisciplinar que coordina las relaciones entre los pacientes, sus familias, los profesionales de salud y el sistema de salud (Speerin et al., 2014).

2.2 Objetivos

2.2.1 Objetivo general

Identificar las brechas existentes entre lo planteado por el concepto de gestión de enfermedades y lo ejecutado por una institución prestadora de servicios de salud (IPS) en la coordinación de la atención de pacientes con dolor lumbar.

2.2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar los estándares mundiales para la atención del dolor lumbar.
- Caracterizar los procesos de atención de una IPS en la ciudad de Bogotá en la atención del dolor lumbar.
- Analizar las brechas encontradas entre los estándares globales de atención para el dolor lumbar basados en el modelo de gestión de enfermedad y los de una IPS en Bogotá.

3. Capítulo 3 - Marco conceptual: disease management o gestión de enfermedades

El Disease Management (DM) o Gestión de Enfermedades (GE), es un proceso de transformación estratégica que pretende optimizar la provisión de cuidados durante el curso natural de una enfermedad; esto mediante la coordinación de recursos en el sistema de salud basado en la mejor evidencia científica disponible. Su objetivo primordial es mejorar la calidad de la atención y los resultados en términos clínicos, económicos, de calidad de vida y satisfacción de usuarios y profesionales al menor costo posible, incrementando el nivel de salud y disminuyendo a largo plazo la demanda del servicio (Terol et al., 2001).

Este concepto surge en la década de 1990 en el área de la industria farmacéutica estadounidense, introduciéndose por primera en el informe del Boston Consulting Group para la farmacéutica Pfizer Inc (Terol et al., 2001). Las Health Maintenance Organizations (HMO) habían conseguido importantes reducciones de costos en salud mediante variadas técnicas de revisión de la utilización hospitalaria y renegociación de los precios pagados por los servicios médicos y hospitalarios (un menor uso de medicamentos, acordando precios con las farmacéuticas directamente sobre el valor de los medicamentos) y como respuesta a este control, las compañías de gestión farmacéutica desarrollaron *programas de gestión de la enfermedad* que orientaban la asistencia a los pacientes (oferta de servicios educativos a pacientes con enfermedades crónicas identificados mediante prescripciones médicas hechas previamente), según el grado de complicación de la enfermedad, y educaban a los médicos sobre medidas de manejo a ciertas enfermedades que incluían sus propios productos; esto con un especial énfasis en el cumplimiento terapéutico (Terol et al., 2001).

Al final de la década y posterior a visualizar el éxito de los programas de gestión de la enfermedad, eran no solo las farmacéuticas quienes los implementaban. Más de 200 organizaciones, en su mayor parte grupos de médicos y hospitales, ofrecían sus propios programas de gestión. Esto marcó una

diferencia con respecto a los programas ofertados por las farmacéuticas debido a su desarrollo mas propiamente como un modelo organizativo, en el que los miembros de un equipo de profesionales trabajan de forma coordinada y cooperativa para mejorar los resultados de la atención a un problema de salud específico, asegurando así que la población a su cargo recibía los servicios recomendados en guías de práctica clínica actualizadas, en los múltiples entornos asistenciales y a lo largo de la historia natural de la enfermedad (Peiró Moreno, 2007).

En general, el concepto de disease management implica el uso coordinado de información y recursos para el autocuidado del paciente mediante la relación profesional de la salud / paciente - entorno familiar y /o de apoyo, y las instituciones de salud, para una condición clínica a largo plazo y mediante la adherencia del paciente a las estrategias generadas (prevención, educación para la salud, sistemas integrales basados en la multidisciplinariedad, entre otros). Dicho esto, su objetivo principal es disminuir a largo plazo los costos para el sistema sanitario, incrementando la eficiencia de sus acciones con un nivel de calidad óptimo (Pinzón-Espitia et al., 2016).

El disease management se plantea principalmente para poblaciones con o en riesgo de condiciones médicas establecidas de origen crónico, en las cuales existen diferencias entre lo que refiere la evidencia y la práctica, así como múltiples atenciones no coordinadas (Pinzón-Espitia et al., 2016). Esto se basa en la sumatoria de esfuerzos entre el conocimiento, el sistema de provisión de cuidados y el proceso de mejora continua en la atención prestada, permitiendo la adecuada prestación de servicios en términos de gasto, riesgos financieros, pérdidas, confiabilidad, satisfacción del paciente, condición de salud, cobertura, capacidad y factibilidad operacional.

El disease management cuenta con unas condiciones o fases ya establecidos para su ejecución, según la Asociación Americana de Gestión de Enfermedades (Terol et al., 2001) (Pinzón-Espitia et al., 2016) estas fases son:

1. Identificación y descripción de la población objetivo: definir criterios de inclusion y utilizar busqueda sistematica de casos.
2. Determinación de pautas y guías de práctica clínica basadas en la evidencia
3. Generación de un modelo de funcionamiento basado en la cooperación profesional de la salud / paciente (requiere de un equipo multidisciplinario)

4. Identificación de riesgos y emparejamiento de intervenciones con necesidades (estratificación de los pacientes)
5. Educación de autogestión y autocuidados al paciente - grupo de apoyo: puede incluir prevención primaria, programas de modificación de hábitos, vigilancia y monitorización del cumplimiento.
6. Informes y retroalimentación sistemática entre el paciente, el personal de salud, los servicios y proveedores de salud, las aseguradoras, entre otros. Esto también implica la sistematización de la información captada para su posterior evaluación (saber cuales servicios utilizó el paciente, frecuencia, etc)
7. Medición de proceso y resultados, evaluación, y gestión, y establecimiento de indicadores de actividad y rendimiento (deben integrarse indicadores de areas clinicas, de utilizacion de servicios y costos, de estados funcionales, satisfaccion y autopercepcion de salud).

Así, el disease management propone una mirada integral en la que se unen las intervenciones de tipo preventivo, el asesoramiento y la educación al paciente y las atenciones de tipo ambulatorio, la coordinación de servicios profesionales y el análisis de los resultados clínicos, en donde se trasciende del manejo netamente farmacológico y se demuestra el valor clínico y económico de la complementariedad de las modalidades previamente mencionada (Woodward, 1995) (Sylvestri & Marro, 1996)

Dentro del disease management surgen dos conceptos de importancia: los programas de gestión de enfermedades y los indicadores de funcionamiento; en conjunto permiten evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos de los programas para así mismo orientar sus acciones, de manera integrada (Pinzón-Espitia et al., 2016). Lo anterior se desarrolla sobre el modelo conceptualizado por Donabedian en 1966 en la triada estructura, proceso y resultado: la *estructura* vista como el entorno en el que se brinda la atención médica e incluye aspectos como las instalaciones, los equipos utilizados, la cantidad y calificación del personal; el *proceso* que habla de cómo se materializa el dar y recibir la atención en salud a través de actividades de atención, comunicación médico – paciente, etc; y finalmente, el resultado como la consecuencia de la atención prestada materializada a través de indicadores de satisfacción, estados de salud, costos, entre otros (Donabedian, 1966).

Con lo anterior, Donabedian introduce el concepto de calidad de atención médica, que define como *"una adecuación precisa de la atención a las necesidades particulares de cada caso"* (Donabedian,

1978) y se basa entre las interrelaciones que pueden construirse entre estas tres categorías, en diferentes vías y sin tener una relación directamente de causa y efecto; más bien los desarrollos en cada una de los aspectos mencionados tienen un efecto sumatorio, lo cual permite tener mejores resultados en la medida en que se tiene un mejor proceso y una mejor estructura (Donabedian, 1966).

Donabedian menciona algunos otros atributos a los cuales prestarle atención en la calidad en salud: la aplicación del conocimiento médico y de la tecnología para obtener un máximo de beneficios con un mínimo de riesgos y atravesado por las preferencias del paciente; el manejo de la relación del personal médico para con el paciente, la cual debe ceñirse a los principios éticos, las normas sociales y las expectativas y necesidades de las partes involucradas; por otra parte, el costo se determina como una parte importantísima en la política social del acceso a los servicios de salud, en términos de escoger las intervenciones que aporten más beneficios para el paciente con relación al costo, con menos riesgo y adaptadas para la situación de cada paciente (Donabedian, 1978). Esto pone en la balanza una decisión del personal de salud que le lleva a decidir entre lo que es correcto y necesario para el paciente, y lo que la sociedad le indica como correcto (Donabedian, 1978).

El resultado de la atención de calidad en salud para Donabedian se basa entonces en los cambios observables en el estado de salud del paciente, los cuales puedan ser atribuidos a la atención en salud prestada desde una perspectiva física y de supervivencia; sin embargo, y de una manera más amplia, podrían sumarse a estos, algunos cambios en los conocimientos del paciente con respecto a su salud, sus actitudes y su comportamiento, impactando en sus funciones psicológicas, su desempeño social y su calidad de vida (Donabedian, 1978).

No obstante, con el tiempo y con el incremento del gasto en salud, se trascendió de la necesidad de evaluar los servicios de salud únicamente en términos de calidad satisfactoria, sino a intentar justificar la magnitud del gasto en relación con el incremento de la calidad. Se propone entonces que la enfermedad pudiese tomar diferentes cursos como una curación espontánea, persistir y volverse crónica o conducir a la muerte, y es según esos cursos donde se puede inferir que al contar con atención médica, el curso se alterará generando una recuperación o empeoramiento del paciente según los manejos de quienes administren las intervenciones, la disponibilidad de recursos, el grado de desarrollo y posibilidades tencolçogicas, entre otros (Donabedian et al., 1982).

Se propone entonces el uso de estrategias de atención y médicos “ideales”, las cuales deben tener en consideración aspectos como la clase y la cantidad de servicios proporcionados, el orden, la

oportunidad, los parámetros de escogencia de una u otra estrategia, y el no derroche de recursos como la subutilización de instalaciones, tareas realizadas de la manera correcta, una coordinación suficiente y adecuada. En la medida en que se sigan o no las condiciones propuestas previamente, se hablará de una atención más o menos efectiva, hablando de la medida en que realmente se obtengan los beneficios esperados en condiciones óptimas al utilizar una cantidad específica disponoble o permisible de recursos; esto es llamado por donabedian como la "eficiencia clínica" (Donabedian et al., 1982).

La eficiencia tambien puede ser vista desde el aspecto productivo, que implica el uso de los recursos tales como infraestructura, profesionalese, entre otros, de manera óptima y coherente con su función, lo cual permitirá alcanzar un nivel de calidad alto aun costo más bajo. Al combinar la eficiencia clínica y productiva, se espera se generen mayores incrementos en términos de calidad en salud por recurso económico utilizado, al utilizar de manera adecuada los servcios, controlando su duración, y utilizándolos mediante estrategias eficientes (Donabedian et al., 1982).

Donabedian tambien resalta como resultado deseado de las atenciones en salud y las estrategias a ser elegidas, el interés de otras personas que no se encuentren dentro de la diada médico – paciente tales como la familia y amigos del paciente, y la sociedad en general, llevando la definición social de calidad y que está ligado a la posibilidad de acceso equitativo a los servicios de salud, recibiendo atenciones óptimas y eliminando las diferencias de acuerdo al nivel de ingresos o condición de salud de cada persona.

La calidad de la atención en salud está entonces condicionada por aspectos tales como el área geográfica a la que se pertenece, el tipo de institución (hospitales universitarios, conglomerados hospitalarios, etc), tipos de atención (ambulatoria, hospitalaria), la formación, especialización y experiencia de los profesionales en salud tratantes que conllevan al uso de más o menos procedimientos por paciente, la tecnología disponible para las atenciones, la carga laboral a la que están sometidos los profesionales, los incentivos económicos que pudiesen llegar a recibir los profesionales, las posibilidades de trabajo gupales e individuales, las características de las instituciones de salud y los servicios y equipamento que facilitan a los profesionales para el desarrollo de sus labores, la cualificación que lleve a cabo sobre su personal, la estructura y comportamiento organizacional, la variabilidad en la cantidad y calidad de asistencia dada al

paciente, y las posibilidades de acceso a la asistencia médica (Donabedian, 1985).

Desde la lógica de la evaluación al proceso, la Asociación Americana de Gestión de la Enfermedad define los programas de gestión de la enfermedad como un sistema coordinado de información e intervenciones sanitarias para aquellas poblaciones que sufren determinadas enfermedades y que comparten la característica del valor de los autocuidados en su tratamiento y control. Estos se sustentan en la relación médico – paciente y el uso de un plan de cuidados que busca prevenir las exacerbaciones de la enfermedad, utilizando las guías de práctica clínica basadas en la evidencia para mejorar la capacidad de decisión y de autocuidado, mejorándose la condición de salud de las personas de manera global (Ortún Rubio, 2007).

Sobre la base de impactar los aspectos económicos, humanos y clínicos, los programas de gestión de enfermedad se construyen bajo los conceptos de *cuidado integral* y *continuidad asistencial*, implicando identificar una población con un determinado problema de salud o en riesgo de desarrollarlo, intervenir en el proceso de salud – enfermedad a través de una base científica y aplicándolos de manera oportuna, utilizar modelos organizativos cooperativos entre los responsables clínicos de los pacientes en diversos niveles asistenciales y los servicios de apoyo, emplear como recurso primordial la educación sanitaria y la responsabilidad del individuo sobre su condición de salud mediante la modificación de los estilos de vida, la prevención primaria y la adherencia a recomendaciones y tratamientos clínicos, y finalmente, incluir análisis de gestión y evaluación de procesos y resultados, incluida la retroalimentación a todos sus participantes (pacientes, aseguradoras, personal de salud, etc.)

Es importante señalar que este tipo de programas son usados para poblaciones o grupos poblacionales en los cuales el control es complejo o la prevalencia es alta, con criterios variables en la práctica clínica y en las cuales se requiere tener disponibles intervenciones de alto impacto que tengan capacidad de modificar el curso de la enfermedad, maximizando los beneficios en la salud. De la confluencia de las variables de recursos y resultados son pues, estos últimos los que son de gran importancia para las intervenciones sanitarias, tales como supervivencia o mortalidad, el numero de eventos adversos, la estabilidad de sistemas fisiológicos, el estado funcional, el funcionamiento psicosocial, la calidad de vida relacionada con la salud y la satisfacción, entre otros. (Peiró Moreno, 2007).

Teniendo en cuenta las transformaciones que ha tenido el escenario salud en términos de nuevas y mejores tecnologías de costos elevados, el incremento de los costos de atención dados por el aumento en la esperanza de vida, el incremento de las enfermedades no transmisibles, la disminución de los aportes monetarios a la seguridad social por parte de los trabajadores, y las expectativas y demandas cada vez mas mayores sobre los servicios de salud, ha generado la necesidad de poseer herramientas que permitan la comparación de las consecuencias directas, indirectas y secundarias y los costos y perjuicios proporcionando de esta manera una toma de decisión justificada en las implicaciones económicas y de salud y bienestar de las personas.

Es así como se esperaría que los prestadores de salud decidieran hacer uso de los conceptos de gestión de la enfermedad y la gestión económica para facilitar la toma decisiones no solo en términos de asignación y ejecución de recursos, sino mas bien de la organización de servicios que optimice los recursos, los procesos de salud – enfermedad de las personas, y la calidad de vida de las personas, sus familias y sus entornos.

4. Capítulo 4 - Metodología

El análisis de brechas fue la metodología base para el planteamiento de la estrategia de trabajo del presente trabajo de grado; dando cumplimiento a los objetivos específicos propuestos, se identificó el estado actual de la literatura con relación a la atención en el dolor lumbar (objetivo 1), se describieron los procesos y métodos de atención del dolor lumbar en una IPS (objetivo 2), y finalmente se contrastaron los resultados de los objetivos específicos 1 y 2 (objetivo 3).

Respondiente a la lógica anterior, se detallan los procesos de construcción seguidos para el cumplimiento de dichos objetivos.

4.1 Revisión de literatura relacionada con la identificación de estándares mundiales de atención para el dolor lumbar y sus problemas de coordinación en la atención

Este apartado se inició con una revisión documental de las bases de datos Scopus, Web of Science, Econlit, PubMed, MedLine y PEDro (estas tres últimas importantes para el área de la salud). Fueron utilizados como términos de búsqueda vocablos encontrados tanto en tesauros de ciencias económicas, específicamente el Tesauro STW, como de ciencias de la salud (Tesauros MeSH y DeCS). Los términos utilizados de cada área se describen a continuación en la tabla 4-1.

Tabla 4-1

Términos de búsqueda utilizados

Términos de Búsqueda – Ciencias Económicas - STW	Términos de Búsqueda – Ciencias de la Salud – MeSH y DeCS
"Health economics"	"Disease management"
"Economic Evaluation"	"Health cost"
Colombia	"Low back pain"
Gap	"Clinical Practice guidelines"
Health	"Risk Factor"
	"Cost – Benefit Analysis"
	Epidemiology
	Incidence
	Prevalence
	Occurrence

Con lo anterior, se desarrollaron las siguientes ecuaciones de búsqueda que fueron aplicadas a las bases de datos mencionadas:

a. "Economic evaluation" AND "low back pain"
b. "Cost - Benefit analysis" AND "low back pain"
c. "Health cost" AND "low back pain"
d. "Low back pain" AND Colombia"
e. "Low back pain" AND Colombia AND "Risk Factors"
f. "Low back pain" AND "Epidemiology OR incidence OR prevalence OR occurrence" AND Colombia
g. "Clinical guidelines practice" AND "Low back pain"
h. "Economic evaluation" AND "Disease management"
i. Gap AND "low back pain" AND health

Con los artículos resultantes de las anteriores búsquedas, y adicionando referencias secundarias derivadas de los documentos iniciales, se desarrolló una revisión de literatura de tipo narrativo la

cual permitió desarrollar los capítulos relacionados con los estándares para la atención del dolor lumbar, la identificación de los diferentes tipos de problemas relacionados con la coordinación en la atención del dolor lumbar y la contextualización del dolor lumbar en Colombia y la situación normativa de la atención del dolor lumbar para el país. Es de resaltar que esta revisión de literatura será el referente teórico frente al cual se analizarán los procesos establecidos por la IPS en los aspectos clínico, procedimental y normativo.

4.2 Revisión documental de los procesos de atención en la IPS objetivo

Se llevó a cabo una revisión documental de los procesos instaurados por la IPS para la atención del dolor lumbar, con el fin de identificar el manejo dado por la IPS a la patología estudiada, no solo desde el ámbito clínico sino también desde el ámbito de gestión del paciente y su condición.

En este apartado se examinaron documentos referentes para la atención clínica del dolor lumbar tales como las guías de práctica clínica determinadas por la IPS para los servicios a estudiar, así como observación de los procesos y relaciones establecidas entre las diferentes profesiones prestadoras del servicio para la condición. A estos documentos se tuvo acceso mediante solicitud verbal directa a los líderes de servicio involucrados en el proceso, así como directamente en el portal web de gestión documental de la institución.

Resaltar que para el objeto de este trabajo de grado, se realizarán los análisis de proceso basado en las fases dos y cuatro del proceso de disease management establecidos por la Asociación Americana de Gestión de Enfermedades (Terol et al., 2001) (Pinzón-Espitia et al., 2016): determinación de pautas y guías de práctica clínica basadas en la evidencia, e identificación de riesgos y emparejamiento de intervenciones con necesidades, respectivamente. No obstante, para las demás fases (ver capítulo 1) se plantearán aspectos y recomendaciones pertinentes identificadas a través del desarrollo y análisis de procesos a realizarse.

4.3 Contrastación de los procesos de atención establecidos por la literatura y los aplicados en lo cotidiano: validación de historias clínicas

Una vez determinados los posibles puntos de falla en la coordinación de la atención del dolor lumbar desde lo reportado por la literatura y lo identificado en los procesos establecidos por la IPS, se procedió a realizar la revisión analítica de 15 registros de historia clínica de pacientes quienes recibieron procesos de atención en la IPS y fueron dictaminados con una condición clínica relacionada con el diagnóstico de dolor lumbar (M545 para la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión - CIE10) (Organización Panamericana de la Salud, 1995).

El objetivo de esta revisión fue determinar la ocurrencia de los problemas de coordinación identificados previamente en la revisión de literatura, a través de los reportes dejados por el personal salud tratante de los pacientes de la muestra en sus registros clínicos. Lo anterior se llevó a cabo mediante la lectura crítica de las historias clínicas identificando aspectos como la pertinencia de los direccionamientos, la frecuencia de los procedimientos, las relaciones entre los actores, los facilitadores y bareras en la atención, la relación del paciente con el sistema de salud y sus actores, entre otros, en los cuales fue posible identificar un desempeño adecuado o inadecuado frente al cumplimiento de las recomendaciones y lineamientos propuestos como pertinente para la atención del dolor lumbar. Las fallas de coordinación se clasificaron en tres posibles de acuerdo con su naturaleza causal: relacionadas con la atención clínica prestada, relacionadas con la gestión de procesos de la IPS y, relacionadas con la gestión del sistema de salud colombiano.

El manejo ético dado a la información contenida en las historias clínicas sujetas al análisis propuesto se desarrolló bajo los principios éticos de la honestidad, la responsabilidad, la cortesía profesional e imparcialidad, la buena gestión de la investigación en nombre de otros, autonomía, la beneficencia, la no maleficencia, la justicia, la oportunidad, la precaución, los derechos humanos, la privacidad, la confidencialidad, la no discriminación y la no estigmatización, establecidos en la declaración de Singapur, los principios de la UNESCO, el código de Nuremberg, y la declaración de Helsinki. Por

tanto, en ningún momento se expondrán de manera abierta datos sensibles contenidos en estas, que pudiesen afectar de manera directa o indirecta, parcial o completamente, a las personas a quienes pertenece dicha información.

La categoría de riesgo de esta investigación según lo establecido por la resolución 8430 de 1993, la clasifica como una **investigación sin riesgo** al ser un estudio que *"emplea técnicas y métodos de investigación documental restrospectivos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, sicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio" (Ministerio de salud, 1993, p.3).* Dentro de los métodos de investigación que se encuentran en estas investigaciones sin riesgo se encuentra la revisión de historias clínicas, de manera que no se logre identificar ni resaltar aspectos sensibles de las personas.

4.4 Análisis de resultados

Tomando como elemento de análisis los resultados de los apartados metodológicos 4.1, 4.2 y 4.3, se triangularon los resultados allí obtenidos y se identificaron las brechas entre lo propuesto por la literatura como "el deber ser" para la atención en el dolor lumbar, y lo realizado por la IPS determinado por sus procedimientos propios y lo permitido por el sistema de salud colombiano. Este es un análisis de tipo descriptivo en el que se pretenden visibilizar las diferencias entre la práctica cotidiana y los requerimientos de los pacientes y su enfermedad, y en el cual se tiene por objetivo determinar la incidencia que pudiese llegar a tener el manejo administrativo y cl ínico establecido por la IPS en los desenlaces de salud / enfermedad de los pacientes con dolor lumbar. Finalmente, se plantearán recomendaciones y sugerencias de ajuste a los procesos de atención establecidos por la IPS, de acuerdo a lo que se identifican como las mejores prácticas en la atención del dolor lumbar.

5. Capítulo 5 - Resultados

5.1 Revisión narrativa relacionada con los estándares para la atención del dolor lumbar y sus problemas de coordinación en la atención

5.1.1 La importancia de la salud musculoesquelética

Para el área de interés del presente trabajo de grado, el funcionamiento o estado funcional es la experiencia vivida de las personas en la cual el cuerpo, la persona y la sociedad están entrelazados, y en donde se puede experimentar una variación en el nivel de funcionamiento asociado con trastornos congénitos, lesiones, afecciones de salud agudas y crónicas y envejecimiento, conllevando a una limitación del funcionamiento o discapacidad (Stucki et al., 2017).

Un tema de específico interés en el área se atribuye a las enfermedades que presentan como característica fundamental el dolor musculoesquelético pues, si bien no asocia condiciones fatales si causa un deterioro importante en aspectos como la calidad de vida asociada con la salud (Suka & Yoshida, 2010). A pesar de su enorme impacto en todo el mundo, el dolor musculoesquelético no se ha contado entre las prioridades nacionales de atención médica en la mayoría de los países: ahora, se reconoce como un problema de proporciones mundiales al tener una prevalencia alta en la población adulta y un aumento significativo dependiente de la edad, siendo sitios más comunes de presentación la espalda y los hombros, aunque a menudo se presenta en múltiples zonas del cuerpo (Hurwitz et al., 2018).

La salud musculoesquelética es un aspecto crítico para la función humana, que permite la movilidad, destreza y la capacidad de trabajar y participar activamente en todos los aspectos de la vida, así como mantener una buena condición anímica (Siebra & Vasconcelos, 2017). Por tanto, es especialmente importante para el mantenimiento económico, social e independencia funcional de la persona y como capital humano a lo largo del curso de la vida (Joshipura et al., 2014). El informe de carga mundial de enfermedades no transmisibles de 2016 (GBD), señala una importante carga de enfermedad asociada con el aparato locomotor, cuantificando que los AVAD para afecciones musculoesqueléticas aumentaron en un 61,6% entre 1990 y 2016, con un aumento del 19,6% entre 2006 y 2016 (Joshipura et al., 2014).

Lo anterior se ha presentado como consecuencia de un fenómeno de aumento de la esperanza de vida que para el 2015 al nacer fue de 68,6 años a nivel mundial, y para el 2050 se proyecta a 76,2 años (en países como Estados Unidos se espera que se alcancen los 85,9 años para hombres y 93,3 años para mujeres), haciendo que las enfermedades no mortales sean la carga representativa en términos de enfermedad (BMUS, 2015). Las enfermedades musculoesqueléticas se posicionan dentro de este grupo de enfermedades como importantes al presentarse en mayor medida en personas de edad avanzada, esto confirmado en las proyecciones realizadas que indican que la población de 65 años o más tienen mas probabilidades de sufrir enfermedades musculoesqueléticas (BMUS, 2015)..

Estados Unidos estudió ampliamente para su población las condiciones musculoesqueléticas en la Encuesta Nacional de Entrevistas de Salud NHIS en el 2015. En esta encontró que las enfermedades musculoesqueléticas se presentan mayormente en mujeres que en hombres (52,7 por cada 100 personas; 47,3 por cada 100 personas), que aumentan para la edad media de 45 a 64 años tendiendo a estabilizarse su presentación hacia los 65 años. Los blancos no hispanos son la raza en la que mayormente se presentan, seguidos de los negros ni hispanos y los hispanos. También se reportó que el 51,6% de la población encuestada informó tener dificultades para realizar las actividades básicas de la vida diaria como causa de ello, siendo el dolor de espalda baja o cuello el tipo de mayor prevalencia en el grupo de edad de 18 a 44, y de 45 a 64 años; en los grupos de 65 a 70 y de más de 70 se posicionan como la segunda causa. Entre las dos regiones mencionadas, el dolor de espalda baja se presenta con mayor frecuencia, que el dolor de cuello (BMUS, 2015).

Dado que algunos estudios señalan a las enfermedades musculoesqueléticas como la segunda causa mas alta de carga global de morbilidad, se hace necesario enfocar esfuerzos hacia el diseño de

modelos en términos de manejo preventivo y atención a la discapacidad asociada. Los estudios que han revisado de manera global las intervenciones en salud sobre el dolor musculoesquelético expresan que las intervenciones soportadas en la mejor evidencia disponible son las que mejor nivel de mejoría en el paciente reportan (Speerin et al., 2014), adoptando un enfoque biopsicosocial que usa estrategias adaptadas al individuo en términos de autocontrol, psicoeducación, enfoques conductuales, elementos farmacológicos y estrategias activas basadas en el movimiento, coordinando un equipo multidisciplinar. Esto ha implicado alineación de evidencia, política y practica en salud, mediante la implementación de servicios integrados y de alta calidad por equipos multidisciplinarios.

También se ha datado de las importantes consecuencias económicas que tienen los trastornos musculoesqueléticos sobre los sistemas de salud: un estudio tomó una muestra de 1123 pacientes que consultaron al médico general debido a dolor musculoesquelético, que fue recolectada durante un mes en 25 hospitales de Finlandia. En general, se prescribieron pruebas de laboratorio al 12% e imágenes diagnósticas al 24%, y se derivó al 7% de los pacientes a consulta especializada; el 61% de los pacientes recibió fisioterapia y analgésicos, y a 1 de cada 4 pacientes se prescribió incapacidad por enfermedad; esto generó un costo promedio de 530 euros por cada visita del paciente, representando el ausentismo laboral dos quintas partes de este valor (Mäntyselkä et al., 2002).

El estudio de Dall y colaboradores, precisó que las personas con condiciones musculoesqueléticas con una función física potencializada tienen una mayor probabilidad de empleo, mayores ingresos familiares y menos días de trabajo perdidos para aquellos que están empleados, y una menor probabilidad de recibir ingresos de seguridad suplementarios por discapacidad (Dall et al., 2013). Así mismo, encontraron que, por cada aumento de punto porcentual en el valor del índice de funcionalidad, está asociado con un aumento de 2 puntos porcentuales en las probabilidades de ser empleado, una disminución de 3 puntos porcentuales por día en los días de trabajo perdidos y $ 180 adicionales en ingresos anuales del hogar si está empleado. Todas las estimaciones fueron estadísticamente significativas al nivel de 0.05 (Dall et al., 2013).

Se hace pues necesario y urgente, precisar estrategias diferenciales que fomenten la intervención y manejo de este tipo de condiciones de salud, al visualizarse su impacto social excesivamente alto, que influye en condiciones subyacentes a la persona tales como el empleo, la competitividad

empresarial, las organizaciones de salud y la viabilidad de los sistemas de seguridad social en el mundo (Jover, 2014).

5.1.2 Recomendaciones de la evidencia frente al tratamiento del dolor lumbar

Dentro de las enfermedades musculoesqueléticas, se ha evidenciado que el dolor lumbar genera niveles muy altos de dolor y discapacidad que se asocian significativamente con una peor calidad de vida asociada a la salud, mayores costos sociales y de atención médica; esto estudiado tanto en muestras transversales como longitudinales (Mutubuki et al., 2020). En este sentido, múltiples tratamientos se han desarrollado para el tratamiento del dolor lumbar tanto invasivos como no invasivos.

Siendo los no invasivos la primera línea de tratamiento, se ha dicho mucho sobre la rentabilidad y efectividad de estos, pero no se ha concluido de manera concreta. La revisión sistemática de Andronis y colaboradores en el 2017, determinó que los tratamientos físicos y psicológicos combinados, las intervenciones de información y las terapias manuales eran mas rentables en comparación con el ejercicio físico como única intervención. Sin embargo, había inconsistencia frente a la rentabilidad de los programas de ejercicio físico como el yoga, exceptuándose el realizado de manera grupal (Andronis et al., 2017).

Existen entonces bastantes contradicciones con respecto a cuáles intervenciones son realmente efectivas dado que, en lo que se ha observado la gran mayoría han sido ineficaces o tienen un efecto específico para un tipo de población. Esto se ha intentado solucionar enfatizando en la creación de subgrupos para la atención basados en signos y síntomas del examen clínico y en la identificación de lesiones anatómicas específicas en los que se realizan intervenciones de tipo “personalizadas” con ajustes en la selección de las estrategias de intervención adecuadas y su dosificación basadas en el concepto de irritabilidad de los tejidos (concepto usado por profesionales de la rehabilitación para reflejar la capacidad del tejido para manejar el estrés físico) (Delitto et al., 2012)

The Global Spine Care Initiative GSCI realizó una síntesis en el 2018 sobre las recomendaciones de tratamientos invasivos y no invasivos en el dolor lumbar. Frente a los métodos invasivos, que implican procedimientos quirúrgicos e intervencionistas (Acaroğlu et al., 2018), son indicados en pacientes con persistencia e incapacidad después de tratamientos no invasivos no exitosos. Dentro de estos se encontraron con recomendaciones de tipo moderado la cirugía de fusión espinal para dolor lumbar no radicular con cambios degenerativos, la disectomia o microdisectomía y la inyección epidural de esteroides como moderada para dolor lumbar con radiculopatía debido a prolapso o hernia discal, la descompresión por laminectomia con o sin fusión espinal de efecto moderado para estenosis espinal y espondilosis degenerativa, y la cifoplastia con globo y vertebroplastia de efecto moderado en fracturas osteoporóticas.

En cuanto a los tratamientos no invasivos (Chou et al., 2018), están indicados para la mejoría del dolor, la función y el manejo de la sintomatología psicológica, mediante el uso de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas. Se indicaron medidas farmacológicas que evidenciaron un beneficio leve frente a estrategias como la educación del paciente, biofeedback, aplicación de laser terapéutico, relajación progresiva y terapia psicológica; y de efecto leve – moderado la aplicación de calor superficial, el yoga, el masaje clínico, la terapia manual y la rehabilitación multimodal; y como de efecto moderado el ejercicio físico y la acupuntura. Finalmente, en cuanto a las medidas farmacológicas se evidenció un beneficio leve con la prescripción de acetaminofén y relajantes musculares, y un beneficio leve – moderado con opiáceos, antiinflamatorios no esteroideos y antidepresivos.

Hablando ahora de la efectividad de los tratamientos que reporta la literatura, el estudio de Andronis y colaboradores desarrolló una revisión sistemática usando 33 artículos, cuyo objetivo fue identificar, documentar y evaluar los estudios que informan sobre la rentabilidad (realización de análisis costo efectividad, costo utilidad y costo beneficio) de intervenciones no invasivas y no farmacológicas para el dolor lumbar agrupadas en ejercicio físico combinado y tratamiento psicológico, terapia de ejercicio físico, terapia manual y educación e información (Andronis et al., 2017). En general encontraron que las intervenciones combinadas entre ejercicio físico e intervención psicológica resultan mas rentables comparadas con atenciones habituales, aunque tuvieron mejoras no significativas en AVAC y aumentos moderados en costos comparados.

En el mismo estudio de Andronis y colaboradores, se encontró que los estudios que utilizaron únicamente intervenciones de fisioterapia no son concluyentes y esto es atribuible a las diferencias entre los programas evaluados; sin embargo, son tendientes a ser menos rentables. En cuanto a las intervenciones que incluyen educación e información se observa que disminuyen el ausentismo laboral, lo que compensa el aumento moderado en sus costos. Finalmente, frente a las intervenciones con terapia manual se identificó que es la alternativa mas rentable frente a la atención habitual siendo la más costo eficaz a los 12 meses posteriores a la intervención (Andronis et al., 2017).

En cuanto a efectividad del tratamiento, son múltiples los estudios que comparan la efectividad de las intervenciones de fisioterapia con otras modalidades combinadas o únicas. El estudio de Davin en el 2019 comparó un programa de fisioterapia frente a un programa interdisciplinario enfocado en el dolor, el cual dio como resultado que los pacientes abordados con un programa interdisciplinario enfocado al dolor tuvo mayores mejorías funcionales en comparación con pacientes similares que participaron en un programa de fisioterapia únicamente (Davin et al., 2019).

No obstante, son controversiales los resultados de los estudios: el estudio de Rhon y colaboradores demostró que, si bien hubo una diferencia significativa en la mejora de la discapacidad a un mes al aplicarse un programa de fisioterapia en comparación con realizar una atención habitual de manera temprana, no hubo diferencia significativa a un año y sí se incurrió en un mayor gasto en el costo promedio total de atención (aunque no significativo) para el programa de fisioterapia temprana (2016 dólares) en comparación con el programa de atención habitual (1096 dólares) (Rhon et al., 2018). Sin embargo, el estudio de Fritz y colaboradores en el 2017 aunque confirma que el uso de fisioterapia temprana aumentó los costos totales ajustados a un año sí se observó una mejor calidad de vida después de un año, siendo la relación costo – efectividad incremental de 32.058 dólares por AVAC confirmando que la fisioterapia temprana es rentable en comparación con la atención primaria habitual posterior a un año (Fritz et al., 2017).

El estudio de Hahne reafirma que la fisioterapia es de mayor efectividad al aplicarse un grupo de diez sesiones individualizada frente a dos sesiones de asesoramiento evaluado a 12 meses, sin llegar a tener en cuenta diferencia significativa en los costos totales para ambos grupos (27.03 dólares) y evidenciándose una mejora significativa en AVAC en 0,06 con una relación costo efectividad incremental de 422 dólares por cada AVAC ganado y lográndose un ahorro de 1995.51 dólares por

trabajador del grupo de fisioterapia en comparación con el grupo de asesoramiento (Hahne et al., 2017).

El estudio de Kominski y colaboradores (Kominski et al., 2005) encontró que la fisioterapia es un 105.8% mas caro con relación a realizar una atención médica únicamente, siendo la tercera intervención mas cara entre realizar una atención médica, una atención quiropráctica, una atención médica con fisioterapia o una atención quiropráctica con modalidades físicas, y detectándose que no es una estrategia rentable para el tratamiento del dolor lumbar dado que produce costos mas altos sin mejoras clínicas significativas en el resultado. Sin embargo, con lo anterior vuelve a contradecirse la evidencia con el estudio de Miyamoto y colaboradores (Miyamoto et al., 2019) realizado en el 2019 quienes refieren mediante la realización de una revisión sistemática con metanálisis, que en promedio la terapia de ejercicio se asoció con costos más bajos y efectos más grandes para el año de vida ajustado por calidad AVAC en comparación con la atención habitual para el dolor lumbar subagudo y crónico desde una perspectiva de atención médica, aunque no fue mas rentable en comparación con otras intervenciones para el dolor para la misma patología. Cabe resaltar el nivel de evidencia mayor de este ultimo estudio.

Se evidencia pues así que existe una marcada heterogeneidad en los resultados, que los autores refieren dificulta la comparación entre resultados y la toma de decisión para determinar si las intervenciones mencionadas tienen un impacto económico y de efectividad significativo. En general se observa que dependiendo de cual sea la intervención con la que se compara pareciera ser menos o más costo efectiva, tuviera mas o menos beneficios en cuanto a costo utilidad; también se observa que según la organización de las mismas intervenciones se pudieran observar más o menos beneficios.

Dada la discrepancia encontrada sobre los tratamientos mas efectivos para el dolor lumbar, se hace necesario apelar a la práctica clínica basada en la evidencia: un proceso de toma de decisiones que involucra la mejor evidencia adicional a la experiencia clínica y las preferencias de los pacientes conllevando a la utilización de los tratamientos mas efectivos. Se sugiere desde el disease management apelar a las guías de práctica clínica pues estos documentos sintetizan de manera práctica las recomendaciones de los hallazgos de la investigación en la práctica y facilitan el uso de la misma en la atención médica.

El estudio de Oliveira y colaboradores en el 2017 (Oliveira et al., 2018) realizó una búsqueda da guías de práctica clínica para el manejo del dolor lumbar inespecífico en el contexto de la atención primaria publicadas entre el 2008 y el 2017, actualizando su publicación realizada en el 2010 (Koes et al., 2010). Abordando las bases de datos Medline, PEDro, National Guidelines Clerainghouse, NICE y Web of Science, se incluyeron en el estudio 15 guías de práctica clínica que se relacionan a continuación: (tabla 5-1)

Tabla 5-1

Guías de práctica clínica para el manejo del dolor lumbar inespecífico (Oliveira et al., 2018)

Título	Año	País de orígen
Clinical Practice Guidelines on the Diagnosis and Management of Low Back Pain (Philippine Academy of Rehabilitation Medicine, 2017)	2017	Filipinas
Chronic nonspecific low back pain: Rehabilitation (Brazilian Association of Physical Medicine and Rehabilitation, 2013)	2013	Brasil
Canada TOP (2015) Evidence-informed primary care management of low back pain. Edmonton (AB): toward optimized practice (Institute of Health Economics Alberta Canada, 2011)	2015	Canadá
Consensus formalisé: recommandations de pratiques cliniques pour la prise en charge de la lombalgie aiguë du patient africain (Elleuch et al., 2015)	2015	África (multinacional)
Non-Specific Low Back Pain (Chenot et al., 2017)	2017	Alemania
Practice guidelines for the management of low back pain. Consensus Group of Practice Parameters to Manage Low Back Pain (Guevara-López et al., 2011)	2011	México
Malaysian low back pain management guideline Malaysian association for the study of pain, first edition (Malik et al., 2014)	2012	Malasia

The treatment of low back pain and scientific evidence, low back pain (Latorre- Marques, 2011)	2012	España
Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management (National Institute for Health and Care Excellence, 2016)	2016	Reino Unido
Clinical guidelines committee of the American College of P. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians (Qaseem et al., 2017)	2017	Estados Unidos
National clinical guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy (Stochkendahl et al., 2018)	2018	Dinamarca
Ketenzorgrichtlijn Aspecifieke Lage Rugklachten (Genootschap et al., s/f)	2010	Holanda
Low back pain and radicular pain: assessment and management (Wambeke et al., 2017)	2017	Bélgica
Update on Current Care Guideline: Low back pain (Pohjolainen et al., 2014)	2011	Finlandia
Diagnostic triage for low back pain: a practical approach for primary care (Bardin et al., 2017)	2016	Austalia

De las guías relacionadas, 6 generaron recomendaciones para pacientes con dolor lumbar agudo, subagudo y crónico (Canadá, Finlandia, México, Filipinas, España y EE. UU.); dos guías se centraron en dolor lumbar agudo y crónico (Malasia y Holanda); dos guías se centraron en dolor lumbar agudo (Australia y Dinamarca) y una guía se centró en la lumbalgia crónica (Brasil).

En cuanto a diagnostico, 14 de las 15 guías presentaron recomendaciones frente a este aspecto (menos la guía estadounidense). En general se recomienda el triage diagnostico, realizar la apertura de historia clínica, el exámen físico y el exámen neurológico (dolor radicular, fuerza muscular, reflejos y sensibilidad); solo tres guías recomiendan otros tipos de evaluación (palpación, postura, y rangos de movilidad de la columna vertebral). En cuanto a utilización de imágenes diagnósticas se recomiendan en todas las guías, pero la mayoría considera solo realizarlas en presencia de banderas

rojas, cuando el dolor persista mas allá de 4 a 6 semanas o cuando los resultados varíen el tratamiento. Finalmente se recomienda la evaluación de factores psicosociales (banderas amarillas), o que se combinen con herramientas de detección de pronóstico validadas; se recomienda que estas sean valoradas en la primera o segunda consulta (Oliveira et al., 2018).

Frente al tratamiento, todas las guías proporcionaron recomendaciones: se recomendó evitar el reposo en cama, motivar a los pacientes a mantener las actividades normales de los pacientes y alentar a los pacientes sobre el pronóstico favorable de la enfermedad, mas allá de la sintomatología o su duración presentada. En cuanto a medicamentos, 14 guías recomendaron el uso de medicamentos anti inglamatorios no esteroideos (considerando los efectos adversos), 10 de las 15 guías recomendaron el uso de acetaminofen; tambien se recomiendan los medicamentos opiáceos, los antidepresivos y los relajantes musculares. Se recomendó en 13 guías realizar derivación a un especialista cuando se sospeche de patologías graves o radiculopatías, o si no hay mejoría en un periodo variable de 4 semanas a 2 años (Oliveira et al., 2018).

En cuanto a los tratamientos invasivos para lumbalgia no especificada: 5 guías recomiendan en contra el uso de inyecciones, cuatro guías tienen recomendaciones en contra para la denervación y 2 hacen recomendaciones a favor; dos guías mas reportan el uso de la cirugía o de la denervación por radiofrecuencia solo en caso de no mejoría psoterior al tratamiento conservador, con calificaciones de dolor de moderadas a intensas y una respuesta positiva a un bloqueo nervioso de la rama medial. La cirugía se recomien da cuando existe lumbalgia crónica debido a hernicas discales, intestabilidad espinal o trastornos degenerativos comunes (Oliveira et al., 2018).

La rehabilitación multidisciplinaria se recomendó en 9 guías. Abordar las estrategias psicosociales se recomendó en 11 guías. Todas las guías recomendaron las estrategias de ejercicio físico, aunque se identificó gran controversia sobre el tipo de programa de ejercicio mas adecuado (estiramiento, ejercicios de estabilización, etc) y su forma de ejecución (individual, grupal, ejercicio supervisado en el hogar). En cuanto a la manipulación espinal, 9 guías la recomendaron aunque con ciertas discrepancias en sus indicaciones, además se recomienda posterior a no mejoría despues de otros tratamientos o como parte de un tratamiento multimodal. Las recomendaciones de acupuntura tambien fueron inconsistentes, 4 guías recomendaron su uso, o como complemento de un programa de rehabilitación activa; tambien se encontraron recomendaciones en contra (Oliveira et al., 2018).

Hablando de los últimos datos que han generado las guías de práctica clínica para el año 2021, Meroni y colaboradores llevaron a cabo una revisión de las recomendaciones de las guías de práctica clínica de manejo de dolor lumbar encontradas en la literatura hasta el año 2020 (Meroni et al., 2021); en total consideraron los resultados de 10 guías de práctica clínica evaluadas mediante el instrumento de evaluación AGREE II y se extrajeron de ellas las recomendaciones consideradas como "excelentes", dentro de las cuales se identificaron como prácticas eficaces para el diagnóstico "llevar a cabo una anamnesis enfocada, un examen físico y neurológico para hacer una distinción entre dolor lumbar inespecífico, síndrome radicular y patología específica", "evaluar las señales de alerta, utilizando la anamnesis y el examen, para excluir una patología grave específica" y "evaluar los factores pronósticos (factores clínicos, psicosociales y laborales), directamente o en caso de no mejoría, para evaluar el riesgo de dolor lumbar crónico incapacitante (banderas amarillas, azules y negras) (Meroni et al., 2021).

Para el tratamiento, se identificó como prácticas sugeridas "instaurar prácticas de instrucción en comportamiento general, información, educación y autocuidado", terapia farmacológica con antinflamatorios no esteroideos, también se recomendó el uso de terapia psicológica (principalmente terapia cognitivo-conductual o relajación muscular progresiva), programas de actividad física y ejercicio terapéutico y de autocontrol (habilidades para afrontar el dolor) (estas últimas a través de programas de tratamiento multidisciplinares y rehabilitación interdisciplinar) (Meroni et al., 2021).

La revisión de Meroni y colaboradores fue complementada con la presentada por Corp y colaboradores en el 2021, quienes incluyeron en su revisión 17 guías de práctica clínica desarrolladas a lo largo del territorio europeo (Corp et al., 2020). Dentro de las recomendaciones identificadas estuvieron el asesoramiento y educación al paciente, permanecer activo y reincorporarse a las actividades cotidianas, la aplicación de terapia manual en conjunto con algún otro tratamiento, la aplicación de programas de intervención basados en ejercicio físico, terapias de tipo psicológico, y tratamientos multidisciplinares que incorporen el manejo psicológico y de ejercicio físico (Corp et al., 2020). La revisión de Jeremy y colaboradores dio como fruto las mismas recomendaciones al estudiar 17 guías de práctica clínica de manejo de dolor lumbar (Jeremy Y. et al., 2021)

De lo anterior se puede concluir que existe cierta línea de consenso sobre las prácticas benéficas y las contraindicadas para la atención de los pacientes con dolor lumbar; no obstante, no basta

únicamente con que los profesionales en salud que se desevuelven en este proceso conozcan las recomendaciones dadas por la evidencia; se ha identificado que esta patología está mediada en su atención por otros factores tales como los procesos de gestión subyacentes, así como las creencias de pacientes y profesionales en salud, que pudiesen favorecer o entorpecer el mismo.

5.1.3 Problemas de coordinación en la atención del dolor lumbar identificadas desde la literatura

A continuación, se describen algunas dificultades de índole cooperativo presentadas a lo largo del proceso de atención en pacientes con dolor lumbar.

- Adherencia a las recomendaciones de las guías de práctica clínica por parte de los profesionales en salud

Aunque se han comprobado las ventajas de uso de las guías de práctica clínica, algunos estudios han reportado dificultades en su uso y en la adopción de sus recomendaciones para abordar el dolor lumbar. Esto se ha estudiado a nivel mundial: por ejemplo, el estudio de De Souza y colaboradores encuestó a 189 fisioterapeutas sobre el cumplimiento de guías de práctica clínica, determinando que no hay una adherencia al haber un cumplimiento total de las pautas de entre el 5% y el 24% y un cumplimiento parcial de entre el 32% y el 75%; concluyeron entonces que los fisioterapeutas brasileros no usan la mejor evidencia disponible en las guías de práctica clínica en el tratamiento de pacientes con dolor lumbar (De Souza et al., 2017).

El estudio de Hanney y colaboradores (Hanney et al., 2016) respalda lo anterior al hacer una revisión de artículos que abordaban la adherencia de los fisioterapeutas a las guías de práctica clínica relacionadas con el dolor lumbar y encontraron una variabilidad de una no adherencia a las recomendaciones que variaba entre el 60% y el 78%, y una adherencia también variable entre el 22 y el 40%. Estos comportamientos también fueron observados en fisioterapeutas (Ladeira et al., 2015) y australianos (Keating et al., 2016).

En Colombia, el estudio de Trillos y colaboradores en el 2015 (Trillos MC et al., 2015), buscó hacer un comparativo entre la toma de decisiones de un grupo de profesionales en salud en el manejo del

dolor lumbar crónico y las indicaciones contenidas en la guía de práctica clínica COST B13 (low back pain: guidelines for its management LBP – GM), con la finalidad de identificar la integración de la mejor evidencia disponible descrita en esta guía en la práctica diaria habitual. Estos encontraron diferencias significativas entre lo que hacen los profesionales y lo que recomienda la evidencia en cuanto al diagnóstico: los rayos x fueron la herramienta diagnostica usada con mayor frecuencia, pero la guía no la recomienda para el dolor lumbar crónico ya que solo identifica deformidades estructurales; tampoco se recomienda por la guía aplicar como evaluación específica la percepción de dolor y la postura, aunque estas sí son aplicadas. En cuanto a la intervención el panorama no cambia: se reportó por los encuestados el uso frecuente de la termoterapia superficial, el masaje y el ultrasonido, los cuales cuentan en la guía de práctica clínica con niveles de evidencia D,C, C y D respectivamente, muy bajos para ser los mayormente utilizados; y en cuanto a las recomendaciones del uso de TENS, ejercicio físico y terapia manual (niveles de evidencia entre A y B), se evidenció que el 48% de los profesionales usan tanto el ejercicio físico como el TENS, no siendo así con la terapia manual, procedimiento que fue llevado a cabo solo por el 10% de los profesionales encuestados. Así el estudio concluye que existen diferencias importantes sobre las decisiones tomadas y la evidencia disponible consignada en las guías de práctica clínica.

Este mismo estudio pone en evidencia las causas por las cuales se piensa existe una brecha tan amplia: los profesionales aún no incorporan los resultados de la investigación en las decisiones de manejo del dolor lumbar crónico, hay insuficiente evidencia que sustente la eficacia y la efectividad de las técnicas utilizadas tradicionalmente en la intervención, aunque se reporta un número cada vez mayor de estudios, su calidad metodológica aún resulta poco rigurosa y ello da lugar a que se excluya de las revisiones sistemáticas y los metaanálisis una proporción significativa de investigaciones, el proceso de evaluación suele estar centrado en la observación y no siempre en la medición rigurosa, lo cual dificulta la posibilidad de establecer indicadores de proceso y desenlace en el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes y cerca del 50% de los profesionales encuestados realizan atención domiciliaria, que restringe el uso de las diferentes modalidades de intervención en dolor lumbar crónico y la disponibilidad de alta tecnología, el sistema de seguridad social en Colombia no cubre ni diferencia todas las pruebas diagnósticas, ni tipos de tratamiento recomendados en la LBP-GM y finalmente, las oportunidades de manejo interdisciplinario del dolor lumbar crónico inespecífico son restringidas (Trillos MC et al., 2015)

Frente a esto, el estudio de Mota da Silva y colaboradores (Mota da Silva et al., 2015) recopiló los resultados de varios artículos que estudiaban la posición de los profesionales en salud frente al uso de la práctica basada en la evidencia, encontrando que hay una diferencia significativa entre los estudios presentados que afirmaban que quienes habían recibido alguna instrucción previa al uso de la evidencia (82% vs 21%), una tasa de uso muy baja de manera semanal (solo el 8%) y mensual (entre el 20 y 60%), casi la mitad de los encuestados reportaban usar las bases de datos para la toma de decisiones clínicas siendo contradictorio esto con que la gran mayoría piensan que la medicina basada en la evidencia es importante.

Finalmente, la falta de tiempo se posicionó como la barrera más importante para el uso de la evidencia; se identificaron otras como la falta de acceso a literatura científica en el trabajo, la falta de políticas en el trabajo para estimular el uso de evidencia, la falta de capacitación en el trabajo para usar la evidencia, la incapacidad para hacer cambios en el lugar de trabajo, la falta de interés en los empleadores, la falta de habilidades en la búsqueda de evidencia, para evaluar críticamente un artículo y para la interpretación estadística, la falta de recursos para realizar una estrategia de búsqueda, la falta de acceso a computadores y de equipamiento tecnológico, y relacionadas con la dificultad para la generalización de los datos para el paciente (Mota da Silva et al., 2015).

El estudio de Hanney y colaboradores (Hanney et al., 2016), identificó mediante una revisión de literatura que la adherencia y el consecuente cumplimiento de las recomendaciones de las guías de práctica clínica por parte de los profesionales en salud contribuye a disminuir la utilización y los costos de atención médica recomendadas en el dolor lumbar. Por una parte, los pacientes que fueron intervenidos a partir de recomendaciones de las guías de práctica clínica en su tratamiento para el dolor lumbar tuvieron menos consultas con Fisioterapia frente comparado con los que no (diferencias de 6.2 a 15 visitas respectivamente); también encontraron una disminución de costos de 37 dólares americanos en pacientes que eran atendidos por profesionales en salud que eran adherentes a las recomendaciones de las guías de práctica clínica frente a los que no, y un aumento de costos de 167 dólares americanos en pacientes no adherentes frente a pacientes adherentes al tratamiento. Los costos totales de los servicios adherentes a las recomendaciones de las guías de práctica clínica fueron menores ($845.57; en otro estudio $562) en comparación con los que recibieron atención no basada en las recomendaciones de las guías de práctica clínica ($884.94; en otro estudio $729).

Otras medidas también fueron valoradas en este estudio: en cuanto a tratamientos con medicamentos, los pacientes que realizaron tratamiento adherente tuvieron un gasto de $76.43 en comparación con los que no tuvieron tratamiento adherente, los cuales gastaron $98.85 en medicamentos en un lapso de 18 meses; este comportamiento se mantuvo en un estudio a dos años (gasto promedio de $886.27 en medicamentos recetados, en comparación con quienes no tuvieron tratamiento adherente, los cuales gastaron en promedio $1233.91). Por otra parte, se necesitó la toma de resonancia magnética en menor medida para los pacientes que tuvieron tratamiento basado en las recomendaciones de las guías de práctica clínica (8,3% de la población necesitó una RMN posterior a un año) en comparación con los que no (15,9%).; estos resultados se mantuvieron a 18 meses (38,9% vs 43,9%) y a dos años (17% vs 22,7%) (Hanney et al., 2016).

El hecho de utilizar las recomendaciones de las guías de práctica clínica también evita la necesidad de recurrir a procedimientos invasivos: se ha evidenciado como los pacientes que tuvieron tratamiento adherente a las guías de práctica clínica tuvo una tasa de utilización de procedimientos quirúrgicos del 3,8% en comparación con el grupo no adherente de 3% a un año; a 18% meses se mantuvo el comportamiento (5,1% vs 8,1%) y a dos años (2,6% vs 3%). De igual manera se comporta el uso de procedimientos de infiltración a un año (9,1% vs 15,9%), a 18 meses (12,6% vs 17,8%) y a dos años (11,,7% vs 13,8% (Hanney et al., 2016).

Se evidencian pues múltiples brechas entre lo propuesto por las guías de práctica clínica en términos de la evaluación de las señales de alerta, el uso de imágenes de diagnóstico, el asesoramiento sobre la baja por enfermedad y la actividad continua, la administración de algunos medicamentos y la recomendación de tratamientos conservadores y lo realizado por los profesionales de atención para el dolor lumbar (Scott et al., 2010). Por ejemplo, el estudio de Klein y colaboradores disminuyó el uso de procedimientos diagnósticos y terapéuticos de los que no se tiene evidencia científica de su eficacia pero aun así se usan en el tratamiento del dolor lumbar (imágenes diagnósticas y derivaciones a consultas especializadas) e implementaron estrategias educativas en los médicos de atención primaria; mediante estas acciones se disminuyó la visita al cirujano de columna en un 50% y las tasas de cirugía de columna por cada mil miembros del plan de salud en un 35% (Klein et al., 2000).

Otro hallazgo importante se encontró en el estudio de Ross y colaboradores quienes ya habían mencionado la no existencia de diferencias significativas entre el tratamiento prescrito por los médicos de familia y los fisioterapeutas pertenecientes a la fuerza aérea de los Estados Unidos en el manejo del dolor lumbar; de hecho, encontraron que aunque no hubo diferencias significativas en las puntuaciones relacionadas con el conocimiento, las actitudes y la utilidad de las guías de práctica clínica, los fisioterapeutas si tenían mayor posibilidad para recomendar los tratamientos farmacológicos correctos y de usar las estrategias óptimas para los pacientes con dolor lumbar agudo comparado con los médicos de familia (Ross et al., 2014).

Este mismo autor se encargó de transpolar estos resultados a médicos y fisioterapeutas no pertenecientes a la Fuerza Aérea estadounidense entendiendo que estos reciben entrenamiento diferencial frente a la población civil. Sin embargo, los resultados no fueron diferentes pues también se encontró que no hubo diferencias significativas en los puntajes de conocimiento, las actitudes y en la utilidad de las guías de práctica, aunque sí en el conocimiento sobre estrategias de manejo óptimas para pacientes con dolor lumbar en las cuales no hubo diferencia. Si se observó diferencia en que los fisioterapeutas tuvieron menos dificultades para evaluar los niveles de motivación de los pacientes con dolor lumbar y en la percepción del efecto positivo /negativo sobre la historia natural de la lumbalgia (Ross et al., 2018).

Así pues, estos dos estudios ponen de manifiesto las implicaciones que pueden tener para los pagadores y administradores de atención médica la utilización de fisioterapeutas en el tratamiento de pacientes con dolor lumbar mediante el acceso directo a estos y su posicionamiento en hospitales y clínicas de atención primaria, evitándose el paso tradicional por el médico general o familiar en el centro médico de atención primaria disminuyendo los costos de estas atenciones de referencia (Ross et al., 2018).

- Problemas de coordinación inter e intrainstitucionales

Los problemas de coordinación se definen como problemas de interacción dentro de las organizaciones y entre ellas, de diversas maneras y en grados variables, que pudiesen generar consecuencias para las personas que padecen enfermedades múltiples; estos pudiesen ser netamente coordinativos en términos de decisiones, negociaciones y estrategias, política o administrativamente

a nivel nacional o departamental, o colaborativos refiriéndose a la interacción directa entre personas participantes (Melin Emilsson et al., 2020).

El principal objetivo de la coordinación en salud es "integrar acciones y servicios de salud al mismo o en diferentes niveles de la atención primaria de salud en los que diferentes profesionales utilizan mecanismos e instrumentos específicos para: planificar la asistencia, gestionar la flujo de pacientes, realizar el intercambio de información sobre usuarios y procesos auxiliares, ocuparse de las derivaciones (o no) y monitorear a los pacientes con diferente estado de salud necesidades con el fin de facilitar la prestación de una atención continua e integral en las áreas oportunas" (Aleluia et al., 2017).

Al hablar específicamente de coordinación clínica se mencionan dos modos interrelacionados (Aller et al., 2015)(Vázquez et al., 2015): por una parte, la coordinación de información clínica, que aborda el "uso de la información clínica de los pacientes para armonizar las actividades entre proveedores" y se compone de dos dimensiones: la transferencia de información clínica y su uso; por otra parte, la coordinación de la gestión clínica que hace mención a "la prestación de la atención en forma secuencial y de forma complementaria por los diferentes servicios y niveles asistenciales involucrados", y se compone de tres dimensiones: coherencia de la atención, seguimiento y accesibilidad en todos los niveles de atención.

Como desenlace de la falta de coordinación en la prestación de los servicios de salud se encuentra la predisposición a cometer errores en el diagnóstico y el tratamiento con mayor frecuencia, que pueden incrementar los costos del sistema y resultar en el uso inadecuado de los recursos, incrementar las barreras de acceso a los servicios de salud, listas de espera prolongadas, duplicación de pruebas diagnósticas y hospitalizaciones innecesarias (Aleluia et al., 2017), discontinuidad en la atención y el seguimiento a los pacientes (Vázquez et al., 2017), dificultades para la incorporación de las preferencias del paciente en las opciones y los procesos de atención (también llamada atención centrada en el paciente) (Minvielle, 2019), ingresos hospitalarios aumentados en los servicios de urgencias (Tricco et al., 2014), y la dificultad de interacción entre cada servicio con el que cuenta la institución, los cuales requieren una "derivación, evaluación y planificación e implementación del tratamiento por separado" que generaba pérdida de eficiencia y una sensación de intrusión entre servicios (Dziedzic et al., 2016).

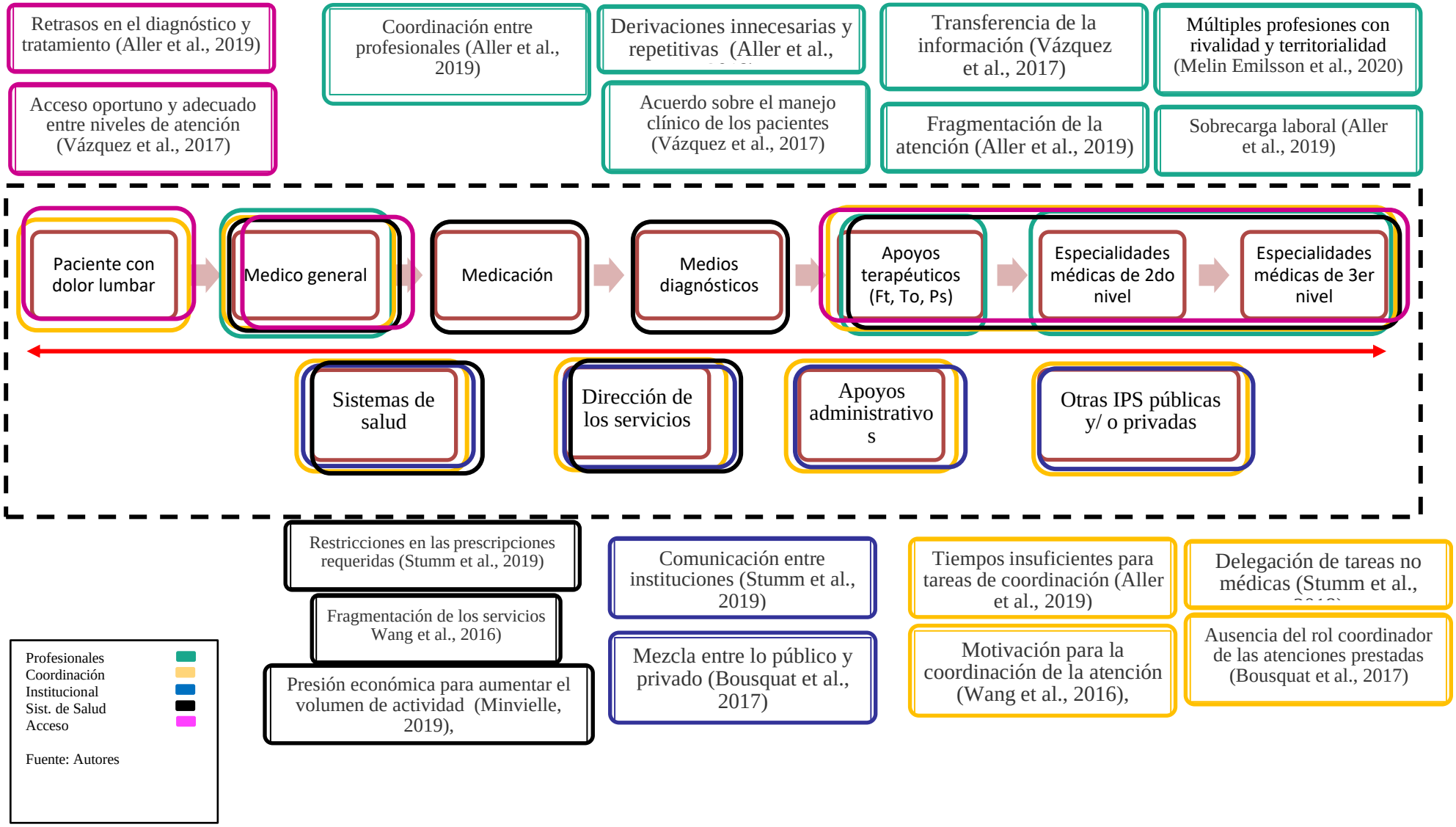
Algunas otras cuestiones que han contribuido al aumento de la brecha en la coordinación en las organizaciones de salud se relacionan con la configuración y el relacionamiento de las distintas profesiones dentro de la organización, las cuales tienen un pensamiento territorial y con tinte rival (Melin Emilsson et al., 2020), dificultades en la transferencia de la información, el acceso adecuado y oportuno entre niveles de atención y el acuerdo sobre el manejo clínico de los pacientes (Vázquez et al., 2017), dificultades para la definición del rol coordinador de las atenciones prestadas y la mezcla de lo público / privado en la prestación de los servicios contratados y prestados (Bousquat et al., 2017), la intensificación de la presión económica para aumentar el volumen de actividad en los servicios de salud (Minvielle, 2019), la fragmentación de los servicios y la falta de motivación para la coordinación de la atención (Wang et al., 2016), las dificultades para la delegación de tareas no médicas (administrativas, sociales o legales), las restricciones para la prescripción y prestación de servicios requeridos por los pacientes según lo indicado por los sistemas de salud en términos económicos, la necesidad de revisión médica en condiciones de salud que no lo requieren explícitamente o que pudiesen realizarse por otro profesional sin que el paciente sea revisado por un médico, las dificultades de comunicación entre proveedores de salud internos (hospitalarios) y externos (domiciliarios y/o comunitarios) (Stumm et al., 2019), tiempos insuficiente para desarrollar las actividades necesarias para la coordinación de la atención y la fragmentación de la atención, retrasos en el diagnóstico y tratamiento, derivaciones innecesarias y repetitivas, dificultad en la coordinación entre profesionales de los diferentes niveles de atención, sobrecarga laboral por parte de los profesionales (Aller et al., 2019), entre otras.

El siguiente diagrama resume los problemas de coordinación identificados en la literatura, aplicados al proceso de atención del dolor lumbar analizado en el presente trabajo de grado: interno a la línea punteada de color negro, encontramos a los diferentes actores invoucrados en el proceso; en los recuadros de color rosa identificamos las dicifultades relacionadas con el acceso a los servicios de salud, en los recuadros de color verde se enuncian los relacionados con el actuar de los profesionales de salud pertenecientes al proceso, en color azul se encuentran las relaciones establecidas entre las diferentes instituciones de salud involucradas, en color negro se encuentran los relacionados con las condiciones de atención establecidas por el sistema de salud, y finalmente en color amarillo, identificamos las dificultades netamente coordinativas existtentes en la isntitución frente a los procesos necesarios a desarrollar para la atención del paciente con dolor lumbar.

Resaltamos la ocurrencia de los problemas identificados en los diferentes actores y secuencias de interacción, evidenciando todos se encuentran atravesados por todas las clases de dificultades identificadas, en mayor o menor medida; no obstante, observamos que los profesionales en salud y el paciente son los mayormente afectados dentro del proceso

Diagrama 5-1

Problemas de coordinación en la atención del dolor lumbar identificados en la literatura y aplicados a los actores del proceso analizado



Lo anterior genera entonces la necesidad de pensar la organización de los prestadores de servicios de salud de manera diferencial frente a esta enfermedad, con el fin de disminuir las dificultades de coordinación y atendiendo a las recomendaciones ya dadas por la evidencia, que sugieren que las intervenciones en salud sobre el dolor musculoesquelético con un más alto nivel de evidencia son aquellas que adoptan un enfoque biopsicosocial mediante el uso de estrategias adaptadas al individuo en términos de autocontrol, psicoeducación, enfoques conductuales, elementos farmacológicos y estrategias activas basadas en el movimiento, mediante un equipo multidisciplinar que coordina las relaciones entre los pacientes, sus familias, los profesionales de salud y el sistema de salud (Speerin et al., 2014).

Sin duda alguna, el concepto de disease management nos habla de un modelo de atención que implica modificaciones en la manera en que actualmente está estructurada la prestación de servicios de salud en pacientes con dolor lumbar. Con la creciente incidencia de las enfermedades musculoesqueléticas, los sistemas de salud se han enfrentado a demandas específicas para las intervenciones implicando pasar de modelos de atención a modelos en los cuales implican proveer atenciones coordinadas, integradas y basadas en equipos para lograr una mejor salud de la población (Ellner & Phillips, 2017), soportadas en la mejor evidencia disponible (Speerin et al., 2014).

La adopción de estrategias que permitan disminuir las brechas entre la práctica clínica, el diseño y la planificación de servicios de salud, los profesionales en salud y la carga de los mismos, permitirá optimizar la capacidad de respuesta de los sistemas de salud mediante una atención sostenible y con las mejores prácticas para lograr adecuados resultados de salud y así mismo la eficiencia del sistema (Briggs et al., 2015), generando una coordinación más efectiva de los servicios y profesionales que tratan los pacientes con dolor lumbar así como las relaciones con estos.

La resultante de lo anterior es una significativa mejoría en los pacientes al usarse herramientas como la comunicación entre el profesional y el paciente y entre los profesionales tratantes (esto último entendido desde el rol de cada uno) (Beyer et al., 2018), cambios en la percepción de los pacientes sobre la enfermedad y un tratamiento multidisciplinar tanto desde lo ocupacional como desde lo profesional (Suman et al., 2015); (Lambeek et al., 2007), la inclusión de profesionales tanto en el entorno hospitalario como comunitario de múltiples disciplinas (fisioterapeutas, médicos, y psicólogos, entre otros) (Campello et al., 2012), la implementación de las mejores prácticas basadas en la evidencia para el tratamiento, el uso de un coordinador de atención, la implementación de

programas de autocuidado, el uso de sistemas de derivación de pacientes y la detección de riesgos psicosociales (Staiger et al., 2010).

Acciones de este tipo permitirían la adopción de sistemas sanitarios más eficiencias, tales como los propuestos por el foro económico mundial junto con McKinsey & Company, quienes sugirieron 6 estrategias genéricas para mejorar la eficiencia de los sistemas sanitarios: "1. Acercarse al paciente y seguir sus patrones de comportamiento; 2. Reinventar el modelo de entrega mediante el uso de tecnologías probadas; 3. Enfrentarse a las suposiciones profesionales y las "habilidades adecuadas" de la fuerza laboral; 4. Estandarizar los procedimientos siempre que sea posible; 5. Pedir prestados los activos de otra persona y 6. Abrir nuevas fuentes de ingreso en todos los sectores", a través de una cadena de valor progresiva que implica la prestación de cuidados, monitorear / prevenir, diagnosticar, preparar / intervenir, recuperar / rehabilitar y monitorear / manejar (McKinsey & Company, 2010).

La coordinación de estas actividades implica cambios profundos en la forma en que se organiza, administra y brinda la atención al paciente, haciendose necesario inventar nuevos enfoques (Minvielle, 2019), modificando la estructura organizacional (citado en Parra Moreno & Liz, 2009) a través de procesos de rediseño organizacional que impliquen variaciones en los sistemas de pago y el entorno físico, la estandarización de procesos cambiando roles y responsabilidades, formando equipos, localizando a los profesionales en una determinada unidad o realizando contrataciones adicionales (Buljac-Samardzic et al., 2020).

Una manera de implementar cambios en la estructura y diseño organizacional, son los modelos de atención, los cuales son facilitadores de cambio con el potencial de generar reformas en los sistemas de salud e influir en la práctica clínica a través de enfoques integrados y centrados en las personas (Chehade et al., 2020). Estos permiten brindar atención adecuada a las personas, en el momento adecuado, por el equipo adecuado (interdisciplinares y competentes), y en el lugar y con los recursos adecuados, mejorando así el acceso y la calidad de la atención médica y el uso eficiente de recursos (Chehade et al., 2020).

Los modelos de atención han sido reconocidos como habilitadores de sistemas que ayudan a traducir la evidencia en políticas y prácticas clínicas de manera que sea posible no solo saber qué atención prestar sino también cómo hacerlo tanto de manera macro (a nivel de los sistemas de salud), como

en los niveles meso (a nivel de los servicios de salud) y micro (en la interfaz clínica) (Briggs et al., 2016). Estos implican proveer atenciones coordinadas, integradas y basadas en equipos para lograr una mejor salud de la población (Ellner & Phillips, 2017), soportadas en la mejor evidencia disponible (Speerin et al., 2014) mediante la alineación de evidencia, política y practica en salud.

Existen modelos en funcionamiento en la actualidad como el programa STarT Back (Dziedzic et al., 2016),o The SPLIT Proyect (Caeiro et al., 2019), los cuales ya se encuentran poniéndose a prueba para la atención del dolor lumbar desde una perspectiva diferencial en la que otros profesionales de salud como los fisioterapeutas se proponen como profesionales de atención primaria en salud mediante modelos de atención diferenciales. Estos programas han demostrado reducir el tiempo de baja laboral y ahorrar dinero al hacer un mejor uso de los recursos de salud mediante un costo promedio de atención médica más bajo (promedio 34,39 euros por paciente y ahorros para la sociedad de 675 euros por paciente) (Hill et al., 2011).

En países subdesarrollados como Colombia, son los entornos de atención primaria en salud APS (entendida esta según la OMS como el primer nivel de contacto de las personas, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud) (World Health Organization, 2020) a donde los pacientes con enfermedad musculoesquelética recurren en primera medida. No obstante, se ha observado que estos no cuentan con un modelo de atención o prestación de servicios, estandarizado, que permita de manera óptima que la atención específica de la condición esté disponible y sea entregada a los consumidores con afecciones musculoesqueléticas por varias razones: en la estrategia de APS se presta atención a las personas de manera generalizada, con morbilidades múltiples, y con una numerosa demanda de pacientes (Dziedzic et al., 2016).

El modelo de salud colombiano actual, funciona, como funcionaba el modelo de atención en salud en Canadá para 1994: “la atención se brindaba como servicios específicos de la disciplina y cada servicio requería una derivación, evaluación y planificación e implementación del tratamiento por separado. Se reconoció que había una duplicación de servicios que resultaba en la pérdida de eficiencia (mayor tiempo de viaje, mayor tiempo de gráficos) y, a menudo, falta de continuidad de la atención y una sensación de intrusión dada por los múltiples proveedores por parte de los clientes” (Dziedzic et al., 2016). Esto generó en Canadá una reevaluación de este en este año, en donde se

propuso la institución de un modelo de terapeuta primario el cual sigue vigente a hoy, con excelentes resultados en la atención.

- Adherencia al tratamiento

Un hallazgo importante es la brecha de autogestión datada por Moore y Jull, quienes reflexionaron sobre la necesidad de la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes (Moore & Jull, 2010)**;** teniendo en cuenta que los pacientes con dolor lumbar necesitan mantener un estilo de vida activo, se han prescrito programas de ejercicio en casa de los cuales se ha documentado tienen un mayor incremento en la función física los pacientes que logra una mayor adherencia en comparación con los adherentes pobres (Di Fabio et al., 1995). Sin embargo, aunque el paciente se da de alta de los servicios de salud empoderado, con una adherencia importante a su tratamiento, con conocimiento profundo de sus beneficios, sus problemas de salud y clínicamente mejorados (Sokunbi et al., 2010), estos refieren no tener la intención de continuar con su plan de ejercicio en casa en un porcentaje de entre el 50% y el 70% (Friedrich et al., 1998).

Según lo encontrado por Beinart y colaboradores quienes realizaron una búsqueda en bases de datos sobre la adherencia al tratamiento en pacientes con dolor lumbar, en donde analizaron 11 estudios con una muestra total de 1088 pacientes, determinaron la influencia de factores individuales asociados con el cumplimiento como los niveles de motivación, un menor autocontrol sobre el dolor lumbar, el nivel de angustia, y una percepción de mayor discapacidad; adicionalmente encontraron factores relacionados con las intervenciones prescritas como la participación en un programa de cambio comportamental, la aplicación de estrategias motivacionales, la ocurrencia de refuerzo positivo, el tipo de ejercicio prescrito, la participación en el desarrollo del programa de ejercicios, el seguimiento regular y la supervisión por un profesional de la salud (Beinart et al., 2013).

- Creencias de los agentes involucrados

Las creencias propias, tanto de los profesionales de la salud como de los pacientes también representan brechas importantes entre estas y lo planteado por las recomendaciones de las guías de práctica clínica. Los profesionales sanitarios piensan que en el manejo del dolor lumbar “las pautas son categóricas, prescriptivas y limitan la práctica profesional, que las prácticas clínicas populares reemplazan a las pautas basadas en evidencia y que las imágenes pueden usarse para gestionar las

consultas", reflejándose así la falta de conocimiento del contenido y la comprensión de cómo se desarrollan las pautas de las GPC (Slade et al., 2015).

Por otra parte, al preguntarse a los pacientes sobre los factores o eventos que conllevaban la disminución del dolor lumbar referían en orden de frecuencia: la aplicación de calor / frío (66%), la ingesta de medicamentos (64.1%), el reposo (60%), la realización de actividad / ejercicio físico (55.7%), consultar a un profesional de la salud (39.7%), realizar ejercicios de estiramiento / terapéuticos (38.1%), y descansar de actividades agravantes (34.3%) y cambios psicológicos (31.3%); es de resaltar que, lo referido por los pacientes va en contravía por lo mencionado como las estrategias con mejor evidencia científica en las guías de práctica clínica para la mejoría del dolor lumbar (Setchell et al., 2019). También existe una brecha importante entre lo que creen los pacientes es el mejor manejo que el profesional de salud tratante debe instaurar y lo que realmente se debe instaurar: los pacientes mencionan asociar su dolor de espalda a un daño en su disco intervertebral o un nervio atrapado sin fundamento alguno, también esperan a que un médico general pueda decirles con exactitud la causa del dolor lumbar y a que se les prescribiera al menos una radiografía (Klaber Moffett et al., 2000).

5.1.4 El panorama del dolor lumbar en Colombia

- Epidemiología del dolor lumbar en Colombia

Para Colombia, en las revisiones de bases de datos realizadas no se encontraron estudios globales de impacto de esta condición para el país de tipo epidemiológico o etiológico. Lo que si se encontraron fueron algunas medidas específicas para algunas poblaciones colombianas como las fuerzas militares y organizaciones de diversas industrias, en donde se estudió el dolor lumbar ligado principalmente al ámbito ocupacional. Para ejemplificar, el estudio de Ortiz-Mayorga realizado en el 2014 (Ortiz Mayorga, 2014) estudió una población de pilotos y técnicos de mantenimiento en una aerolínea comercial colombiana, en donde se encontró una prevalencia del dolor lumbar en los pilotos encuestados del 71%, siendo, los factores asociados a este el haber pertenecido anteriormente a fuerzas militares o públicas, la exposición ocupacional a carga física y los tiempos de trabajo. Para el personal en tierra encuestado, la prevalencia fue del 65% y los factores asociados fueron,

asimismo, haber pertenecido con anterioridad a fuerzas militares o públicas y la carga mental. En general, se determinó una prevalencia del 49% de dolor lumbar en la muestra general y un 65% de prevalencia en cuanto al dolor lumbar crónico.

Otra investigación realizada en Manizales, Colombia por Duque y colaboradores en el 2011, estudió una población de enfermeras y enfermeros (233 sujetos, con edad promedio de 34 años) en donde se encontró una prevalencia del 67,8% de la población en general, discriminando esto para mujeres encontrando un 66,8% y un 75% para hombres. Este estudio buscó predominantemente asociar el dolor lumbar con las movilizaciones de pacientes realizadas de manera diaria por cada sexo, y aunque se encontró que los hombres realizan un mayor número de movilizaciones (11,1 pacientes / día), frente a las mujeres (5,5 pacientes / día), no se observó correlación significativa (Duque et al., 2011).

Tampoco en Colombia han sido realizado estudios de impacto para determinar el impacto del dolor lumbar en términos de ausentismo laboral, costos indirectos y directos entre otras medidas económicas; no obstante, se han realizado algunos estudios tomando poblaciones pequeñas en diferentes ciudades del país. Por ejemplo, el estudio de Penagos Moreno y García Saa realizado en Cali, Colombia en el 2016 encontró que en una población de trabajadores de un proveedor de servicio de salud, un 64,5% de los trabajadores habían sufrido un accidente de trabajo el cual había desencadenado en una carga al sistema con 598 días perdidos; de estos, 224 fueron como consecuencia de un diagnostico de dolor lumbar inespecífico (Penagos Moreno & García Saa, 2016).

Otro estudio realizado en esta misma ciudad (Arce-Eslava et al., 2015) determinó los costos por tratamiento e incapacidad en los trabajadores con diagnósticos asociados a dolor lumbar afiliados a una EPS entre los años 2008 y 2011. Se analizaron los datos de costos, tipo de tratamiento e incapacidad para un total de 402 pacientes, de los cuales la fisioterapia fue el menos común de los tratamientos utilizados con un costo de 2.564.334 de pesos colombianos promedio por año, mientras que el tratamiento médico fue el mayormente utilizado con costo promedio de 42.555.106 de pesos colombianos por año. En general, los costos generados por este evento fueron en promedio de 14.800.00 pesos colombianos por año, solo en esta entidad prestadora de servicios de salud.

En cuanto a la frecuencia de incapacidades, la mas alta correspondió al rango de menos de tres días (79,4%, costo general: 2.031.640 pesos colombianos, costo promedio por persona: 27.088 pesos

colombianos) seguido de las que utilizaron entre 4 y 90 días (19,6%, costo general: 28.123.055 pesos colombianos; costo promedio por paciente: 315.989 pesos colombianos). Los investigadores reportaron una tendencia al aumento año tras año de las tres variables observadas, aumentando pues el número de personas con dolor lumbar y sus implicaciones económicas (Arce-Eslava et al., 2015).

El estudio de Tolosa-Guzmán y colaboradores en 2017 (Tolosa-Guzman et al., 2017), quienes también estudiaron la prevalencia del dolor lumbar y su impacto en los días de incapacidad laboral, buscó identificar la prevalencia de desórdenes músculo esqueléticos en trabajadores del área administrativa y operativa de una empresa avícola de Bogotá, entre enero de 2014 y julio de 2017. Para ello estudiaron 537 trabajadores, encontrando una prevalencia de desórdenes musculoesqueléticos del 19.2%, representando la población masculina el 60% de los casos. De lo anterior se desataca que la región lumbar fue el segmento mas comprometido frente a otros segmentos (por ejemplo, miembros superiores) y el diagnostico de dolor lumbar fue la causa de ausentismo laboral más frecuente, con un promedio de días de incapacidad de 4,2 para mujeres y 7,5 para hombres.

El estudio de Piedrahita realizado en el 2005 recoge el panorama para este año del impacto de las enfermedades musculoesqueléticas sobre el sistema de salud colombiano y las aseguradoras de riesgos laborales al cual se encontraban inscritos 4.945.998 personas de las 20.199.367 que hacían parte de la fuerza productiva del país para este año. Para el año 2004, se presentaron 2,3 casos de enfermedad laboral por cada 10.000 trabajadores, ocurriendo 1.105 casos en este año; este estudio pronosticó para el 2005 una ocurrencia de 23,477 casos, con una tasa de 11,6 casos por cada 10.000 trabajadores. Para el 2001, se indicó que los principales diagnósticos de enfermedad laboral fueron el síndrome de túnel del carpo y el dolor lumbar, con un 26% y 14% respectivamente (Piedrahita, 2006).

- Organización del sistema de salud colombiano para la atención del dolor lumbar

Aunque el sistema de salud ha avanzado en términos de cobertura, acceso y equidad a través de la expansión en los servicios de salud de índole privada (lo que ha implicado mayor complejidad tecnológica e incremento de la capacidad instalada servicios de emergencias), existen carencias en términos de competencias y perfiles en el recurso humano destinado a la prestación de los servicios

primarios en salud y en la oferta de esta atención primaria (los cuales presentan obsolescencia tecnológica); esto ha generado un represamiento en las demandas en salud y ha disminuido la capacidad resolutiva de los casos de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

En los niveles de complejidad medio y alto se ha evidenciado una utilización inadecuada de los recursos especializados que pudiesen de manera parcial ser subsanados desde las acciones de promoción y prevención, así como una disminución de la oferta en servicios públicos de estos niveles de atención (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

El ministerio de salud y protección social ha identificado que la atención en el país se está dirigiendo en los últimos tiempos hacia los niveles superiores de complejidad: mientras en el primer nivel de atención la ocupación no alcanza el 40%, en el segundo y tercer nivel se encuentran por encima del 97% y 91% respectivamente. Las causas de estas situaciones tienen que ver con la debilidad de los procesos de referencia y contra referencia adecuados, el intercambio inexistente de la información de registros clínicos entre prestadores y aseguradores, así como los fallidos procesos de articulación entre prestadores de las diferentes redes de atención en salud, debilitando la capacidad de prestar servicios coordinados de salud y con la calidad requerida, disminuyéndose a su vez la capacidad resolutiva de los servicios de baja complejidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Otra falencia identificada en el actual sistema radica en el comportamiento creciente de la oferta de servicios, que no necesariamente se encuentra ligado a las necesidades y condiciones de la demanda: se han incrementado las actividades realizadas en términos de números, y no en cualidades dirigidas hacia la búsqueda de resultados específicos relacionados con la accesibilidad, la aceptabilidad, la oportunidad, la integralidad, la continuidad y la capacidad resolutiva de dichas acciones, que pudiesen mejorar las acciones en términos de promoción de salud y prevención de la enfermedad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

El diseño del sistema de salud ha favorecido lo mencionado previamente, al proponer un enfoque de cobertura de las contingencias en salud derivadas de la enfermedad, posicionando a la enfermedad como el objetivo del sistema y no la integralidad en la atención, incrementando las acciones hospitalarias requeridas para la enfermedad, lo que a su vez aumenta el riesgo en salud y el gasto médico, y alejándose de la atención centrada en el paciente, la familia y la comunidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

La ley estatutaria de salud del 2015 buscó reorientar las falencias del sistema de salud mencionadas previamente mediante un enfoque colectivo en salud a través de la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la rehabilitación de sus secuelas; lo anterior a través de acciones individuales y colectivas y el establecimiento de un modelo integral de atención intersectorial, en donde prima el autocuidado como deber primordial del individuo, la familia y la comunidad (Ley estatutaria 1751 de 2015, 2015).

Se creó entonces la política de atención integral en salud, PAIS, que actúa a través de cuatro estrategias centrales:la atención primaria en salud con enfoque de salud familiar y comunitaria, el cuidado y autocuidado, la gestión integral del riesgo en salud, y el enfoque diferencial de territorios y poblaciones. Para operacionalizar lo propuesto, se creó el denominado Modelo integral de Atención en Salud MIAS, el cual adopta herramientas que permiten coordinar las acciones de los agentes de los sistemas y hacia procesos clínicos que comprendan la totalidad de la condición de salud de los pacientes; sus resultados se manifiestan en ganancias de salud o reducción de la discapacidad (Resolución 429 de 2016, 2016).

El modelo organiza las poblaciones según su curso de vida y los grupos de riesgo identificados, y también según el riesgo (lesiones y enfermedades) consideradas prioritarias para el sistema de salud, los cuales presentan características similares en términos de eventos en salud pública, con mecanismos fisiopatológicos comunes factores de riesgo relacionados, desenlaces clínicos similares y que requieren estrategias de abordaje eficientes en la entrega de los servicios; de esta manera se identifican los siguientes grupos: grupos sociales de riesgo, enfermedades de alta frecuencia y cronicidad, enfermedades prioritarias en salud pública, enfermedades con tratamientos de alto costo, condiciones intolerables para la sociedad y, enfermedades de alto costo) (Resolución 429 de 2016, 2016).

Actualmente en el país se establece 16 grupos de riesgo definidos y priorizados según las agrupaciones de condiciones de salud identificadas, tales como alteraciones cardio – cerebro, vascular – metabólicas manifiestas, infecciones respiratorias crónicas, alteraciones nutricionales, trastornos degenerativos, neuropatías y autoinmunes, entre otras. Vale la pena resaltar en esta caracterización no se destacan las enfermedades musculoesqueléticas como grupo de riesgo

llamativo para el ministerio de salud y protección social (Ministerio de de Salud y Protección Social, 2016).

- Las guías de práctica clínica en Colombia

Históricamente, en Colombia se inició a hablar de GPC en los años noventa, cuando el Instituto de Seguros Sociales publicó algunas GPC en asocio con la Universidad Javeriana; no obstante, con la resolución 412 del 2000 se hizo de obligatorio cumplimiento el establecimiento de "actividades, los procedimientos y las intervenciones costo-efectivas de obligatorio cumplimiento por desarrollar en forma secuencial y sistemática en la población" (Gómez-Sánchez & Gaitán Duarte, 2013). En la actualidad, el uso de las GPC en Colombia es de obligatorio cumplimiento para las instituciones prestadoras de servicios de salud, y se encuentra estipulado en la resolución 3100 de 2019, "por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud" (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019) con antecedentes en la resolución 2003 de 2014 (Ministerio de de Salud y Protección Social, 2014)

Esta resolución indica que todo prestador de servicios de salud "debe contar con información documentada de las actividades y procedimientos que se realizan en el servicio acordes con su objeto, alcance y enfoque diferencial, mediante guías de práctica clínica- GPC, procedimientos de atención, protocolos de atención y otros documentos que el prestador de servicios de salud determine" incluyendo esto los aspectos de talento humano, equipos biomédicos, medicamentos y dispositivos médicos e insumas requeridos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019). Adicionalmente, refiere que las GPC a adoptar en primera medida son las dispuestas por el Ministerio de Salud y Protección Social y que, en caso de no estar disponibles o existir nueva evidencia científica que las actualice, el prestador podrá adoptar, adaptar o desarrollar GPC o protocolos basados en evidencia científica publicados nacional o internacionalmente. Las GPC a deben corresponder con las patologías de mayor frecuencia de presentación en el servicio.

Para lo anterior, el Ministerio de Salud y la Protección Social en el año 2014 desarrolló la *Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica con Evaluación Económica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano* (Ministerio de Salud y Protección Social & Fundación Santa Fé de Bogotá, 2014) la cual indica como formular, redactar, preparar, validar y

difundir una GPC, y el *Manual de implementación de guías de práctica clínica basadas en evidencia, en instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia,* el cual plantea el proceso de implementación de las GPC en fases: planeación y construcción del plan de implementación, ejecución de las actividades de implementación y monitorización y seguimiento de la implementación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Al día de hoy, el ministerio de salud y protección social colombiano cuenta con 58 GPC las cuales se centran en patologías de tipo psiquiátricas, oncológicas, algunas reumatológicas, metabólicas, neurológicas, respiratorias, de transmisión sexual y asociadas a eventos del ciclo vital como crecimiento y desarrollo en infancia, embarazo y parto (Ministerio de salud y protección social, 2020). Para dolor lumbar no se cuenta con una GPC explícita; se cuenta con la *Guía de Atención Integral Basada en la Evidencia para Dolor Lumbar Inespecífico y Enfermedad Discal Relacionados con la Manipulación Manual de Cargas y otros Factores de Riesgo en el Lugar de Trabajo (GATI- DLI- ED),* la cual fue publicada en el año 2006, no ha presentado actualizaciones recientes, y como su nombre lo indica, tiene un enfoque predominantemente laboral (Ministerio de la Protección Social, 2006).

En general se observa dificultades en el abordaje de esta patología en Colombia dado que no se evidencian estadísticas juiciosas de la incidencia y prevalencia de esta enfermedad, ni documentación a profundidad de origen colombiano que sugiera un manejo adaptado para la población nacional. Esto dificulta la estandarización del manejo del dolor lumbar, dejando a libre decisión de las instituciones prestadoras de salud la manera en la cual se aborda esta condición de salud tan prevalente y con tan alto impacto no solo en lo económico, sino también en lo laboral, social e individual.

A la luz del concepto de disease management y siendo este traspasado por todo lo descrito por la evidencia y por lo vivido en la experiencia, es posible concluir que el dolor lumbar como patología de alta incidencia, prevalencia y carga económica no está siendo gestionado de la manera que este concepto plantea. La importancia de la gestión del dolor lumbar basado en lo dicho por la gestión de la enfermedad, radica en la efectividad del control de la enfermedad y la reducción de costos que ha sido comprobado en otras patologías, reafirmando la aplicación de este modelo al objeto de estudio del presente trabajo de grado.

5.2 Procesos de atención del dolor lumbar en una IPS en Bogotá

El proceso de atención con un paciente que consulta a la IPS se inicia con la solicitud de una consulta de primera vez por medicina general. Para este primer paso, el paciente puede solicitar su consulta a través de los canales de contacto establecidos por la organización (chat de whatsapp, call center, plataforma web de autogestión o directamente en los centros médicos de atención primaria, también llamados "puerta de entrada" destinados para atención de servicios de primer nivel) y realizar la respectiva asignación según el canal a través del cual lo hace, la modalidad (presencial o teleconsulta), la disponibilidad de consultas y el horario en el que el paciente desea tomarla.

La organización cuenta con SAP como plataforma para la gestión de los procesos de asignación, recaudo, diligenciamiento de historia clínica y direccionamientos resultantes de las consultas y procedimientos a los que tiene lugar el paciente; también es la plataforma sobre la cual se visualizan las diferentes consultas y procedimientos que el paciente ha atravesado, las consultas y procedimientos que tiene pendientes por asignar y tomar. Es entonces sobre SAP donde se asigna la consulta inicial de primera vez por medicina general.

En el caso del proceso de asignación, los canales dispuestos se encuentran enlazados con la plataforma de soporte SAP para la asignación automática sobre las agendas disponibles, las cuales previamente fueron creadas por parte del área de coordinación de agendas de cada centro médico.

Una vez asignada la cita, el paciente debe realizar la respectiva facturación de la cuota moderadora ligada a la consulta: ésta puede ser realizada a través de la plataforma de pagos PSE, en los puntos ágiles distribuídos en los diferentes centros médicos y centros de servicio, o directamente en las cajas de asignación y recaudo de los centros médicos; cabe resaltar que los dos primeros también se encuentran enlazados de manera directa con SAP, sobre el que se genera un cambio de estatus del paciente de agendado (AG) a facturado (FA), siendo entonces posible que el paciente acceda a su consulta.

El valor de la cuota moderadora que el paciente debe cancelar está ligado al rango del ingreso base de cotización que tiene cada persona según lo devengado en términos de salarios mínimos legales vigentes (Ministerio de de Salud y Protección Social, 2022)

De acuerdo a la modalidad elegida por el paciente, este deberá presentarse a su centro médico de atención primaria a la fecha y hora elegida y esperar el respectivo llamado por parte del profesional tratante en las salas de espera establecidas para tal fin. En caso de ser mediante modalidad de teleconsulta, el paciente deberá esperar el llamado telefónico del profesional tratante a los números de teléfono registrados en el aplicativo de datos maestros establecido en SAP (este contiene datos básicos relevantes del paciente tales como nombres y apellidos, fecha de nacimiento, dirección de residencia, teléfono fijo y móvil de contacto, escolaridad, ocupación, adulto responsable, entre otros).

5.2.1 Consulta de médico general

La consulta de médico general tiene una duración de 20 minutos por paciente, y es desarrollada por un profesional en medicina. Acatando la normativa 3100 de 2019 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019) la cual reglamenta el uso de guías de práctica clínica para los motivos de consulta más prevalentes en las instituciones de salud, para la consulta de medicina general se decidió en el año 2016 adoptar la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de lumbalgia - Versión extensa (Instituto de evaluación de tecnologías en salud e investigación del Perú, 2016), debido a que en Colombia no existe una guía de práctica clínica a nivel nacional la cual sirva como lineamiento par realizar una práctica protocolizada con respecto a este diagnóstico.

Esta guía provee a los médicos generales de la IPS recomendaciones de diagnóstico y tratamiento a favor o en contra basados en evidencia. En cuanto al diagnóstico, presenta los sígnos clínicos que puede presentar el paciente y que pueden catalogarse como de alarma (edad mayor a 50 años, antecedentes de neoplasia, sindrome consuntivo sin mejora con tratamientos habituales, dolor en reposo, fiebre, inmunosupresión, traumatismo previo, osteoporosis, toma de corticoides y sindrome de cauda equina), y sugiere no realizar pruebas de laboratorio o imagenológicas (tales como

radiografías, tomografías o resonancias) en pacientes con dolor lumbar agudo o subagudo sin signos de alarma.

En cuanto al tratamiento no farmacológico, sugiere evitar el reposo en cama en los pacientes con cuadro agudo o subagudo, continuar con la actividad física y actividades cotidianas de la vida diaria incluída la actividad laboral en la medida en que sea posible, no implementar programas de escuela de espalda, el uso de la terapia manual de manipulación y movilización de tejidos blandos en los servicios de rehabilitación, y no prescribir al paciente el uso de soportes lumbares tipo faja o corsé.

Finalmente, frente al manejo farmacológico a prescribir, no se recomienda la utilización de actaminofén como monoterapia de primera elección y en su lugar se indica utilizar los antiinflamatorios no esteroideos (AINE´s) ; adicionalmente, sugiere adicionar al tratamiento un relajante muscular en caso de persistencia de dolor a pesar de los AINE´s, o un opiáceo debil en caso de persistencia de dolor a pesar del AINE´s y el relajante muscular.

Basados en los hallazgos del proceso de anamnesis y examen físico realizado por el médico general, este procederá a prescribir al paciente los servicios adicionales que considere pertinentes según el caso, tales como consultas con medicina especializada, ayudas diagnósticas, remisión a profesionales de apoyo terapéutico o prescripción de medicamentos. Con estos, el paciente deberá seguir diferentes rutas que se desarrollan a continuación. Cabe resaltar que una vez que el paciente cumpla con la totalidad de los direccionamientos dados por el médico general, deberá solicitar una consulta de control en la que se evaluará la efectividad de los tratamientos instaurados en el paciente y la necesidad de elevar el caso de dolor lumbar no especificado, a un diagnóstico diferencial o de mayor relevancia, que signifique la necesidad de prescribir atenciones en niveles de atención de mayor complejidad o ajustes en el tratamiento previamente aplicado.

5.2.2 Medicamentos

El paciente debe dirigirse al dispensario de medicamentos destinado por la IPS para el reclamo de los mismos, junto con la orden de medicamentos emitida por el médico y el valor de la cuota moderadora correspondiente. Allí, se realizará el proceso de facturación correspondiente y se

dispensarán los medicamentos recetados de acuerdo a la prescripción médica descrita. El paciente deberá seguir las indicaciones generadas por el médico tratante.

5.2.3 Consulta de médico especialista

El paciente deberá solicitar la asignación de la consulta según la especialidad a la que fue remitido el paciente según la identificación de factores de riesgo y hallazgos clínicos del exámen físico que justifique la remisión. Dentro de las especialidades de remisión más comunes se encuentran ortopedia, neurocirugía y fisiatría. Debido a que estas consultas se prestan en centro médicos específicos, el paciente podrá realizar la solicitud de la consulta vía whatsapp, plataforma web de autogestión, por call center vía telefónica o dirigiéndose directamente al centro médico en donde desea le sea llevada a cabo su consulta. Cabe resaltar que el proceso de asignación de este tipo de consultas es el mismo que se lleva a cabo sobre SAP para asignación de consulta de medicina general.

Este tipo de consulta actualmente solo se presta de manera presencial, requiriendo que el paciente se presente al centro médico correspondiente. De esta consulta pudiese derivarse otra serie de remisiones tales como imágenes diagnósticas especializadas (dentro de las más comunes, resonancias magnéticas simples, electromiografía + neuroconducción de miembros inferiores, tomografía axial computarizada de columna, radiografías dinámicas de columna, entre otros) y consultas médicas con especialistas de mayor nivel, tal como lo son neurocirugía, ortopedia de columna, medicina del dolor y cuidados paliativos, reumatología, entre otros.

En este último caso, es válido realizar la siguiente aclaración: cuando el paciente se remite a las instancias mencionadas, es un paciente que ya cuenta con un diagnóstico diferencial al de dolor lumbar no especificado, es decir, ya se ha determinado que el paciente cuenta con una lesión específica que requiere de manejos e intervenciones de complejidad superior y por ende, esta remisión a niveles superiores se sale del ámbito de competencia del presente trabajo de grado.

No obstante, el médico especialista de este segundo nivel de complejidad puede a su vez generar remisiones para servicios de apoyo terapéutico tales como Fisioterapia o Terapia Ocupacional, al no evidenciarse elementos clínicos que requieran de tratamientos de mayor complejidad como los explicados previamente, o identificar signos o síntomas clínicos que pudieran solucionarse con la

intervención de los servicios mencionados. La prescripción de medicamentos también pudiese darse a este nivel de atención.

Normalmente el médico especialista, solicita un control al paciente al finalizar el proceso de salud que haya prescrito en su consulta. Este lo debe asignar el paciente según los tiempos en los que desarrolle el direccionamiento dado.

5.2.4 Remisión a servicios de apoyo terapéutico

Comúnmente el médico general solicita remisión para servicios como Fisioterapia y Terapia Ocupacional, los cuales se encuentran dentro de la categoría de servicios de apoyo terapéutico. Para este tipo de servicios, el paciente debe asignar una consulta de valoración de primera vez por Fisioterapia o una sesión de taller de higiene postural de Terapia Ocupacional, las cuales al igual que la consulta con médico especialista, únicamente se prestan en centro médicos específicos. Por esta razón, el paciente deberá acercarse a dichos centro médicos a solicitar su consulta de manera presencial.

- Fisioterapia

Para el servicio de Fisioterapia, debe realizarse la asignación de la consulta y su respectiva facturación. El paciente es examinado por un fisioterapeuta en una consulta con una duración de 15 minutos, en la cual realiza una anamnesis sobre la condición de salud referida por el paciente y basado en el diagnóstico médico de remisión dado por el médico general o el médico especialista. Posterior a la valoración, se determina según la condición de salud del mismo y el resultado de la valoración, si el paciente requiere de una sesión de fisioterapia individual en donde se realiza el manejo del paciente a partir de la aplicación de modalidades físicas que tienen como objetivo principal la disminución del dolor, en compañía de ejercicio terapéutico, o si por el contrario el paciente puede continuar directamente a la fase de ejercicio terapéutico neto, que se realiza bajo la modalidad de grupo de 4 personas (las cuales comparten diagnósticos similares asociados a la columna vertebral) y un fisioterapeuta quien se encarga de prescribir y dirigir la sesión. La diferencia entre las dos modalidades además del manejo y de la modalidad, incluye el tiempo de duración: mientras la sesión individual se desarrolla durante 30 minutos, la sesión grupal tiene una extensión de 45 minutos.

El criterio primordial para la toma de decisión sobre el tipo de terapia es el nivel de dolor que presenta el paciente, valorado a través de la escala análoga verbal del dolor, la cual consiste en calificar subjetivamente por parte del paciente en una escala análoga del 0 al 10 qué tanto dolor percibe, siendo 0 la no percepción de dolor, entre 1 y 3 dolor leve, entre 4 y 6 dolor moderado, y entre 7 y 10 dolor severo (González-Estavillo et al., 2018). Adicional a lo anterior, se tiene en cuenta el nivel de funcionalidad del paciente, la posibilidad de seguimiento de órdenes, la edad del paciente y el resultado de la valoración en general.

Este servicio cuenta con la particularidad de que, al ser el dolor lumbar la primera causa de consulta del mismo y dando cumplimiento a lo indicado en la resolución 3100 de 2019 que indica la necesidad de asumir guías de práctica clínica o protocolos para los motivos de consulta más recurrentes para cada servicio, se actualizó el protocolo de Lumbalgia, el cual rige el quehacer de los fisioterapeutas específicamente para la condición de salud de la cual se habla en este trabajo de grado.

Este protocolo propone para la evaluación de los pacientes con diagnóstico de lumbalgia realizar un exámen físico acorde a la condición del paciente que permita establecer el caso como una lumbalgia inespecífica, acompañado de un exámen neurológico que permita descartar un compromiso radicular que pudiese modificar el diagnóstico asociado. Sugiere que dentro del exámen físico se incluya la inspección de la marcha del paciente, la palpación del área afectada, la funcionalidad del segmento (arcos de movilidad de la columna vertebral, fuerza muscular, reflejos miotendinosos, sensibilidad, tono muscular) y la aplicación de maniobras de exploración articular.

Este protocolo sugiere a los fisioterapeutas que, ante cualquier signo de alarma encontrado durante la anamnesis y el exámen clínico, debe realizarse una remisión a médico especialista para descartar o confirmar las sospechas encontradas.

En cuanto al tratamiento, este protocolo destaca como objetivos principales producir alivio de la sintomatología y disminuir la limitación funcional asociada al cuadro álgido presentado; adicionalmente, destaca la posibilidad de desarrollar el tratamiento inicialmente en compañía de un fisioterapeuta y posteriormente el paciente deberá continuar aplicando el proceso educativo recibido durante las sesiones de Fisioterapia, en su hogar. El protocolo destaca que el uso del ejercicio

terapéutico en pacientes con lumbalgia con una efectividad destacada a corto y largo plazo (de manera individualizada o grupalmente), y la aplicación de modalidades físicas tales como el láser y la diatermia de onda corta como elementos complementarios al ejercicio terapéutico, son los tratamientos con mayor nivel de evidencia para el cumplimeinto de los objetivos terapeúticos. Dentro de los tipos de ejercicios terapéuticos con mejor evidencia científica se encuentran los ejercicios dinámicos, lentos, con cargas bajas y con inclusión de fases estáticas que mejoren la actividad tónico postural y antigravitatoria de la musculatura de tronco, ejercicios de movilidad pélvica y escapular, y ejercicios de estabilización segmentaria.

Adicionalmente, promueve la orientación y educación del paciente por parte de un profesional con conocimiento sobre la condición de salud mencionada, con el fin de realizar una intervención temprana en términos de prevención de la cronificación del dolor, la necesidad de mantener las actividades de la vida diaria del paciente a pesar del dolor, proveer al paciente de recomendaciones relacionadas con el levantamiento de cargas, el cambio de posición constante, la postura adecuada, la manera correcta de realizar transiciones y transferencias.

Por otra parte, el protocolo rechaza el uso de otros tipos de modalidades físicas tales como la hidroterapia, la magnetoterapia, el TENS, la tracción manual y el ultrasonido, los cuales demuestran evidencia en contra pues no se obtienen efectos clínicos relevantes asociados a su aplicación.

El modelo de atención establecido para este servicio deja a libre consideración del terapeuta la frecuencia con que el paciente debe tomar sus sesiones prescritas durante la semana; sin embargo y teniendo en cuenta el objetivo de recuperación funcional, se induce al fisioterapeuta a prescribir al paciente el mínimo posible de sesiones por paciente, así como a maximizar el trabajo realizado en cada una de las sesiones. Se prescriben como máximo por cada orden dada por el fisioterapeuta tres sesiones individuales o 5 sesiones grupales. Al finalizar cada sesión, el fisioterapeuta deberá realizar una revaloración del paciente y justificar la renovación del ciclo de sesiones de Fisioterapia. Se estima que un paciente con un cuadro clínico de lumbalgia cursante podría tomar un máximo de 6 sesiones de terapia individual, y 6 sesiones de terapia grupal de columna.

La programación de las sesiones de fisioterapia solicitadas deberá realizarse de manera presencial por el paciente en el centro médico en el cual tomará el servicio, mediante el personal de asignación

y recaudo, el cual realizará la respectiva gestión sobre SAP. La nota de evolución clínica a realizar sobre el respectivo taller será realizada por el terapeuta ocupacional también sobre SAP.

- Terapia Ocupacional

En el servicio de Terapia Ocupacional, no se realiza una valoración inicial como en el caso de Fisioterapia; el paciente es directamente remitido a una única sesión denominada "taller de higiene postural", en donde el terapeuta ocupacional lleva a cabo en un primer momento la anamnesis y exploración del paciente en términos de posibilidades / restricciones para realizar actividades básicas cotidianas, instrumentales y ocupacionales del paciente.

Se prosigue con la instrucción al paciente sobre recomendaciones relacionadas con la adopción de una postura adecuada al momento de ejecutar las actividades mediante la adquisición de medidas de higiene postural, en momentos tales como dormir, el autocuidado, el vestido, las transferencias y traslados, conducir, inclinarse o agacharse, realizar trabajo en computador, levantar y transportar pesos, y al momento de realizar las actividades propias del hogar. El objetivo de este tipo de taller es adquirir hábitos posturales saludables de modo preventivo generando así autocuidado de las estructuras corporales en actividades cotidianas.

La programación de dicho taller deberá realizarse de manera presencial por el paciente en el centro médico en el cual tomará el servicio, mediante el personal de asignación y recaudo, el cual realizará la respectiva gestión sobre SAP. La nota de evolución clínica a realizar sobre el respectivo taller será realizada por el terapeuta ocupacional también sobre SAP.

5.2.5 Remisión a servicios de ayudas diagnósticas

La guía de práctica clínica adoptada por la IPS en cuestión (Instituto de evaluación de tecnologías en salud e investigación del Perú, 2016) no recomienda la realización de pruebas imagenológicas (resonancia magnética, radiografía, tomografía axial computarizada, entre otras), en pacientes con dolor lumbar inespecífico agudo o sub agudo o que no tengan síntomas de alarma asociados al cuadro. Sin embargo, en los casos en los que no haya mejoría con el manejo conservador instaurado, existan síntomas de alarma o el dolor progrese en el tiempo, se sugiere solicitar.

El médico general emitirá la orden médica prescriptiva de una radiografía convencional de la región lumbar o lumbosacra, la cual le servirá para confirmar o descartar signos de alarma en el paciente, así como facilitar la toma de decisión en la remisión del paciente a médico especialista.

El paciente deberá programar vía WhatsApp, plataforma web de autogestión, por call center vía telefónica o dirigiéndose directamente a los centros médicos establecidos la fecha y hora en la que desea le sean tomados. Al realizar el proceso de asignación según el procedimiento, el paciente recibirá una serie de instrucciones relacionadas con la preparación requerida para efectuar el procedimiento de manera exitosa. Una vez el paciente realiza el respectivo proceso de facturación (vía plataforma PSE, puntos ágiles o directamente en los puntos de recaudo de los centros médicos), deberá esperar el correspondiente llamado en la sala de espera.

El personal técnico del servicio de radiología llamará al paciente en la sala de espera, verificará la preparación del paciente y llevará a cabo el procedimiento solicitado por el médico tratante, el cual verificará a través de la orden médica que debe presentar el paciente. Una vez efectuado el proceso físico, el técnico de rayos x se encarga de realizar la nota de evolución del procedimiento sobre SAP, el cual se enlaza a su vez con un software de almacenamiento, visor web y comunicación en la nube; este permite visualizar la totalidad de las imágenes tomadas al paciente dentro de la IPS, junto con sus respectivas lecturas realizadas por médicos radiólogos. Esta nota en SAP queda disponible para todo el personal que tenga acceso a la historia clínica del paciente en cuestión.

5.2.6 Algunas anotaciones sobre sistemas de información utilizados

SAP es el sistema de soporte sobre el cual se desarrollan las operaciones del proceso: desde la asignación de las consultas, pasando por los procesos de facturación y diligenciamiento de historia clínica hasta el seguimiento a los pacientes. SAP guarda los registros realizados por el personal que en algún momento tiene contacto con el paciente de manera cronológica, y a su vez para facilitar la ubicación de los registros mediante la identificación de la profesión del prestador que realiza la atención mediante siglas.

SAP gestiona absolutamente todos los servicios a los que los pacientes acceden dentro de la red centro médicos y clínicas de la IPS. Sobre SAP se agendan, facturan, y visualizan dichos servicios, tanto pasados, como futuros, permitiendo realizar un proceso de trazabilidad en orden cronológico de los procesos de salud del paciente. Adicionalmente, sobre SAP se crean las agendas de los diferentes prestadores de servicios de salud y de procedimientos con los que cuenta la red.

Al realizar el proceso de facturación sobre SAP, este emite la respectiva factura de la consulta o procedimiento a realizar; a su vez presenta información importante al paciente tal como el consultorio designado para la atención y el profesional tratante que prestará la atención. También al momento de asignación emite un "recordatorio" que es entregado al paciente, el cual contiene información relevante como fecha y hora de la consulta o procedimiento, profesional tratante, centro médico donde se prestará el servicio y el valor de cuota moderadora necesario de facturar.

Sobre SAP se cargan los servicios solicitados al paciente, y es posible identificar los que el paciente ha tomado, los que tiene asignados, y los que tiene pendientes por tomar. SAP a su vez se conecta con las plataformas de asignación que se han mencionado (whatsapp, plataforma web de autogestión) de manera automática para configurar sobre el sí mismo los servicios solicitados, y emite un mensaje de texto al teléfono celular registrado por el paciente a modo de recordatorio del servicio asignado.

El proceso previamente descrito, se encuentra planteado a modo de proceso en el anexo 2. El flujograma que allí se plantea deja ver las relaciones que el paciente establece con los diferentes agentes y recursos que se tienen dispuestos para la atención del dolor lumbar; aunque se pretende plantear un transcurrir secuencial y organizado, se evidenciará en los siguientes puntos de este trabajo que son múltiples las rutas de atención que puede tomar el paciente según la resolutividad de las acciones tomadas en casa consulta, así como el progreso del paciente en su cuadro patológico.

5.3 Contraste de los procesos de atención establecidos por la literatura y los aplicados en lo cotidiano

1.1.1 Problemáticas identificadas

Como resultado de las revisiones de literatura cuyo contenido se describe en los apartados previos, y adicionando la revisión de procesos instaurada por la IPS, se han identificado 49 situaciones problemáticas en el proceso de atención al dolor lumbar; de estas, 17 corresponden a lo relacionado con la atención clínica y la relación establecida entre los diferentes profesionales de salud involucrados y el paciente, su familia y su entorno; 17 corresponden a aspectos de gestión determinados por los lineamientos y actuación de la IPS; finalmente, 15 se relacionan con las políticas y procedimientos establecidos por el sistema de salud colombiano.

Mientras que las dificultades relacionadas con la atención clínica se relacionaron principalmente con el cumplimiento de las recomendaciones de diagnóstico y tratamiento dados por la evidencia por parte de los profesionales tratantes y los pacientes, las relacionadas con la gestión de la IPS tienen que ver con la coordinación entre profesionales en salud, procesos administrativos, de gestión de la información, redundancia y secuencialidad en la atención prestada, y la atención en los diferentes niveles de atención. Finalmente, los contratiempos identificados para el sistema de salud se relacionan con discrepancias entre lo planteado por el modelo de atención integral en salud MIAS y lo ejecutado en términos de coordinación entre y en cada uno niveles de complejidad de la atención, restricciones económicas y procedimentales, directrices en la atención y organización de la población.

Tabla 5-2

Problemas identificados en la atención del dolor lumbar

Relacionadas con la atención clínica	Relacionadas con la gestión de la IPS	Relacionadas con el sistema de salud
Incumplimiento de la recomendación: manejos no invasivos como primera línea de tratamiento (mejoría de dolor, función y manejo de sintomatología psicológica) (Andronis et al., 2017)	Uso de GPC como referente con bajos niveles de evidencia o desactualizadas (Instituto de evaluación de tecnologías en salud e investigación del Perú, 2016)	Procesos de articulación fallidos entre prestadores de las diferentes redes de atención en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)
Incumplimiento de la recomendación: manejos invasivos (procedimientos quirúrgicos e intervencionistas), se indican en pacientes con persistencia del dolor e incapacidad posterior a tratamientos no invasivos no exitosos (Oliveira et al., 2018)	Oportunidades de manejo interdisciplinario del dolor lumbar crónico inespecífico son restringidas (Trillos MC et al., 2015)	Intercambio inexistente de la información de registros clínicos entre prestadores y aseguradores (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)
Incumplimiento de la recomendación: manejo invasivo indicado comprende uso de inyecciones, uso de cirugía o denervación por radiofrecuencia solo en caso de no mejoría posterior al tratamiento conservador; cuando exista lumbalgia crónica debido a hernias discales, inestabilidad espinal o trastornos degenerativos comunes (Oliveira et al., 2018)	Barreras en el acceso y uso a la literatura científica derivadas de la organización de los servicios de salud (Mota da Silva et al., 2015)	Predominio de las intervenciones de tipo promocional, preventivo y ambiental planteadas en un modelo de atención que se pretenden suplir a través de herramientas de niveles superiores de complejidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)
Incumplimiento de la recomendación: manejo farmacológico basado en anti inflamatorios no esteroideos, acetaminofén, opiáceos, antidepresivos y los relajantes musculares (Oliveira et al., 2018)	Uso de consultas, profesionales y recursos redundantes para la atención del dolor lumbar (Ross et al., 2014) (Ross et al., 2018) (Stumm et al., 2019) (Aleluia et al., 2017) (Bousquat et al., 2017)	Disminución paulatina de la capacidad resolutiva de los servicios de baja complejidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)
Incumplimiento de la recomendación: uso de terapia psicológica, programas de actividad física y ejercicio	Transferencia y uso de la información clínica de los pacientes poco o nada eficiente (Aller et al., 2015) (Vázquez et al., 2015)	Mezcla de lo público / privado en la prestación de los servicios contratados y prestados (Bousquat et al., 2017)

terapéutico y de autocontrol (Meroni et al., 2021) (Corp et al., 2020) (Andronis et al., 2017)		
Incumplimiento de la recomendación: realizar derivación a un especialista cuando se sospeche de patologías graves o radiculopatías, o si no hay mejoría en un periodo variable de 4 semanas a 2 años (Oliveira et al., 2018)	Atención clínica no secuencial y complementaria por los diferentes servicios y niveles asistenciales involucrados (Aller et al., 2015) (Vázquez et al., 2015) (Vázquez et al., 2017)	Incremento de las actividades asistenciales de niveles superiores de atención frente a las de primer nivel (de promoción de salud y prevención de la enfermedad) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)
Incumplimiento de la recomendación: evitar el reposo en cama, motivar al paciente a mantener sus actividades cotidianas y alentarlo sobre el pronóstico favorable de la enfermedad (Oliveira et al., 2018), así como prácticas de instrucción en comportamiento general, información, educación y autocuidado (Meroni et al., 2021) (Corp et al., 2020)	Intervenciones en la atención clínica prestada poco o nada coherentes (Aller et al., 2015) (Vázquez et al., 2015)	Incremento de las acciones hospitalarias requeridas para la enfermedad, el riesgo en salud y el gasto médico (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)
Incumplimiento de la recomendación: para diagnóstico, se sugiere realizar triage diagnóstico, apertura de historia clínica, examen físico y el examen neurológico (dolor radicular, fuerza muscular, reflejos y sensibilidad), palpación, evaluación postural y de los rangos de movilidad de la columna vertebral (Oliveira et al., 2018)	Seguimiento inoportuno o nulo al paciente y su condición de salud (Aller et al., 2015) (Vázquez et al., 2015) (Vázquez et al., 2017)	Descentralización administrativa vertical (estado – asegurador – prestador) y horizontalmente (entre los agentes que lo conforman): fragmentación entre agentes y funciones (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)
Incumplimiento de la recomendación: indicación de ayudas diagnósticas solo en presencia de banderas rojas, cuando el dolor persista más allá de 4 a 6 semanas o cuando los resultados varíen el tratamiento (Oliveira et al., 2018)	Accesibilidad limitada a los servicios de salud en todos los niveles de atención (Aller et al., 2015) (Vázquez et al., 2015) (Vázquez et al., 2017) (Aleluia et al., 2017)	Caracterización prioritaria de la población desde la gestión del riesgo, prioritariamente (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)
Incumplimiento de la recomendación: hacer una distinción entre dolor lumbar inespecífico, síndrome radicular y patología específica (Meroni et al., 2021)	Interacción difícil entre los servicios institucionales, al requerir derivaciones, evaluaciones y planificación e implementación de los tratamientos por separado (Dziedzic et al., 2016)	Organización de la población según el enfoque de curso de vida que restringe panorama integral de la persona (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

Incumplimiento de la recomendación: realizar evaluación de factores psicosociales (banderas amarillas) en la primera o segunda consulta (Oliveira et al., 2018) así como factores pronósticos (factores clínicos, psicosociales y laborales) (Meroni et al., 2021)	Dicifultad para llegar a acuerdos entre profesionales de salud sobre el manejo clínico de los pacientes (Vázquez et al., 2017)	Redes integrales de atención en salud pensadas desde la colectividad pero que se ejecutan desde la individualidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)
Uso de procedimientos diagnósticos y terapéuticos con baja o nula evidencia científica (imágenes diagnósticas y derivaciones a consultas especializadas innecesarias) (Klein et al., 2000)	Baja o nula incorporación de las preferencias del paciente en las opciones y los procesos de atención (atención centrada en el paciente) (Minvielle, 2019)	Inexistencia de GPC para dolor lumbar emitida directamente por el ministerio de salud y protección socialInexistencia de GPC para dolor lumbar emitida directamente por el ministerio de salud y protección social
Baja adherencia por parte de los profesionales al cumplimiento de las recomendaciones de las GPC (De Souza et al., 2017) (Hanney et al., 2016) (Ladeira et al., 2015) (Keating et al., 2016) (Trillos MC et al., 2015)	Configuración de las relaciones entre las distintas profesiones dentro de la organización (Melin Emilsson et al., 2020)	Sistema de seguridad social colombiano no cubre ni diferencia todas las pruebas diagnósticas, ni tipos de tratamiento recomendados en las GPC de buen nivel de evidencia (Trillos MC et al., 2015)
Procesos de evaluación y diagnóstico centrados en la observación y no en la medición (Trillos MC et al., 2015)	Dificultades para la definición del rol coordinador de las atenciones prestadas (Bousquat et al., 2017)	Libertad para la escogencia de las GPCLibertad para la escogencia de las GPC
Posturas contrarias la practica basada en la evidencia: contradicción entre quienes toman decisiones basadas en la evidencia y quienes no lo hacen (Mota da Silva et al., 2015)	Dificultades para la coordinación y delegación de tareas no médicas (administrativas, sociales o legales) (Stumm et al., 2019)	Fragmentación en las redes de atención y la prestación de los servicios (Wang et al., 2016)
Brecha de autogestión: adherencia variable al tratamiento por parte del paciente a pesar de contar con herramientas de autocuidado (Moore & Jull, 2010)	Tiempos insuficientes para desarrollar las actividades necesarias para la coordinación de la atención (Bousquat et al., 2017)	Limitación económica para la prescripción y prestación de servicios requeridos (Stumm et al., 2019)
Creencias de manejo en los profesionales en salud que va en contravía a la evidencia científica de mayor valor (Slade et al., 2015)	Coordinación compleja entre profesionales de los diferentes niveles de atención (Bousquat et al., 2017)	

Creencias de intervención en los pacientes que va en contravía a la evidencia científica de mayor valor (Setchell et al., 2019)	Procesos de referencia y contra referencia débiles, que limitan la capacidad de prestar servicios coordinados de salud y con la calidad requerida (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

1.1.2 Revisión documental de historias clínicas

Los resultados aquí presentados son producto de la revisión de los registros de historia clínica realizados en la atención de 15 pacientes con diagnóstico M545 Dolor lumbar, no especificado. Se filtraron los pacientes marcados con el diagnóstico médico mencionado, y que tuvieron atención en el servicio de Fisioterapia del día 09 de abril del 2022; de estos, se tomaron de manera aleatoria los 15 pacientes que conforman la muestra aquí expuesta los cuales fueron numerados del 1 al 15, para mantener estricta confidencialidad sobre los datos personales de los mismos. De manera retrospectiva se identificó la primera consulta enlazada al diagnóstico médico M545, siendo el punto de partida para el análisis; se continuó la revisión detallando las atenciones derivadas en orden cronológico y excluyendo consultas con otros diagnósticos médicos no relacionados.

Se extrajeron datos demográficos relevantes de los pacientes tales como la edad, el sexo, si se encontraban laboralmente activos al momento de las atenciones, el tipo de afiliación (Plan Obligatorio de Salud POS, o Plan de Atención Complementaria, PAC), y la categoría de afiliación respectiva.

Se realizó un compilado de las atenciones recibidas por los pacientes de la muestra, en donde se identificó: profesional respondiente a la consulta, la fecha en que se prestó la atención, el diagnóstico relacionado y el manejo instaurado (farmacológico, de apoyo diagnóstico, de apoyo terapéutico, o interconsulta a otros profesionales). Derivado de esto, se identificó el número y tipo de atenciones recibidas por los pacientes, tipo de manejo instaurado, entre otros.

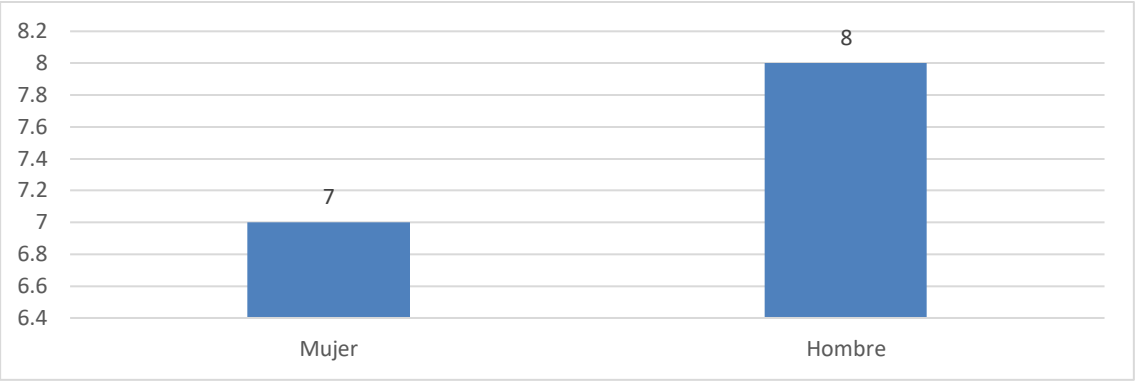
Finalmente, se identificó la ocurrencia de los problemas de coordinación en la atención del dolor lumbar enunciados en la tabla 5-2.

- Caracterización de la muestra

Siete de los quince pacientes de la muestra fueron identificados como hombres; los cinco restantes fueron mujeres (gráfica 5-1). Tres de ellos se encontraban en el rango de edad de los 30 a 39 años, y tres más dentro de los 50 y los 59 años; entre los 40 y 49 años, los 60 y 69 años, 70 y 79 años, y 80 o más, se identificaron dos pacientes en cada rango de edad; solo una persona se ubicó entre los 20 y los 29 años (gráfica 5-2).

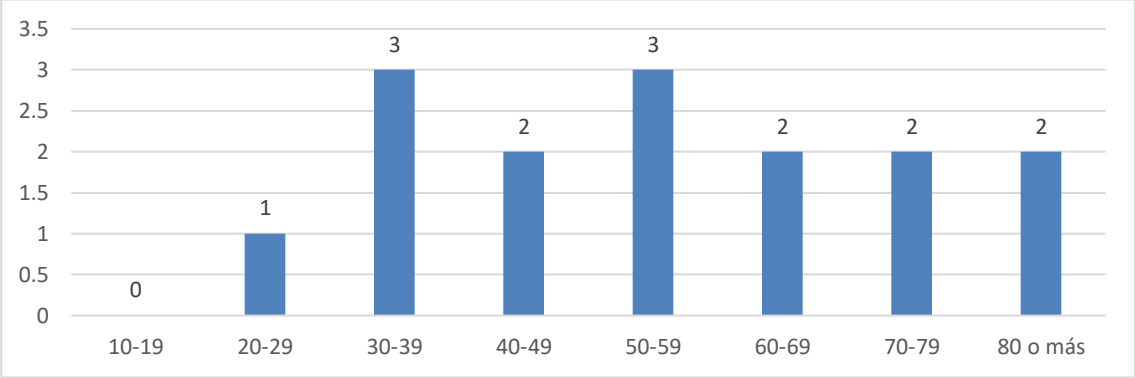
Gráfica 5-1

Distribución según sexo



Gráfica 5-2

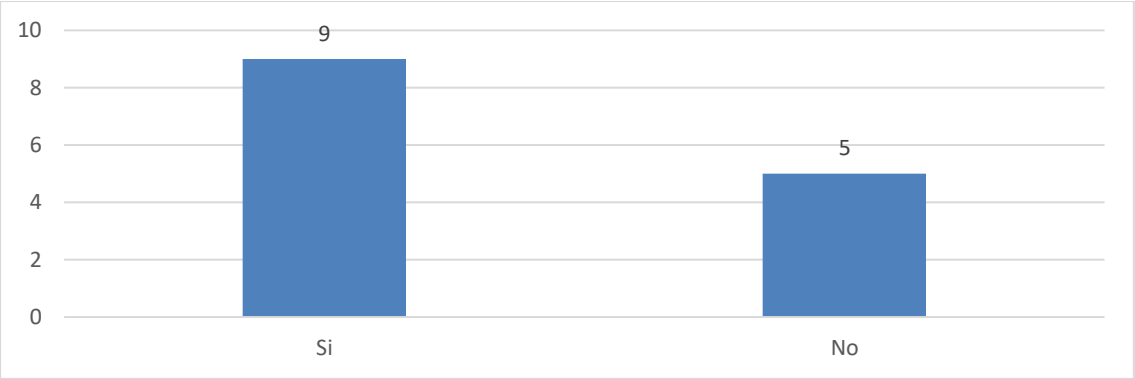
Distribución según edad



De los 15 pacientes, 9 se encontraban activos laboralmente al momento del desarrollo de la atención en salud derivada del dolor lumbar (gráfica 5-3). Al estudiar la muestra total, se evidenció que solo tres personas presentaban reincidencia en su motivo de consulta, es decir, contaban con un antecedente de salud relacionado con la ocurrencia de dolor lumbar (gráfica 5-4).

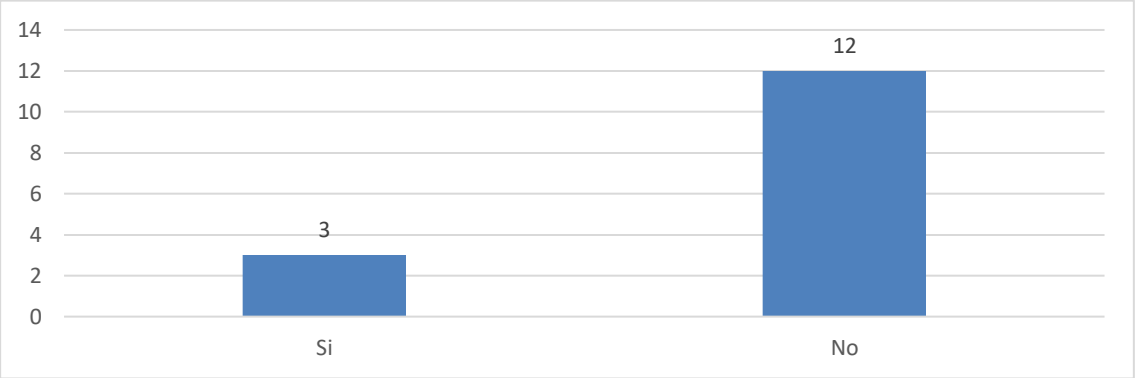
Gráfica 5-3

Pacientes activos laboralmente



Gráfica 5-4

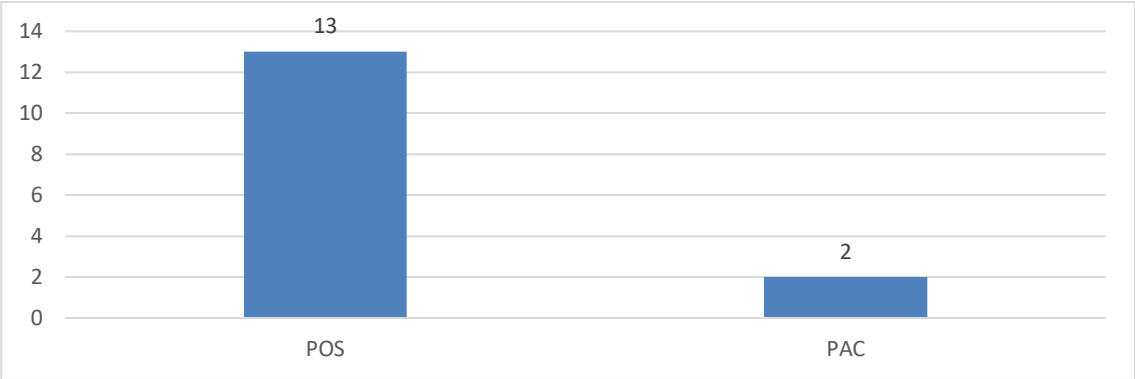
Pacientes con antecedentes de dolor lumbar



Finalmente, aunque la totalidad de los pacientes de la muestra se encontraban afiliados al plan obligatorio en salud POS, dos de los pacientes contaban con el Plan de Atención Complementaria PAC, el cual permite a los pacientes tener *"servicios adicionales de salud que brindan ventajas de acceso a una red de atención diferencial, con mayores coberturas y beneficios"* (Famisanar, 2019) (gráfica 5-5). Por otra parte, 11 de los 15 pacientes pertenecían a la categoría de afiliación tipo A, mientras que solo 4 de los pacientes eran afiliados de la categoría B.

Gráfica 5-5

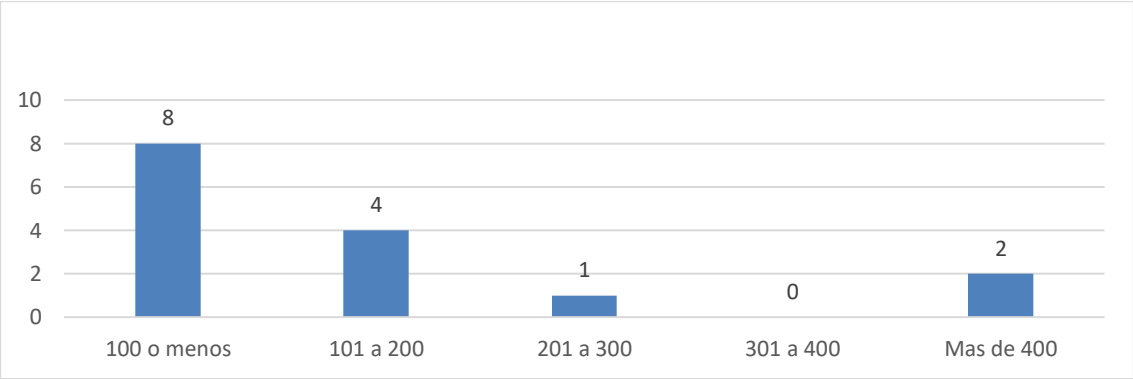
Tipo de afiliación



Finalmente, se cuantificaron el tiempo de atención que ha transcurrido en días, desde la primera consulta relacionada con el dolor lumbar, hasta la fecha de revisión de las historias clínicas. Se identificó que la mayoría de pacientes tenían tiempos de atención de menos de 100 días; no obstante, se encontraron pacientes que han recibido atenciones relacionadas con el diagnóstico durante más de un año (gráfica 5-6).

Gráfica 5-6

Tiempo de atención en días

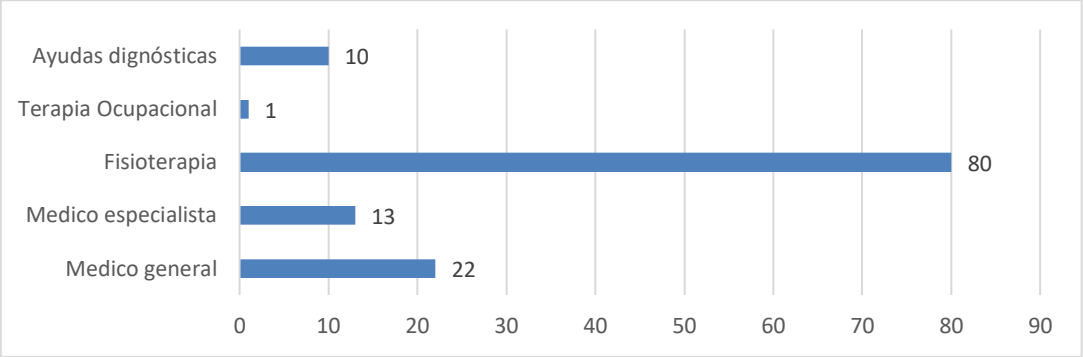


- Caracterización de la atención en salud

Un total de 126 servicios de salud fueron prestados a los 15 pacientes de la muestra, entre consultas de medicina general, medicina especilizada, sesiones de apoyo terapéutico y ayudas diagnósticas (gráfica 5-7). Cada paciente recibió en promedio 8,81 atenciones, encontrándose un mínimo de 3 y un máximo de 16 servicios tomados en los pacientes (gráfica 5-8).

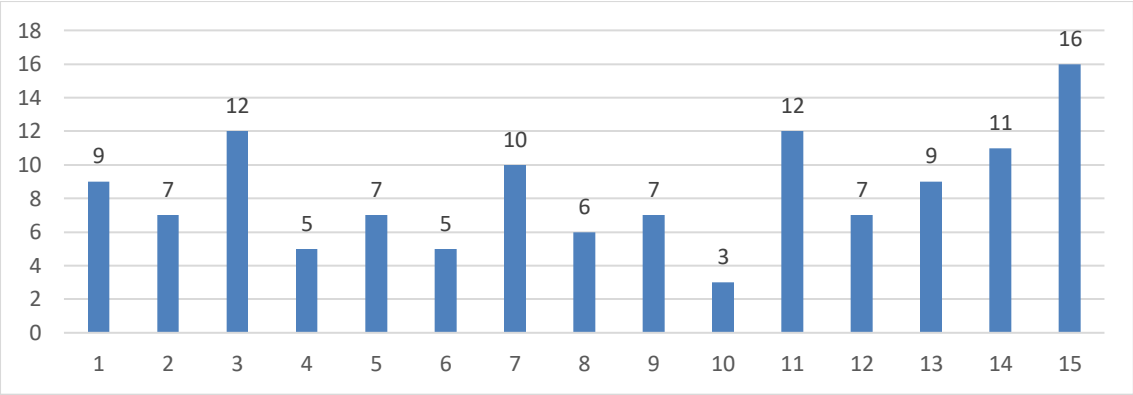
Gráfica 5-7

Servicios utilizados en la atención del dolor lumbar



Gráfica 5-8

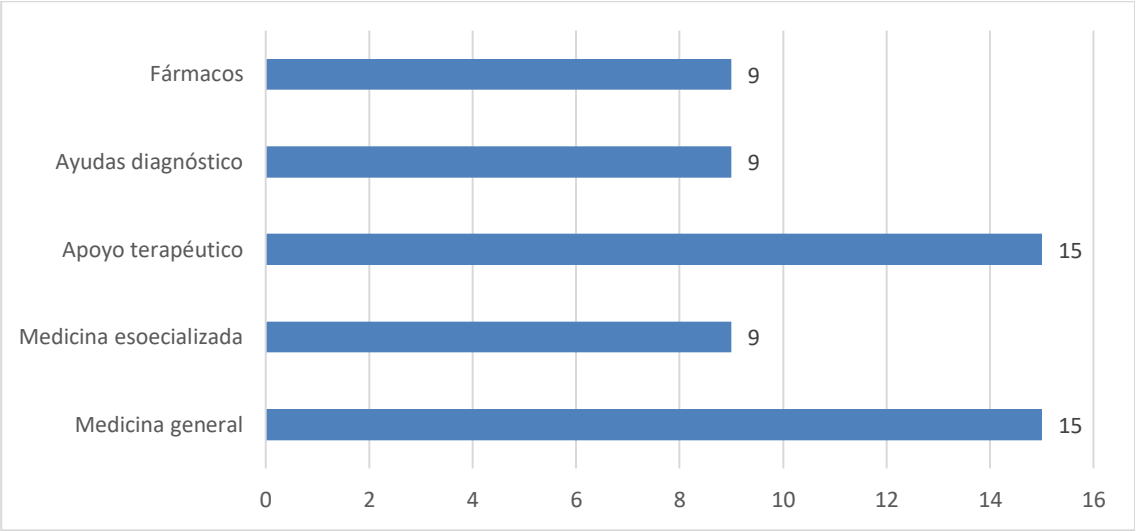
Número de atenciones recibidas por cada paciente



Al discriminar el tipo de atención que recibieron estos pacientes, se observa que todos tuvieron por lo menos una consulta de atención por medicina general y por los servicios de apoyo terapéutico (Fisioterapia y/o Terapia Ocupacional). Solo 9 de los 15 pacientes recibieron manejo por medicina especializada; la anterior proporción se mantiene para la prescripción farmacológica (gráfica 5-9).

Gráfica 5-9

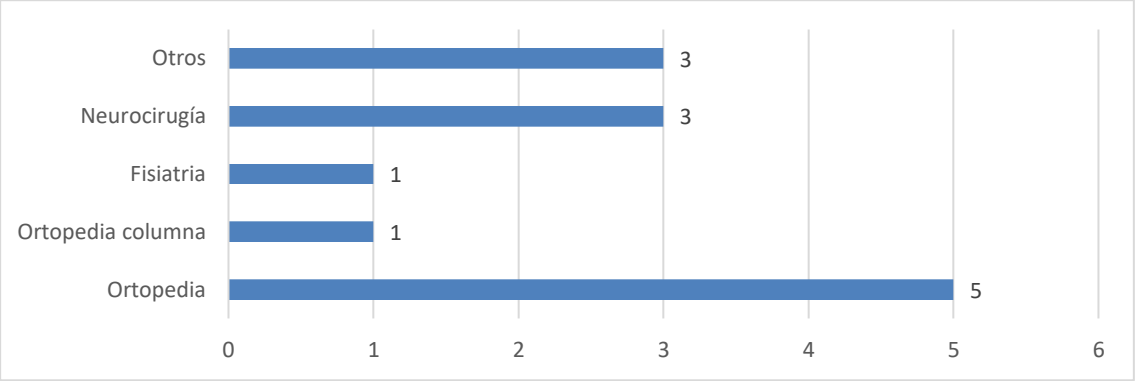
Frecuencia en el tipo de atención recibida por los pacientes con dolor lumbar



Al especificar sobre los direccionamientos dados, y específicamente sobre la remisión a medicina especializada, se observó que la especialidad con mayor número de remisiones fue ortopedia, con un total de 5 consultas (gráfica 5-10). En cuanto a las ayudas diagnósticas solicitadas, se identificó la radiografía como la imagen diagnóstica mayormente prescrita; solo en dos casos, se indicó la resonancia magnética simple (gráfica 5-11).

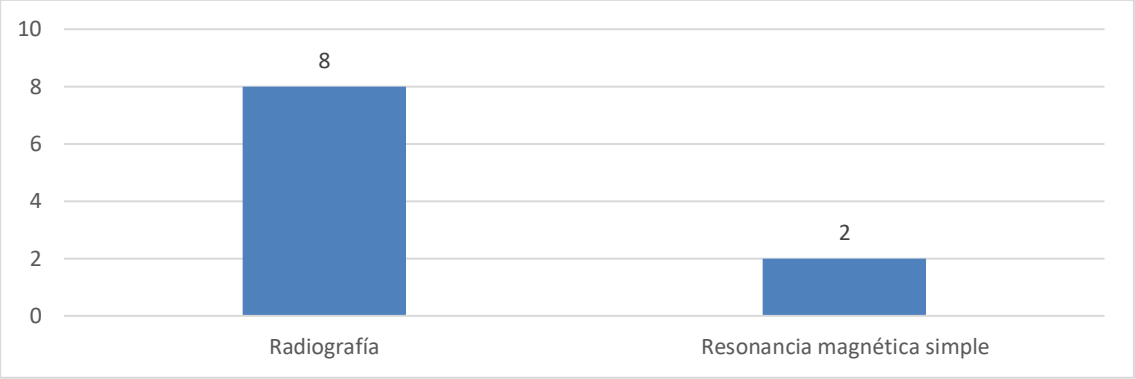
Gráfica 5-10

Remisiones a medicina especializada



Gráfica 5-11

Remisión a ayudas diagnósticas

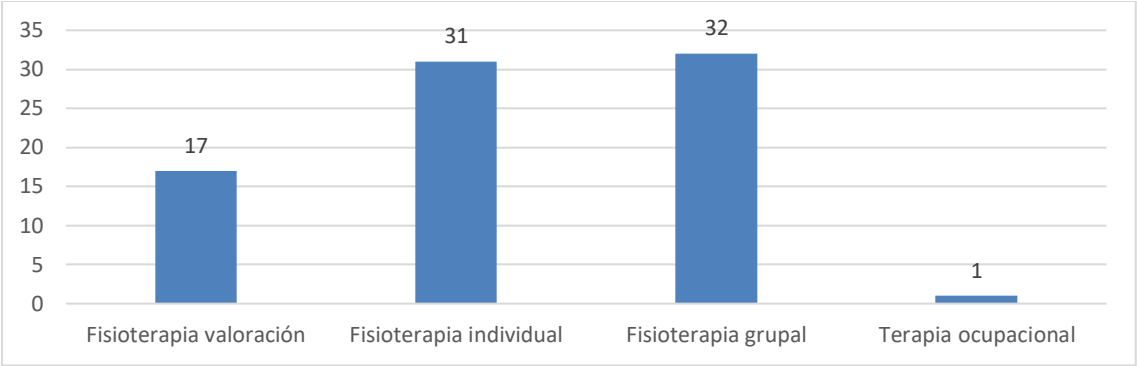


En cuanto a tratamiento propiamente dicho, se observó la derivación del 100% de los pacientes al servicio de Fisioterapia para su ingreso mediante la consulta de valoración de primera vez; estos a su vez, direccionaron al 100% de los pacientes a tomar Fisioterapia de tipo convencional, en modalidad grupal o individual. Llama la atención que solo uno de los pacientes de la muestra, recibió recomendaciones por parte del equipo de Terapia Ocupacional (gráfica 5-12). Por otra parte, en la

prescripción de medicamentos se identificaron como de primera línea los antinflamatorios no esteroideos, seguidos de los relajantes musculares; es de resaltar, todos los medicamentos prescritos por los édicos tratantes se encuentran dentro de los recomendados por las guías de práctica clínica recientes (gráfica 5-13).

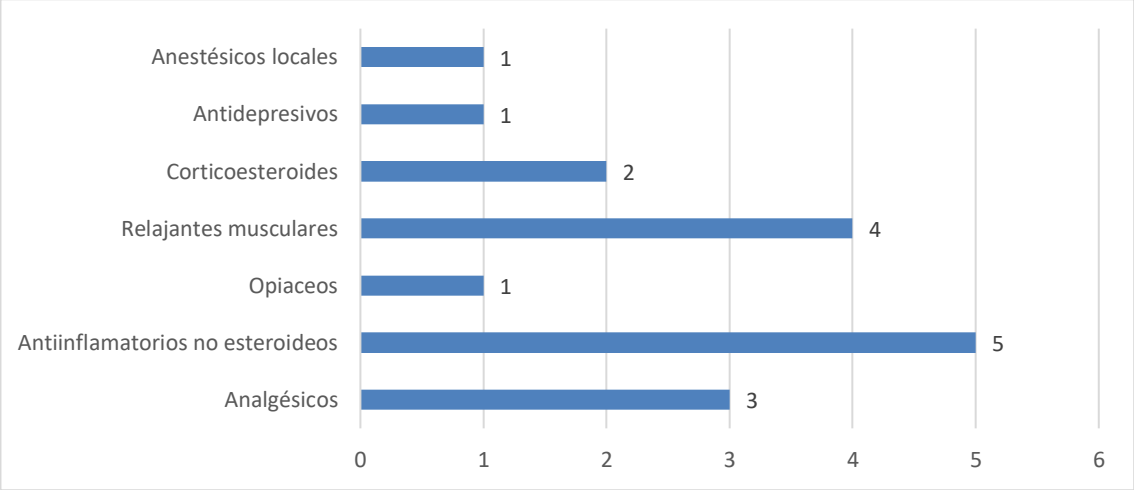
Gráfica 5-12

Atenciones servicios de apoyo terapéutico



Gráfica 5-13

Medicamentos prescritos para el manejo del dolor lumbar



Otro de los manejos identificados en la revisión de registro de historia clínica fue otorgar días de incapacidad por enfermedad general a los pacientes. De los 15 pacientes, solo a dos les fue prescrito lo mencionado, teniendo 1 y 4 días respectivamente, para un total de 5 días.

- Materialización de los problemas identificados en la literatura

Se dio lectura a los registros de historia clínica de los 15 pacientes componentes de la muestra y se identificó la ocurrencia de los problemas relatados en el numeral 5.1 del presente documento. En esta revisión, se categorizó la ocasión de cada problema aplicando las etiquetas "sucede", "parcial", "no sucede" o "no aplica", de acuerdo a su representación visible en lo descrito por los profesionales de salud .

De manera global, se observa que la ocurrencia del mayor tipo de problemas la representa los problemas relacionados con la gestión de la IPS (117 veces), seguido de los relacionados con los relacionados con la configuración del sistema de salud (104 veces) y por último los relacionados con la atención clínica instaurada (49 veces); se visualiza que el comportamiento anterior varía frente a la frecuencia del criterio de ocurrencia "parcial", en donde puntean los problemas relacionados con la gestión de la IPS (61 veces), seguido de los relacionados con la atención clínica (52 veces) y finalmente los relacionados con la configuración del sistema de salud (1 vez).

El comportamiento del criterio de no ocurrencia ("no sucede") presenta un inverso al de ocurrencia: en primer lugar, los relacionados con la atención clinica (169 veces), seguido de los relacionados con la configuración del sistema de salud (135 veces), y finalizando con los relacionados con la gestión de la IPS (77 veces); cabe resaltar que este criterio tiene una interpretación inversa al de ocurrencia, pues un mayor número de veces representa que el problema no se materializó en la atención del paciente en cuestión. Finalmente, el criterio de "no aplica" tiene un comportamiento especial que será desarrollado más adelante.

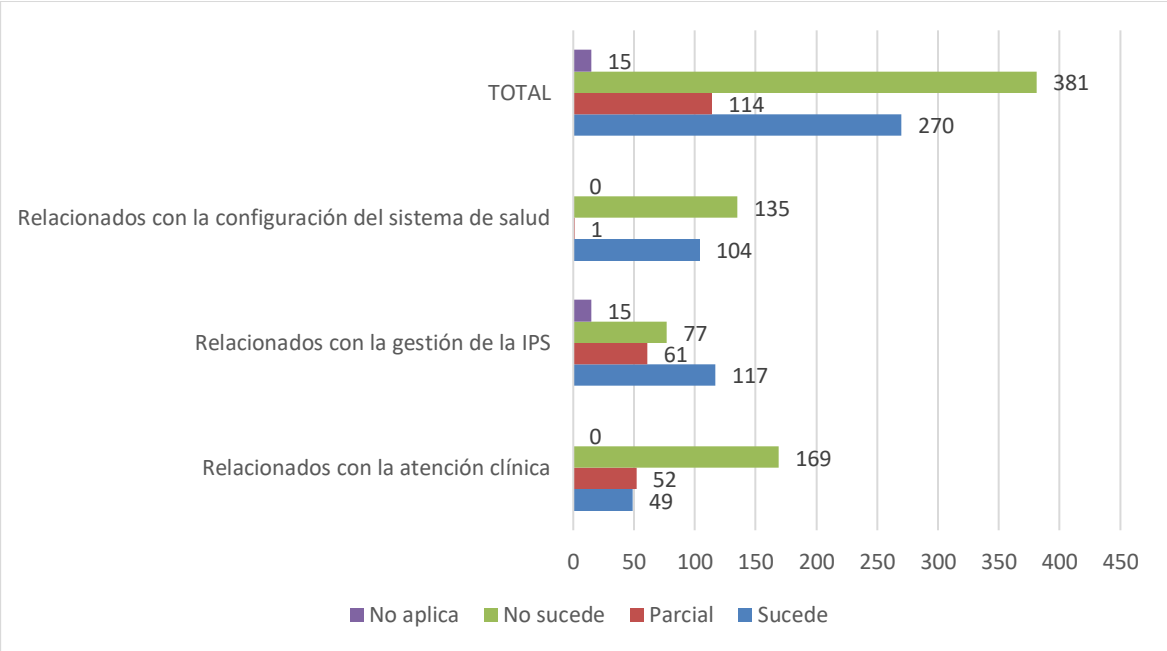
Tabla 5-3

Número de problemas identificados según su tipo en la muestra analizada

Tipo de problema	Sucede	Parcial	No sucede	No aplica
Relacionados con la atención clínica	49	52	169	0
Relacionados con la gestión de la IPS	117	61	77	15
Relacionados con la configuración del sistema de salud	104	1	135	0
TOTAL	270	114	381	15

Gráfica 5-14

Número de problemas identificados según su tipo en la muestra analizada



En la gráfica 5-14 y en la tabla 5-3 se observa de manera discriminada por paciente, la frecuencia de las etiquetas identificadas para cada uno de los tipos de problemas reconocidos en la revisión de literatura previa (relacionados con la atención clínica, relacionados con la gestión de la iPS, y

relacionados con la configuración del sistema de salud). La tabla 5-4 discrimina la no ocurrencia de los problemas identificados según su frecuencia: el color verde representa una no ocurrencia mayor a 10, el color amarillo representa una no ocurrencia entre 5 y 10, y el color rojo significa una no ocurrencia menor a 5.

Según lo anterior, se observa que los problemas relacionados con la atención clínica son los que menos se identifican en ocurrencia, seguido de los problemas relacionados con la cofiguración del sistema de salud, y por último los relacionados con la gestión de la IPS, siendo estos últimos que más acontecen, al visualizar que solo en uno de los casos se encuentra con una ocurrencia menor a 5. Esto confirma lo mencionado en la gráfica 5-15 y tabla 5-4 analizado de manera general.

Tabla 5-4

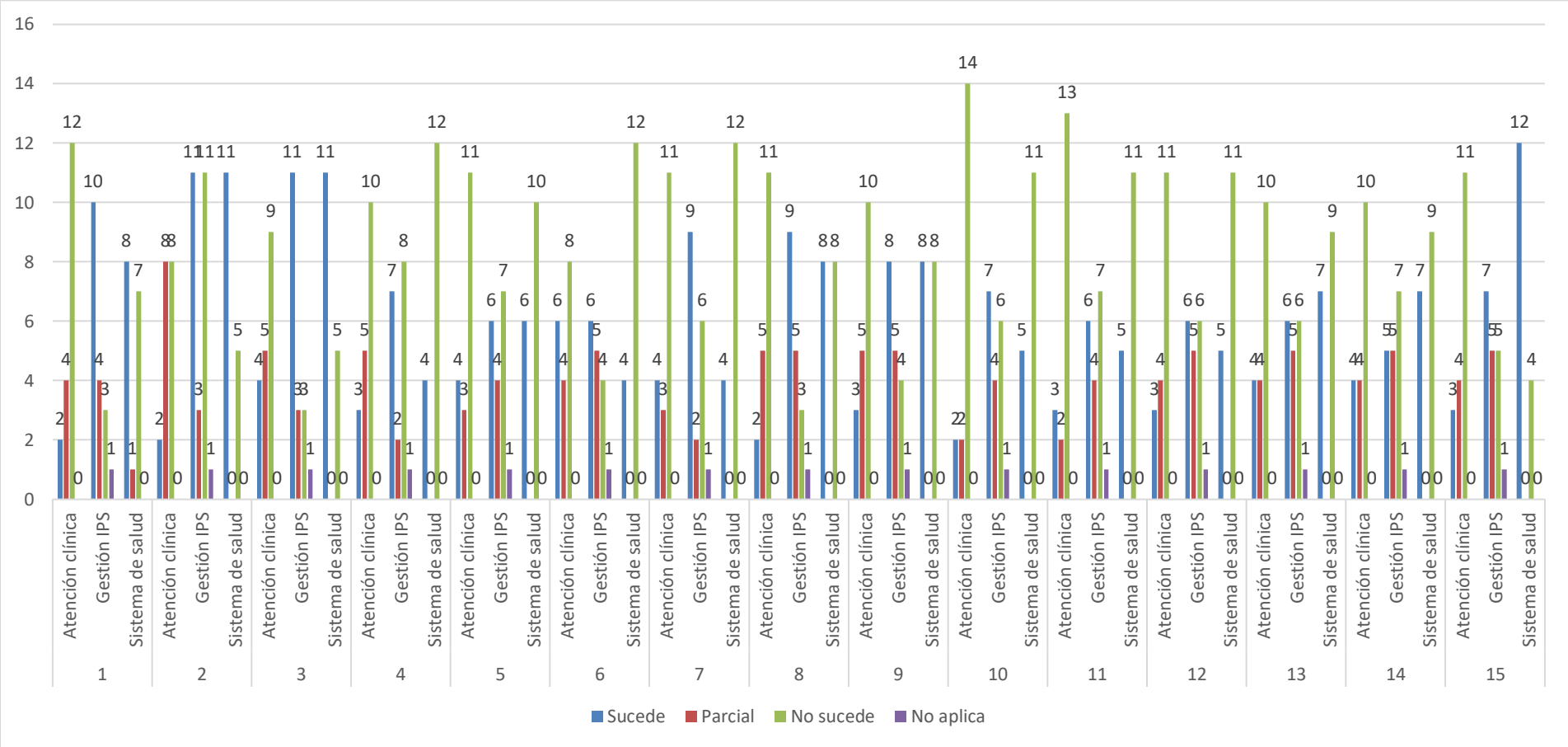
Frecuencia de problemas en la atención del dolor lumbar según los tipos de problemas identificados

Paciente	Problema	Sucede	Parcial	No sucede	No aplica
1	Atención clínica	2	4	12	0
	Gestión IPS	10	4	3	1
	Sistema de salud	8	1	7	0
2	Atención clínica	2	8	8	0
	Gestión IPS	11	3	11	1
	Sistema de salud	11	0	5	0
3	Atención clínica	4	5	9	0
	Gestión IPS	11	3	3	1
	Sistema de salud	11	0	5	0
4	Atención clínica	3	5	10	0
	Gestión IPS	7	2	8	1
	Sistema de salud	4	0	12	0
5	Atención clínica	4	3	11	0
	Gestión IPS	6	4	7	1
	Sistema de salud	6	0	10	0
6	Atención clínica	6	4	8	0
	Gestión IPS	6	5	4	1
	Sistema de salud	4	0	12	0
7	Atención clínica	4	3	11	0
	Gestión IPS	9	2	6	1
	Sistema de salud	4	0	12	0
8	Atención clínica	2	5	11	0
	Gestión IPS	9	5	3	1
	Sistema de salud	8	0	8	0
9	Atención clínica	3	5	10	0
	Gestión IPS	8	5	4	1
	Sistema de salud	8	0	8	0
10	Atención clínica	2	2	14	0
	Gestión IPS	7	4	6	1
	Sistema de salud	5	0	11	0
11	Atención clínica	3	2	13	0
	Gestión IPS	6	4	7	1

	Sistema de salud	5	0	11	0
12	Atención clínica	3	4	11	0
	Gestión IPS	6	5	6	1
	Sistema de salud	5	0	11	0
13	Atención clínica	4	4	10	0
	Gestión IPS	6	5	6	1
	Sistema de salud	7	0	9	0
14	Atención clínica	4	4	10	0
	Gestión IPS	5	5	7	1
	Sistema de salud	7	0	9	0
15	Atención clínica	3	4	11	0
	Gestión IPS	7	5	5	1
	Sistema de salud	12	0	4	0

Gráfica 5-15

Frecuencia de problemas en la atención del dolor lumbar según los tipos de problemas identificados



El anexo 3 presenta la estratificación realizada a los problemas relacionados con la atención clínica. En color verde se encuentra resaltado la no ocurrencia del problema, en color amarillo se denota la ocurrencia parcial del problema, en color rojo se identifica la ocurrencia del problema, y en color blanco en caso de no ser aplicable el problema al caso. La tabla 5-5 maneja las mismas convenciones relacionadas previamente, llamando la atención los problemas 1, 5, 7, 8, 10, 11, 13 y 14. A continuación se discriminan las fallas identificadas para cada problema.

Tabla 5-5

Frecuencia de ocurrencia de problemas relacionados con la atención clínica instaurada

Problema	Sucede	Parcial	No sucede	No aplica
P1	0	15	0	0
P2	0	0	15	0
P3	0	0	15	0
P4	0	0	15	0
P5	0	15	0	0
P6	3	0	12	0
P7	0	13	2	0
P8	0	10	5	0
P9	0	1	14	0
P10	8	2	5	0
P11	14	1	0	0
P12	0	0	15	0
P13	14	0	1	0
P14	5	5	5	0
P15	1	0	14	0
P16	3	0	12	0
P17	0	0	15	0
P18	1	0	14	0
TOTAL	49	62	159	0

- *Problema 1 - Incumplimiento de la recomendación: manejos no invasivos como primera línea de tratamiento (mejoría de dolor, función y manejo de sintomatología psicológica) (Andronis et al., 2017):* en la totalidad de los casos se identificó la falta de manejo psicológico a los pacientes con dolor lumbar; por tanto, se incurre en el problema de manera parcial.

- *Problema 2 - Incumplimiento de la recomendación: uso de terapia psicológica, programas de actividad física y ejercicio terapéutico y de autocontrol (Meroni et al., 2021) (Corp et al., 2020) (Andronis et al., 2017):* presenta la misma falla del problema anterior (no se instaura manejo psicológico en ninguno de los pacientes.

- *Problema 7 - Incumplimiento de la recomendación: evitar el reposo en cama, motivar al paciente a mantener sus actividades cotidianas y alentarlo sobre el pronóstico favorable de la enfermedad (Oliveira et al., 2018), así como prácticas de instrucción en comportamiento general, información, educación y autocuidado (Meroni et al., 2021) (Corp et al., 2020):* se identifica que la información de tipo educativo propuestas en esta recomendación son dadas a los pacientes mayoritariamente por los servicios de apoyo terapéutico (Fisioterapia y Terapia Ocupacional y muy ocasionalmente por los médicos generales y especialistas; por tanto, se incurre en el problema de manera parcial

- *Problema 8 - Incumplimiento de la recomendación: para diagnóstico, se sugiere realizar triage diagnóstico, apertura de historia clínica, examen físico y el examen neurológico (dolor radicular, fuerza muscular, reflejos y sensibilidad), palpación, evaluación postural y de los rangos de movilidad de la columna vertebral (Oliveira et al., 2018):* se identifica la práctica de un exámen de diagnóstico según lo que plantea la recomendación es llevado por los servicios de Apoyo Terapéutico (Fisioterapia y Terapia Ocupacional), y de manera parcial por médicos especialistas y generales.

- *Problema 10 - Incumplimiento de la recomendación: hacer una distinción entre dolor lumbar inespecífico, síndrome radicular y patología específica (Meroni et al., 2021):* no se observa la diferenciación en el curso clínico de la enfermedad, aún cuando se ha hecho uso de ayudas diagnósticas que confirman la presencia de un cuadro clínico de mayor complejidad y que requiere asumir un diagnóstico diferencial al de dolor lumbar inespecífico.

- *Problema 11 - Incumplimiento de la recomendación: realizar evaluación de factores psicosociales (banderas amarillas) en la primera o segunda consulta (Oliveira et al., 2018) así como factores pronósticos (factores clínicos, psicosociales y laborales) (Meroni et al., 2021):* se identifica que en ninguno de los casos se lleva a cabo la evaluación de los factores relacionados en la recomendación; esto es especialmente conflictivo pues la literatura ha determinado como manejo

prioritario el control de dichos factores.

- *Problema 13 - Baja adherencia por parte de los profesionales al cumplimiento de las recomendaciones de las GPC (De Souza et al., 2017) (Hanney et al., 2016) (Ladeira et al., 2015) (Keating et al., 2016) (Trillos MC et al., 2015):* la guía de atención adoptada por la institución para el manejo del dolor lumbar (Instituto de evaluación de tecnologías en salud e investigación del Perú, 2016), se encuentra desactualizada frente a las recomendaciones dadas por la evidencia más renciente. Esto es especialmente conflictivo pues, aunque los profesionales en salud basan su actuar en evidencia correcta, desatienden las recomendaciones que la institución asume para la gestión y manejo del dolor lumbar.

- *Problema 14 - Procesos de evaluación y diagnóstico centrados en la observación y no en la medición (Trillos MC et al., 2015):* se identifican procesos evaluativos y toma de decisiones basadas en el discurso del paciente de su sintomatología, sin haber sido estos corroborados mediante exámen físico y aplicación de test y medidas pertinentes.

Aunque los problemas 6, 15, 16 y 18 se presentan en menor medida, es necesario resaltar las situaciones que suceden en cada uno de ellos:

- *Problema 6 - Incumplimiento de la recomendación: realizar derivación a un especialista cuando se sospeche de patologías graves o radiculopatías, o si no hay mejoría en un periodo variable de 4 semanas a 2 años (Oliveira et al., 2018):* se identifica la remisión de pacientes a consultas de profesionales de niveles de atención más elevados sin tener certeza de la ocurrencia de banderas rojas, o no se derivan los pacientes que presentan banderas rojas en su atención y requieren de dicha atención.

- *Problema 15 - Posturas contrarias la practica basada en la evidencia: contradicción entre quienes toman decisiones basadas en la evidencia y quienes no lo hacen (Mota da Silva et al., 2015):* discrepancia en el tipo y cantidad de tratamiento requerido por los pacientes (predominantemente en el área de Fisioterapia).

- *Problema 16 (Brecha de autogestión: adherencia variable al tratamiento por parte del paciente a pesar de contar con herramientas de autocuidado (Moore & Jull, 2010):* pacientes inasistentes a los tratamientos programados, que limitan el desarrollo y continuidad del mismo.

- *Problema 18 - Creencias de intervención en los pacientes que va en contravía a la evidencia científica de mayor valor (Setchell et al., 2019):* pacientes con negación a la prescripción de manejos invasivos, aun cuando la cronicidad y severidad de su patología lo hace necesario.

El anexo 4 presenta la estratificación realizada a los problemas relacionados con la gestión de la IPS. En color verde se encuentra resaltado la no ocurrencia del problema, en color amarillo se denota la ocurrencia parcial del problema, en color rojo se identifica la ocurrencia del problema, y en color blanco en caso de no ser aplicable el problema al caso. La tabla 5-6 maneja las mismas convenciones relacionadas previamente, llamando la atención los problemas 1, 2, 3, 5, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 y 18. A continuación se discriminan las fallas identificadas para cada problema.

Tabla 5-6

Frecuencia de ocurrencia de problemas relacionados con gestión de la IPS

Problema	Sucede	Parcial	No sucede	No aplica
P1	15	0	0	0
P2	0	15	0	0
P3	15	0	0	0
P4	4	0	11	0
P5	5	10	0	0
P6	8	0	7	0
P7	1	0	14	0
P8	8	0	7	0
P9	0	0	15	0
P10	9	0	6	0
P11	6	0	9	0
P12	1	8	6	0
P13	0	13	2	0
P14	0	15	0	0
P15	15	0	0	0
P16	15	0	0	0
P17	15	0	0	0
P18	0	0	0	15
TOTAL	**117**	**61**	**77**	**15**

- *Problema 1 – Uso de GPC como referente con bajos niveles de evidencia o desactualizadas:* la guía adoptada como referente para la atención del dolor lumbar pertenece al año 2016 (Instituto de evaluación de tecnologías en salud e investigación del Perú, 2016) y cuenta con recomendaciones contrarias a la mejor evidencia disponible para el momento.

- *Problema 2 – Oportunidades de manejo interdisciplinario del dolor lumbar crónico inespecífico son restringidas (Trillos MC et al., 2015):* el tratamiento instaurado a los pacientes mantiene un curso lineal, en el que no existe interacción entre los profesionales tratantes del paciente de manera transversal y colaborativa.

- *Problema 3 – Barreras en el acceso y uso de la literatura científica derivadas de la organización de los servicios de salud (Mota da Silva et al., 2015):* la guía de práctica clínica instaurada como referente para la atención se encuentra desactualizada; adicionalmente, la IPS no proporciona herramientas de consulta que pudiesen servir de referente, ni espacios de actualización constantes.

- *Problema 5 – Transferencia y uso de la información clínica de los pacientes poco o nada eficiente (Aller et al., 2015) (Vázquez et al., 2015):* la historia clínica es el único medio de comunicación con que cuentan los profesionales que atienden a los pacientes con dolor lumbar. Adicionalmente, se identifican casos específicos en donde el paciente no tiene un diagnóstico médico definido, accede a los mismos servicios en múltiples ocasiones y por la misma condición de salud o no tiene el completo entendimiento de su proceso de salud; estas situaciones se visualizan en las historias clínicas pero no son de conocimiento o entendimiento para los profesionales de salud.
- *Problema 6 – Atención clínica no secuencial y complementaria por los diferentes servicios y niveles asistenciales involucrados (Aller et al., 2015) (Vázquez et al., 2015) (Vázquez et al., 2017):* debido a que la atención clínica es lineal, se identifican casos en los que los pacientes requieren de atenciones las cuales no son prestadas (no se remiten a consultas especializadas y ayudas diagnósticas), o se indican intervenciones no pertinentes para su condición de salud o sociodemográfica (pacientes de avanzada edad en atenciones grupales de Fisioterapia, con condiciones de funcionalidad limitadas).

- *Problema 8 – Seguimiento inoportuno o nulo al paciente y su condición de salud (Aller et al., 2015) (Vázquez et al., 2015) (Vázquez et al., 2017):* se identifican situaciones en las que el paciente no sigue el curso correcto del tratamiento por desconocimiento, se prestan múltiples consultas del mismo tipo debido a la baja resolutividad del motivo de consulta del paciente, tiempos de tratamiento extensos, tiempos de espera prolongados entre consultas generales y especializadas, entre otras.

- *Problema 10 - Interacción difícil entre los servicios institucionales, al requerir derivaciones, evaluaciones y planificación e implementación de los tratamientos por separado (Dziedzic et al., 2016):* las diferentes áreas a las que son direccionados los pacientes funcionan de manera independiente y según gestión de los pacientes; es por ello que se identificaron casos en los que

la secuencialidad del tratamiento no fue la esperada, generándose a su vez procesos incorrectos como la asistencia de pacientes a consulta sin los manejos previos a realizar, tiempos de atención extensos, y múltiples consultas en un mismo servicio y para la misma causa de consulta.

- *Problema 11 – Dificultad para llegar a acuerdos entre profesionales de salud sobre el manejo clínico de los pacientes (Vázquez et al., 2017)*: dada la difícil comunicación entre profesionales, se observó la ocurrencia de divergencia en las acciones instauradas entre profesionales que prestaron su atención, desconocimiento de los protocolos instaurados para la atención lo que llevó a direccionamientos inadecuados (pacientes de avanzada edad remitidos a Fisioterapia grupal), contrariedad entre los manejos solicitados y los instaurados (direccionamiento de hidroterapia por médico especialista con final direccionamiento de Fisioterapia convencional por parte del fisioterapeuta de valoración) y las recomendaciones dadas a los pacientes.

- *Problema 12 - Baja o nula incorporación de las preferencias del paciente en las opciones y los procesos de atención (atención centrada en el paciente) (Minvielle, 2019):* se identificó una actitud pasiva del paciente sobre las atenciones instauradas, principalmente en las consultas de medicina general y especializada; en ocasiones se explica al paciente sobre el manejo a instaurarse, otras pocas sobre la condición de salud cursante.

- *Problema 13 - Configuración de las relaciones entre las distintas profesiones dentro de la organización (Melin Emilsson et al., 2020):* aunque la literatura lo identifica, es difícil visualizar a través de los registros de historias clínicas el proceso relacional instaurado entre las distintas profesiones; más aún, cuando la interacción es parcial entre estos pues se da de manera escrita a través de los registros clínicos.

- *Problema 14 - Dificultades para la definición del rol coordinador de las atenciones prestadas (Bousquat et al., 2017):* se identifica al médico de mayor nivel de especialización como coordinador de la atención del paciente con dolor lumbar; en el caso que no requiera derivación a médico especialista, el médico general es quien solicita los servicios requeridos por el paciente y verifica los desenlaces de la intervención.

- *Problema 15 – Dificultades para la coordinación y delegación de tareas no médicas (administrativas, sociales o legales) (Stumm et al., 2019):* se identificó nula gestión por parte de los profesionales en salud en términos administrativos sobre el manejo de los pacientes, quienes se comportan como emisores de servicios que el paciente debe programar; por parte de la IPS existe un manejo pasivo que se lleva a cabo cuando el paciente solicita la programación de sus consultas, en términos de agendamiento. Las cuestiones previamente mencionadas alteran el normal curso de la atención en salud pues no se deja registro de explicación al paciente sobre la manera correcta de llevar su proceso de salud, teniendo este libertad y potestad de coordinar sus atenciones según su juicio, que no es siempre correcto.

- *Problema 16 – Tiempos insuficientes para desarrollar las actividades necesarias para la coordinación de la atención (Bousquat et al., 2017):* este problema se enlaza con lo relatado en el problema número 15, y se relaciona con los cortos tiempos establecidos para la atención; esto no permite al profesional en salud desarrollar una labor coordinativa requerida para identificar desde la historia clínica los manejos instaurados y los faltantes en la atención del paciente. Así pues, el paciente se convierte en el coordinador y gestor de las atenciones solicitadas.

- *Problema 17 – Coordinación compleja entre profesionales de los diferentes niveles de atención (Bousquat et al., 2017):* la interacción es parcial entre los diferentes niveles de atención pues se da de manera escrita a través de los registros clínicos.

- *Problema 18 – Procesos de referencia y contra referencia débiles, que limitan la capacidad de prestar servicios coordinados de salud y con la calidad requerida (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016):* este problema identificado no aplica al caso en cuestión, pues los casos de los pacientes aquí analizados se desarrollaron netamente en el ámbito ambulatorio, no requiriendo procesos de referencia y contra referencia para su atención.

Finalmente, el anexo 5 presenta la estratificación realizada a los problemas relacionados con la configuración del sistema de salud para la atención de pacientes con dolor lumbar. En color verde se encuentra resaltado la no ocurrencia del problema, en color amarillo se denota la ocurrencia parcial del problema, en color rojo se identifica la ocurrencia del problema, y en color blanco en caso de no ser aplicable el problema al caso. La tabla 5-7 maneja las mismas convenciones relacionadas

previamente, llamando la atención los problemas 3, 4, 6, 7, 11, 12 y 15. A continuación se discriminan las fallas identificadas para cada problema.

Tabla 5-7

Frecuencia de ocurrencia de problemas relacionados con la configuración del sistema de salud

Problema	Sucede	Parcial	No sucede	No aplica
P1	3	0	12	0
P2	3	1	11	0
P3	15	0	0	0
P4	12	0	3	0
P5	3	0	12	0
P6	9	0	6	0
P7	6	0	9	0
P8	0	0	15	0
P9	0	0	15	0
P10	0	0	15	0
P11	15	0	0	0
P12	15	0	0	0
P13	0	0	15	0
P14	15	0	0	0
P15	3	0	12	0
P16	0	0	15	0
TOTAL	99	1	140	0

- *Problema 3 – Predominio de las intervenciones de tipo promocional, preventivo y ambiental planteadas en un modelo de atención que se pretenden suplir a través de herramientas de niveles superiores de complejidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016):* aunque el sistema de salud propende por ejecutar acciones de salud previo a la ocurrencia de la enfermedad, en los casos de pacientes con dolor lumbar se observa que no son atendidos en su condición de salud sino hasta que presentan el cuadro patológico descrito; aunque dentro de la atención médica instaurada se observan atenciones de tipo educativo como las llevadas a cabo por los equipos de apoyo terapéutico (planes caseros, talleres de higiene postural), las acciones predominantemente

instauradas son de manejo médico.

- *Problema 4 – Disminución paulatina de la capacidad resolutiva de los servicios de baja complejidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016):* se observa en los casos analizados, una conducta en los profesionales de salud tendiente a escalar los casos de atención de pacientes, con la finalidad de obtener conceptos más complejos de acuerdo al cuadro clínico del paciente; no obstante, se identificó dentro de los problemas de atención clínica que esta conducta no siempre es necesaria, lo cual aumentaría el gasto en salud, el tiempo de atención, y de manera global la resolución de los casos de salud en el tiempo.

- *Problema 6 – Incremento de las actividades asistenciales de niveles superiores de atención frente a las de primer nivel (de promoción de salud y prevención de la enfermedad) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016):* esta situación se enlaza con la sucedida en el problema número 4, generando las mismas dificultades allí relatadas.

- *Problema 7 – Incremento de las acciones hospitalarias requeridas para la enfermedad, el riesgo en salud y el gasto médico (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016):* tambien esta situación se liga a los problemas 4 y 6 de la configuración del sistema de salud.Debido a la baja resolutividad de los servicios de baja complejidad, y al incremento de acciones asistenciales de nivel superior, se incrementa no solo el número de acciones a realizar, sino también su complejidad técnico científica, generando como resultado el incremento del gasto en salud.

- *Problema 11 – Redes integrales de atención en salud pensadas desde la colectividad pero que se ejecutan desde la individualidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016):* el sistema de salud se plantea como una red integral que cuenta con los tres niveles de atención de manera integrada, que funcionan de manera coordinada y que piensan al paciente en un entorno social colectivo; no obstante, el paciente no se observa desde su contexto sino desde su individualidad, pues las acciones planteadas para la atención en salud trasciende desde los niveles de atención primario (encargados de este abordaje colectivo), para centrarse en el específico del paciente consultante.

- *Problema 12 – Inexistencia de GPC para dolor lumbar emitida directamente por el ministerio de salud y protección social:* o cual genera una variabilidad importante en la atención clínica

instaurada en pacientes con dolor lumbar; adicionalmente, permite a las IPS asumir la decisión sobre la GPC, existiendo la posibilidad de tomar decisiones incorrectas y con ello, proponer a los profesionales que hacen uso de estas una actiar equivocado para el caso.

- *Problema 15 - Fragmentación en las redes de atención y la prestación de los servicios (Wang et al., 2016):* las redes de atención establecidas por el MIAS contribuyen a que los pacientes que requieran servicios de mayor complejidad y que no se encuentren dentro de la red establecida, tengan que desplazarse hacia otras redes de atención con el fin de suplir la necesidad del paciente. Esto desencadena dificultades en la articulación de los diferentes prestadores de salud que conforman las redes (problema 1 de configuración del sistema de salud) y una dificultad de intercambio documental y de información entre prestadores y aseguradores (problema 2 de configuración del sistema de salud) (problema 5 de la gestión de la IPS), los cuales a su vez complejizan el seguimiento al paciente y su proceso de salud (problema 8 de la gestión de la IPS), y disminuye la secuencialidad y complementariedad de los servicios y niveles de atención requeridos (problema 6 de la gestión de la IPS); A su vez, esto puede incurrir en el uso de atenciones redundantes para el cuadro clínico del paciente (problema 4 de la gestión de la IPS) y generando atenciones en salud poco coherentes (problema 7 de la gestión de la IPS).

Los problemas 9 (Caracterización prioritaria de la población desde la gestión del riesgo, prioritariamente (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)) y 10 (Organización de la población según el enfoque de curso de vida que restringe panorama integral de la persona (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016), merecen atención especial dentro de este apartado debido a que, aunque no se logran materializar en la verificación de historias clínicas realizadas, podrían ser dos posibilidades de mejora a instaurar dentro del proceso de atención a los pacientes con dolor lumbar. La caracterización de los pacientes con dolor lumbar como grupo de riesgo representaría una oportunidad de anticiparse a que el curso natural de la enfermedad progrese de manera negativa; esto mediante los procesos de detección de factores de riesgo y su tratamiento temprano. Por otra parte, aunque el enfoque de vida establecido por el MIAS restringe el panorama integral de abordaje a la persona, contribuiría a la caracterización de las personas con dolor lumbar al identificar aspectos propios de los grupos etarios que pudieran ser factores desencadenantes para la aparición del dolor lumbar; algunos de ellos podrían estar relacionados con la ocupación de las personas, los entornos comunitarios donde habitan, los hábitos y estilos de vida que asumen, entre otros.

6. Análisis de resultados: brechas identificadas

Llevado a cabo el análisis previamente descrito, es necesario contrastarlo con lo que la misma evidencia propone como las mejores prácticas para la atención y gestión del dolor lumbar.

Al comparar el proceso de gestión establecido por la IPS (anexo 1) y lo ejecutado según registro de historia clínica, es posible observar que la linealidad planteada por la IPS dista de la realidad: no se utiliza una sino múltiples intervenciones en consultas de primera vez de medicina general, en múltiples combinaciones tales como manejo farmacológico y Fisioterapia, manejo farmacológico y ayudas diagnósticas, manejo farmacológico, Fisioterapia y ayudas diagnósticas, ayudas diagnósticas y remisión a médico especialista, entre otros, y en múltiples tiempos de atención. Existen estudios que reportan coincidencia en este tipo de comportamientos en los profesionales en salud, identificando una variabilidad destacable en la remisión de servicios de salud según el profesional tratante (Dietrich et al., 2018)

Aunque en general se cumple con las recomendaciones dadas por la evidencia actual para el manejo del dolor lumbar, es posible evidenciar un sobreuso en la remisión de ayudas diagnósticas como medio facilitador del diagnóstico del paciente, lo que a su vez ha contribuido a dejar de lado el raciocinio clínico como medio diagnóstico (esto último identificado en el análisis). Algunos estudios han identificado que esta es una práctica relativamente cotidiana en los servicios de consulta externa, pero que incrementa de manera significativa el gasto en salud y efectos adversos relacionados (Barnett et al., 2020) (Ojeda, 2020).

En la literatura se han identificado algunos esfuerzos para reducir la practica anteriormente mencionada: el NPS Medicine Wise LBP program instauró en sus participantes (médicos generales) acciones de retroalimentación sobre patrones de referencia y una herramienta de apoyo a la toma de decisiones e información del paciente, logrando una reducción estadísticamente significativa del 10,85% en el volumen de ayudas diagnósticas utilizadas; esto representó una reducción de costos

para el sistema de salud australiano de $11.600.898 dólares en un periodo estimado de un año, ahorrando 82 dólares por cada estudio no solicitado (Morgan et al., 2019).

Se resalta el seguimiento de las recomendaciones instauradas por los profesionales tratante, el adecuado manejo frente a la prescripción farmacológica y la instauración de el ejercicio terapéutico como modalidad primordial de tratamiento en los pacientes con dolor lumbar; el seguimiento de estas pautas de tipo conservador genera una disminución en el uso de procedimientos intervencionistas de mayor nivel, un menor número de referencias innecesarias a consultas de médico general y especializado, así como favorecer el mantenimiento de la funcionalidad del paciente al reducir el curso del deterioro del paciente en las listas de espera por procedimientos de mayor complejidad (Layne et al., 2018)

Llama la atención la falta de inclusión del aspecto contextual, psicológico y educativo del paciente al manejo del dolor lumbar en las guías y actuar institucional. Aunque las recomendaciones de las guías de práctica clínica llaman a la identificación de los sintomas psicológicos al ser estos factores pronosticos negativos para el dolor lumbar (Wong et al., 2019) (Othman et al., 2020), a ninguno de los pacientes de la muestra se les incluyó el manejo mencionado.

Se ha identificado que las personas con dolor lumbar perciben preocupaciones relacionadas con la dificultad para continuar su cotidianidad y con ello la necesidad de acciones adicionales frente a su manejo; algunas de ellas están relacionadas con su lugar de trabajo (perciben presión para volver al trabajo, dificultades con las exigencias de su ocupación, empleadores que estén informados sobre el dolor lumbar, adaptaciones en el lugar de trabajo frente a su condición), financieras (dadas las ineficiencias de los sistemas de compensación y sus repercusiones sobre sus ingresos), social (pocas o nulas redes sociales, necesidad de apoyo social) y en su hogar (dificultades relacionadas con la ejecución de las alborsl del hogar) (Chou, Cicuttini, et al., 2018).

Implementar estrategias y políticas de prevención de lesiones en el trabajo, el ocio y el deporte los cuales controlen la prevalencia de lesiones, podría ser una manera de intervenir los entornos del paciente ; establecer procesos de instrucción y educación al paciente sobre el manejo de la sintomatología y sus condiciones cotidianas; esto tendría un gran efecto preventivo en la reincidencia de la condición de salud en cuestión (GüneÅ & Ayaz-Alkaya, 2022).

Es por ello que no basta con instaurar el manejo médico correspondiente, pues estos no han logrado ser consistentes en la duración de su efecto y su efectividad per sé; surge entonces la necesidad de establecer políticas en salud con métodos que consideren los múltiples dominios que intervienen en la ocurrencia del dolor lumbar, asumiendo enfoques holísticos, integrales y transdisciplinares en el manejo del dolor (Chou, Ranger, et al., 2018), a través de intervenciones de tipo multidisciplinares con enfoque biopsicosocial, las cuales generan una mejora en los pacientes y su calidad de vida, la reducción en ocurrencia y duración de los episodios de dolor lumbar y la cronicidad de la lumbalgia inespecífica, lográndose una disminución en los costos sociales y económicos ligados (Berenguera et al., 2011).

Algunos programas de manejo del dolor lumbar de este tipo han sido datados en la literatura: *Move 2 Health* (Rhon et al., 2021), SMART (Fritz et al., 2020), primary spine care (PSC) (Whedon et al., 2020), entre otros, los cuales demuestran adecuados resultados no solo en términos clínicos (aumento de la funcionalidad, disminución de la discapacidad, número de exploraciones por resonancia magnética o TAC, prescripción de opioides, entre otros), sino también en aspectos como la calidad comunicativa con el profesional de salud tratante, el acceso y la coordinación en las atenciones prestadas, y la disminución de las atenciones posteriores al egreso del tratamiento (Santa Barbara et al., 2020).

Aunque a través de la revisión de historias clìnicas no fue posible identificar las dinámicas relacionales establecidas entre pacientes y profesionales de salud, y entre proferionales de salud de distintas áreas, la literatura ha reportado que los aspectos de relacionamiento de las partes es un aspecto provechoso para gestionar: la explicación de la causa de su problema, la mejora en el nivel de dolor y en la capacidad para realizar las tareas diarias son cuestiones que empoderan al usuario frente a su proceso de salud (Smuck et al., 2022). Tambien los pacientes esperan buenas relaciones con las instituciones de salud y el sistema de salud en generala través de una buena comunicación y una toma de decisiones compartida, una atención holística y con continuidad, y una disminución de aspectos como los largos tiempos de espera, las dificultades de acceso al tratamiento, el costo y el esfuerzo personal para acceder a la atención (Chou, Ranger, et al., 2018).

Hace ya varios años se viene hablando sobre la necesidad de un rediseño de procesos y los sistemas de prestación de servicios de salud, relacionadas con aspectos como pautas para la atención,

funciones definidas para cada uno de los actores del proceso, codificación uniforme del servicio, educación del proveedor y del paciente, gestión de las referencias a los diferentes servicios que pueda tomar el paciente y supervisión de los procesos de gestión (Harrington et al., 2001). Todos ellos requerirán configurar de nuevo los procesos tradicionalmente ejecutados, pues deben dejar de apoyar tratamientos y procesos que ya no están respaldados por la evidencia, conllevan un riesgo de daño e incrementan el costo en salud sin justificación (Briggs et al., 2020)

La efectividad de las acciones instauradas para el manejo del dolor lumbar está siendo cuestionada, pues aunque deberían perdurar en el tiempo, se ha identificado que las personas con dolor lumbar progresan en su condición posterior al tratamiento conservador y la posibilidad de reincidencia del cuadro patológico es tan alta que uno de cada cinco pacientes tendrá que buscar nuevamente atención clínica al respecto (Ho et al., 2021). El sistema de salud requiere instaurar estrategias que le permitan mantener al paciente físicamente activo en el tiempo, así como ser un autogestor de su sintomatología posterior al darle de alta de su tratamiento. Herramientas como el coaching de salud *puede "ayudar a las personas a mejorar los niveles de actividad física y puede reducir potencialmente la utilización de atención médica para el dolor lumbar",* al establecer estrategias de apoyo coordinado entre servicios ambulatorios y de salud pública, los cuales se mantienen al tanto del paciente en un enfoque de educación y asesoría (Ho et al., 2021).

El ajuste también debe hacerse en términos de evaluación, inclusión y control de nuevas tecnologías y procedimientos para el manejo del dolor lumbar; si bien se evidencia que lo que se indican en las guías de práctica clínica como recomendaciones de mayor nivel está cubierto por el Plan Obligatorio de Salud POS, estos en algún momento se tornan insuficientes y generan deterioro en la salud de los pacientes y un detrimento de la sostenibilidad del sistema de salud al redundar sobre el mismo manejo y conllevar a sobreutilizar sus recursos (Urrútia Cuchí, 2011).

Una mejor gestión de la asignación de los recursos económicos para la atención del dolor lumbar permitiría derribar algunas barerras relacionadas con el uso de procedimientos novedosos, marcados por su desconocimiento (Caswell & West, 2002), tales como productos biológicos, terapias basadas en células, avances quirúrgicos, rehabilitación y apoyo para autocontrol (Mardain et al., 2020). Otra manera de aplicar lo anteriormente dicho es el uso de tencologías digitales para la gestión de la atención, a través de herramientas como eSalud, telesalud, registros médicos electrónicos; esto facilitaría el acceso e intercambio de información y servicios para pacientes y profesionales de la

salud, apoyando la autogestión, la navegación del sistema y la prestación de las atenciones requeridas (Briggs et al., 2019).

La coordinación e integración de cuidados prestados en la atención del dolor lumbar, requiere ajustes en su modelo de trabajo para mejorar su efectividad: la creación de equipos de atención multidisciplinarios, con competencias en atención primaria, que trabajan mancomunadamente a través de enfoques holísticos y están respaldados por una red de referencia de proveedores en salud, facilitará la atención integrada enter la fuerza laboral y los servicios prestados mediante un programa de atención específico para la condición de salud (Briggs et al., 2019).

Tambien se hace necesario la toma de medidas frente al seguimiento de las pautas y recomendaciones de las guías de práctica clínica en la práctica cotidiana, pues el establecer estandares de atención nacionales permite consolidar una atención de calidad, con lineamientos a seguir y con la posibilidad de realizar revisión a detalle a la atención mediante indicadores de cumplimiento (Briggs et al., 2019).

En general, la comunidad académica llama a una reconfiguración de las prioridades de los sistemas de salud desde el nivel macro, con políticas y regulaciones, modelos financieros, planificación de la fuerza laboral, sistemas de información y mecanismos optimos de la prestacion del servicio que propendan por aplicar intervenciones efectivas de primera línea mediante atenciones sostenibles y de alto valor; estos ajustes inciden de manera directa sobre aspectos como la accesibilidad, la equidad y la seguridad del paciente, la eficacia, la rentabilidad y la sostenibilidad en la atención de la salud (Briggs et al., 2020).

La agenda de desarrollo sostenible para el 2030 dictada por la OMS propone a las organizaciones de salud a llevar a cabo el fortalecimiento del sistema de salud a través de una buena gobernanza y alianzas de las múltiples partes interesadas para la salud, el uso de sistemas sólidos de datos e información y el acceso equitativo a servicios de atención médica de calidad y derechos asociado (Asamblea general de las Naciones Unidas, 2015); es por ello que los gobiernos actuales deben plantearse la necesidad de reformar y realinear los sistemas de salud de manera que respondan a las necesidades relacionadas con los comportamientos epidemiológicos de las enfermedades no

transmisibles, tales como el dolor lumbar, y así poder responder mejor a las cargas economicas y sociales ligadas a estas.

Gobiernos como Australia, el Reino Unido, Chile, Francia, Alemania, Suecia, Suiza, Corea, entre otros, han integrado a sus entornos a atención primaria estrategias de atención para condiciones de salud musculoesqueléticas mediante tres acciones estratégicas predominantes: involucrar y empoderar a las personas y las comunidades, reorientación del modelo de atención y coordinación de servicios dentro y entre sectores, y por último, crear un entorno propicio para la atención de estas condiciones de salud (Briggs et al., 2019). Lo anterior a través de acciones como la promoción de comportamientos saludables, entornos seguros y reducción de riesgos, el manejo y prevención a lo largo del ciclo vital, la investigación para apoyar la atención de las enfermedades musculoesqueléticas centrada en las personas y el establecimiento de alianzas entre las organizaciones encargadas de la prestación de servicios, el diseño de servicios y la formulación de políticas, las personas y sus familias (Briggs et al., 2019)

Así pues, la garantía de la salud y su prevención, gestión y atención asociadas al dolor lumbar, deben ser considerdas en las políticas públicas y actividades transversales dentro de los gobiernos. El disease management provee a los gobiernos, IPS y demás involucrados, un marco de trabajo óptimo para la correcta identificación y estratificación de los pacientes, instaurar el manejo correcto y justo, que procure desenlaces de salud adecuados y manteniendo el gasto en salud ideal.

7. Conclusiones

El dolor lumbar es una condición de salud musculoesquelética que presenta una prevalencia alta a nivel mundial, la cual genera costos individuales, sociales, económicos y laborales de alta relevancia. Aunque la evidencia propone un manejo holístico en un nivel de atención primaria, las intervenciones identificadas en una IPS denotan un proceso intervencionistas clínico, con elevados costos en salud, baja efectividad y altos episodios de reincidencia.

Al analizar el proceso de atención instaurado, fue posible identificar problemas de coordinación de índole clínico, de gestión dentro de la IPS y de configuración del sistema de salud frente a la patología estudiada; aunque unos impactan de mayor manera sobre los descenlaces clínicos de los pacientes, los de mayor peso se encuentran relacionados con los dos últimos.

El ajuste de las partes, dentro de las que se incluyen los procesos, los recursos, los actores y las políticas a través de una integración coordinada en las atenciones instauradas, podría conllevar a un manejo más eficiente y provechoso de la condición de salud estudiada. El modelo de disease management es una herramienta que facilitaría a los involucrados el planteamiento de un modelo de ateción coordinado y ajustado para la condición de salud en cuestión.

8. Recomendaciones

Las guías de práctica clínica proporcionan estándares de atención, basados en la evidencia y que facilitan un enfoque práctico de evaluación, diagnóstico y tratamiento para los pacientes con una condición de salud en específico. Aunque desarrollar y/o asumir guías o protocolos de práctica clínica para todos los diagnósticos de IPS supone un esfuerzo importante en múltiples dimensiones, la posibilidad de asumirlas para una serie de morbilidades recurrentes facilitaría la estandarización de la atención en salud, un mejor uso de los recursos dispuestos por el sistema de salud y la IPS, y en general un mejor resultado del proceso de atención en salud; en la misma linea, valdría la pena mantener un ejercicio sistemático de actualización de las mismas.

Realizar un proceso de rediseño organizacional que permitiese la creación de un modelo propiamente dicho para la atención del dolor lumbar, facilitaría el cierre de las brechas identificadas en el presente trabajo de grado: un trabajo sistemático, con un enfoque biopsicosocial enfocado en el paciente, su familia y su comunidad, y en el que las profesiones requeridas según la evidencia presentada llevasen un proceso comunicativo constante, conllevaría a disminuir las dificultades de coordinación en el proceso de atención de esta condición, prestando un mejor servicio y abaratando los costos de diversa índole identificados.

Facilitar a los profesionales de salud involucrados el conocimiento y adherencia de las guías de práctica clínica, así como el establecimiento de un proceso educativo constante a los pacientes y sus familias, favorecerían los procesos comunicativos y de empoderamiento del proceso, cada uno desde su posición.

Aunque el gobierno propone una política pública en salud en donde se resaltan las atenciones dadas desde los entornos primarios, al descender a la operatividad de esta al cotidiano se evidencias

atenciones primoridalmente clínicas, encasilladas en el componente complementario y que desbordan la capacidad del mismo sistema de salud; para el caso del dolor lumbar, se sugiere un manejo predominantemente primario que el sistema podría asumir de adecuada manera si se establecieran acciones efectivamente coordinadas e instauradas dentro de lo que significa y conlleva entorno de atención primaria propiamente dicho.

Las enfermedades musculoesqueléticas y en especial el dolor lumbar, deben ser incluida dentro de las enfermedades a gestionar por su alta prevalencia en la población, su carácter discapacitante y sus impliaciones en la calidad de vida de las personas. La política pública en salud debe ser reevaluada en su alcance dadas las transformaciones de la configuración poblacional y sus procesos paotlógicos subyacentes, más allá de la gestión del riesgo y del enfoque de ciclo de vida que se propone.

9. Bibliografía

Acaroğlu, E., Nordin, M., Randhawa, K., Chou, R., Côté, P., Mmopelwa, T., & Haldeman, S. (2018). The Global Spine Care Initiative: a summary of guidelines on invasive interventions for the management of persistent and disabling spinal pain in low- and middle-income communities. *European Spine Journal*, *27*, 870–878. https://doi.org/10.1007/s00586-017-5392-0

Andronis, L., Kinghorn, P., Qiao, S., Whitehurst, D. G. T., Durrell, S., & McLeod, H. (2017). Cost-Effectiveness of Non-Invasive and Non-Pharmacological Interventions for Low Back Pain: a Systematic Literature Review. *Applied Health Economics and Health Policy*, *15*(2), 173–201. https://doi.org/10.1007/s40258-016-0268-8

Arce-Eslava, S. L., Parra-González, E., Parra-González, E., & Cruz-Libreros, A. M. (2015). Costos por Dolor Lumbar en una EPS en Cali, Colombia. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, *3*(2), 22–25. http://revistasojs.unilibrecali.edu.co/index.php/rcso/article/view/90

Asamblea general de las Naciones Unidas. (2015). *70/1. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible* (p. 40). https://unctad.org/system/files/official-document/ares70d1_es.pdf

Bardin, L. D., King, P., & Maher, C. G. (2017). Diagnostic triage for low back pain: A practical approach for primary care. *Medical Journal of Australia*, *206*(6), 268–273. https://doi.org/10.5694/mja16.00828

Barnett, P. G., Jacobs, J. C., Lo, J., Nevedal, A., Jarvik, J. G., Chou, R., & Boothroyd, D. (2020). Assessment of Primary Care Clinician Concordance with Guidelines for Use of Magnetic Resonance Imaging in Patients with Nonspecific Low Back Pain in the Veterans Affairs Health System. *JAMA Network Open*, *3*(7). https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.10343

Beinart, N. A., Goodchild, C. E., Weinman, J. A., Ayis, S., & Godfrey, E. L. (2013). Individual and intervention-related factors associated with adherence to home exercise in chronic low

back pain: A systematic review. *Spine Journal*, *13*(12), 1940–1950. https://doi.org/10.1016/j.spinee.2013.08.027

Berenguera, A., Pujol-Ribera, E., Rodriguez-Blanco, T., Violan, C., Casajuana, M., de Kort, N., & Trapero-Bertran, M. (2011). Study protocol of cost-effectiveness and cost-utility of a biopsychosocial multidisciplinary intervention in the evolution of non-specific sub-acute low back pain in the working population: cluster randomised trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*, *12*(195). https://doi.org/10.1186/1471-2474-12-194

BMUS. (2015). *United States Bone and Joint Initiative: The Burden of Musculoskeletal Diseases in the United States*. https://doi.org/ISBN: 978-0-9963091-0-3

Brazilian Association of Physical Medicine and Rehabilitation. (2013). *Chronic nonspecific low back pain: Rehabilitation*. *59*(6), 536–553.

Briggs, A. M., Persaud, J. G., Deverell, M. L., Bunzli, S., Tampin, B., Sumi, Y., Amundsen, O., Houlding, E. M., Cardone, A., Hugosdottir, T., Rogers, S., Pozsgai, M., & Slater, H. (2019). Integrated prevention and management of non-communicable diseases, including musculoskeletal health: a systematic policy analysis among OECD countries. *BMJ global health*, *4*(5). https://doi.org/. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001806

Briggs, A. M., Shiffman, J., Shawar, Y. R., Åkesson, K., Ali, N., & Woolf, A. D. (2020). Global health policy in the 21st century: Challenges and opportunities to arrest the global disability burden from musculoskeletal health conditions. Best practice & research. *Clinical rheumatology*, *34*(5). https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.berh.2020.101549

Caswell, A. M., & West, J. (2002). An investigation into the factors affecting patient selection of chronic low back management methods, with particular reference to non-utilization of the complimentary therapies, in the United Kingdom. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*, *16*, 121–133. https://doi.org/10.3233/BMR-2002-16402

Chenot, J. F., Greitemann, B., Kladny, B., Petzke, F., Pfingsten, M., & Schorr, S. G. (2017). Clinical practice guideline: Non-specific low back pain. *Deutsches Arzteblatt International*, *114*(51–52), 883–890. https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0883

Chou, L., Cicuttini, F. M., Urquhart, D. M., Anthony, S. N., Sullivan, K., Seneviwickrama, M., Briggs, A. M., & Wluka, A. E. (2018). People with low back pain perceive needs for non-biomedical services in workplace, financial, social and household domains: a systematic review. *Journal of Physiotherapy*, *64*(2), 74–83. https://doi.org/10.1016/j.jphys.2018.02.011

Chou, R., Côté, P., Randhawa, K., Torres, P., Yu, H., Nordin, M., Hurwitz, E. L., Haldeman, S., &

Cedraschi, C. (2018). The Global Spine Care Initiative: applying evidence-based guidelines on the non-invasive management of back and neck pain to low- and middle-income communities. *European Spine Journal*, *27*, 851–860. https://doi.org/10.1007/s00586-017-5433-8

Chou, L., Ranger, T. A., Peiris, W., Cicuttini, F. M., Urquhart, D. M., Sullivan, K., Seneviwickrama, K. L. M. D., Briggs, A. M., & Wluka, A. E. (2018). Patients' perceived needs of health care providers for low back pain management: a systematic scoping review. *The Spine Journal*, *18*(4), 691–711. https://doi.org/10.1016/j.spinee.2018.01.006

Corp, N., Mansell, G., Stynes, S., Wynne-Jones, G., Morsø, L., Hill, J. C., & van der Windt, D. A. (2020). Evidence-based treatment recommendations for neck and low back pain across Europe: A systematic review of guidelines. *European journal of pain*, *25*(2), 275–295. https://doi.org/10.1002/ejp.1679

Coviello, K. (2020). Disease management (health). En *Salem Press Encyclopedia*.

Dall, T. M., Gallo, P., Koenig, L., Gu, Q., & Ruiz, D. (2013). Modeling the indirect economic implications of musculoskeletal disorders and treatment. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, *11*(1), 1–14. https://doi.org/10.1186/1478-7547-11-5

Davin, S., Lapin, B., Mijatovic, D., Fox, R., Benzel, E., Stilphen, M., MacHado, A., & Katzan, I. L. (2019). Comparative Effectiveness of an Interdisciplinary Pain Program for Chronic Low Back Pain, Compared to Physical Therapy Alone. *Spine*, *44*(24), 1715–1722. https://doi.org/10.1097/BRS.0000000000003161

De Souza, F. S., Ladeira, C. E., & Costa, L. O. P. (2017). Adherence to Back Pain Clinical Practice Guidelines by Brazilian Physical Therapists A Cross-sectional Study. *Spine*, *42*(21), 1251–1258. https://doi.org/10.1097/BRS.0000000000002330

Delitto, A., George, S. Z., Van Dillen, L., Whitman, J. M., Sowa, G. A., Shekelle, P., Denninger, T. R., & Godges, J. J. (2012). Low Back Pain: Clinical Practice Guidelines Linked to the International Classification of Functioning, Disability, and Health from the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association Anthony. *J Orthop Sports Phys Ther*, *42*(4), A1-57. https://doi.org/10.2519/jospt.2012.42.4.A1.Low

Di Fabio, R. P., Mackey, G., & Holte, J. B. (1995). Disability and functional status in patients with low back pain receiving workers' compensation: A descriptive study with implications for the efficacy of physical therapy. *Physical Therapy*, *75*(3), 180–193. https://doi.org/10.1093/ptj/75.3.180

Dietrich, E. J., Leroux, T., Santiago, C. F., Helgeson, M. D., Richard, P., & Tracey P. Koehlmoos. (2018). Assessing practice pattern differences in the treatment of acute low back pain in the United States Military Health System. *BMC Health Services Research*, *18*(1), 1–6.

Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q*, *44*, 166–203.

Donabedian, A. (1978). The quality of medical care. *Science*, *200*, 856–864.

Donabedian, A. (1985). The epidemiology of quality. *Inquiry*, *22*, 282–292.

Donabedian, A., Wheeler, J., & Wyszewianski, L. (1982). Quality, costand health: an integrative model. *Med Care*, *20*, 975–992.

Duque, I., Zuluaga, D., & Pinilla, A. (2011). Prevalencia De Lumbalgia Y Factores De Riesgo En Enfermeros Y Auxiliares De La Ciudad De Manizales Prevalencia De Lumbalgia E Fatores De Risco Em Emfermeiros E Auxiliares Da Cidade De Manizales Prevalence of Low Back Pain (Lbp) and Risk Factors in Profess. *Hacia la Promoción de la Salud*, *16*(1), 27–38.

Dziedzic, K. S., French, S., Davis, A. M., Geelhoed, E., & Porcheret, M. (2016). Implementation of musculoskeletal Models of Care in primary care settings: Theory, practice, evaluation and outcomes for musculoskeletal health in high-income economies. *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology*, *30*(3), 375–397. https://doi.org/10.1016/j.berh.2016.08.004

Elleuch, M., El Maghraoui, A., Griene, B., Nejmi, M., Ndongo, S., & Serrie, A. (2015). Consensus formalisé: Recommandations de pratiques cliniques pour la prise en charge de la lombalgie aiguë du patient africain. *Pan African Medical Journal*, *22*, 2817–2823. https://doi.org/10.11604/pamj.2015.22.240.8120

Famisanar. (2019). *PAC Planes de Atención Complementaria*. https://www.famisanar.com.co/wp-content/uploads/documentos/IPS - Medicos/Comunidad médica PAC/Portafolio PAC/Modelo de atencion PAC 29-09-16.pdf

Friedrich, M., Gittler, G., Halberstadt, Y., Cermak, T., & Heiller, I. (1998). Combined exercise and motivation program: Effect on the compliance and level of disability of patients with chronic low back pain: A randomized controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *79*(5), 475–487. https://doi.org/10.1016/S0003-9993(98)90059-4

Fritz, J. M., Kim, M., Magel, J. S., & Asche, C. V. (2017). Cost-Effectiveness of Primary Care Management with or Without Early Physical Therapy for Acute Low Back Pain. *Spine*, *42*(5), 285–290. https://doi.org/10.1097/BRS.0000000000001729

Fritz, J. M., Rhon, D. I., Teyhen, D. S., Kean, J., Vanneman, M. E., Garland, E. L., Lee, I. E.,

Thorp, R. E., & Greene, T. H. (2020). A Sequential Multiple-Assignment Randomized Trial (SMART) for Stepped Care Management of Low Back Pain in the Military Health System: A Trial Protocol. *Pain Medicine*, *21*, pS73-S82. https://doi.org/10.1093/pm/pnaa338

Genootschap, N. H., Vereniging, N. O., Society, D. S., Nederland, E., Associatie, N. C., & Neurochirurgen, N. V. Van. (s/f). *Ketenzorgrichtlijn Aspecifieke Lage Rugklachten*.

Gómez-Sánchez, P. I., & Gaitán Duarte, H. (2013). Guías de Práctica Clínica en Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, *64*(3), 214–217. https://doi.org/10.18597/rcog.101

González-Estavillo, A. C., Jiménez-Ramos, A., Rojas-Zarco, E. M., Velasco-Sordo, L. R., & Chávez-Ramírez, Marco Antonio Coronado-Ávila, S. A. (2018). Correlación entre las escalas unidimensionales utilizadas en la medición de dolor postoperatorio. *Revista mexicana de anestesiología*, *41*(1), 7–14.

Guevara-López, U., Covarrubias-Gómez, A., Elías-Dib, J., Reyes-Sánchez, A., & Rodríguez-Reyna, T. S. (2011). Parámetros de práctica para el manejo del dolor de espalda baja. *Cirugia y Cirujanos*, *79*(3), 286–302.

GüneÅ, E., & Ayaz-Alkaya, S. (2022). The effect of health education on prevention of low back pain for health caregivers and cleaning workers. *International Journal of Nursing Practice*, *28*(1). https://doi.org/10.1111/ijn.12973

Hahne, A. J., Ford, J. J., Surkitt, L. D., Richards, M. C., Chan, A. Y. P., Slater, S. L., & Taylor, N. F. (2017). Individualized physical therapy is cost-effective compared with guideline-based advice for people with low back disorders. *Spine*, *42*(3), E169–E176. https://doi.org/10.1097/BRS.0000000000001734

Hanney, W. J., Masaracchio, M., Liu, X., & Kolber, M. J. (2016). The influence of physical therapy guideline adherence on healthcare utilization and costs among patients with low back pain: A systematic review of the literature. *PLoS ONE*, *11*(6), 1–18. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156799

Harrington, J., Dopf, C., & Chalgren, C. (2001). Implementing guidelines for interdisciplinary care of low back pain: a critical role for pre-appointment management of specialty referrals. *Jt Comm J Qual Improv .2001 diciembre; 27 (12): 651-63*, *27*(12), 651–653. https://doi.org/10.1016/s1070-3241(01)27055-2.

Ho, E., Ferreira, M., Hodges, P., Maher, C., Simic, M., Morton, R., Lonsdale, C., Li, Q., Baysari, M., Amorim, A., Ceprnja, D., Clavisi, O., Halliday, M., Jennings, M., Kongsted, A., Maka, K., Reid, K., & Reynolds, T. (2021). Effectiveness of a coordinated support system linking

public hospitals to a health coaching service compared with usual care at discharge for patients with chronic low back pain: protocol for a randomised controlled trial. *BMC musculoskeletal disorders*, *22*(1), 611. https://doi.org/10.1186/s12891-021-04479-z

Hurwitz, E. L., Randhawa, K., Yu, H., Côté, P., & Haldeman, S. (2018). The Global Spine Care Initiative: a summary of the global burden of low back and neck pain studies. *European Spine Journal*, *27*, 796–801. https://doi.org/10.1007/s00586-017-5432-9

Institute of Health Economics Alberta Canada. (2011). Guideline for the evidenced-informed primary care management of low back pain 2nd edition. *Toward Optimized Practice*, 283–297. http://www.topalbertadoctors.org/download/572/LBPGUIDELINESNov25.pdf?_20151007135020

Instituto de evaluación de tecnologías en salud e investigación del Perú. (2016). *Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de lumbalgia - Versión extensa* (pp. 1–53).

Jeremy Y., N., Uzair, M., & Ashlee M., A. (2021). Clinical practice guidelines for the treatment and management of low back pain: A systematic review of quantity and quality. *Musculoskeletal science and practice*. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.msksp.2020.102295

Joshipura, M., Mock, C., & Gosselin, R. A. (2014). Global burden of musculoskeletal conditions. *Global Orthopedics: Caring for Musculoskeletal Conditions and Injuries in Austere Settings*, *January*, 9–11. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-1578-7_2

Jover, J. Á. (2014). *Intervención inmediata. Análisis y resultados de los programas de intervención temprana en patología osteomioarticular implantados* [REPositorio Institucional en SALUD del Instituto de Salud Carlos III - ISCIII]. https://doi.org/https://doi-org.ezproxy.unal.edu.co/20.500.12105/12357

Keating, J. L., McKenzie, J. E., O'Connor, D. A., French, S., Walker, B. F., Charity, M., Page, M. J., & Green, S. E. (2016). Providing services for acute low-back pain: A survey of Australian physiotherapists. *Manual Therapy*, *22*, 145–152. https://doi.org/10.1016/j.math.2015.11.005

Klaber Moffett, J. A., Newbronner, E., Waddell, G., Croucher, K., & Spear, S. (2000). Public perceptions about low back pain and its management: A gap between expectations and reality? *Health Expectations*, *3*(3), 161–168. http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed5&NEWS=N&AN=2000298509

Klein, B. J., Radecki, R. T., Foris, M. P., Feil, E. I., & Hickey, M. E. (2000). Bridging the gap between science and practice in managing low back pain: A comprehensive spine care system in a health maintenance organization setting. *Spine*, *25*(6), 738–740. https://doi.org/10.1097/00007632-200003150-00015

Koes, B. W., Van Tulder, M., Lin, C. W. C., Macedo, L. G., McAuley, J., & Maher, C. (2010). An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. *European Spine Journal*, *19*(12), 2075–2094. https://doi.org/10.1007/s00586-010-1502-y

Kominski, G. F., Heslin, K. C., Morgenstern, H., Hurwitz, E. L., & Harber, P. I. (2005). Economic evaluation of four treatments for low-back pain: Results from a randomized controlled trial. *Medical Care*, *43*(5), 428–435. https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000160379.12806.08

Ladeira, C. E., Samuel Cheng, M., & Hill, C. J. (2015). Physical therapists' treatment choices for non-specific low back pain in Florida: An electronic survey. *Journal of Manual and Manipulative Therapy*, *23*(2), 109–118. https://doi.org/10.1179/2042618613Y.0000000065

Latorre- Marques, E. (2011). *The treatment of low back pain and scientific evidence, low back pain*. https://www.intechopen.com/books/low-back-pain/the-treatment-of-low-back-pain-scientific-evidence

Layne, E. I., Roffey, D. M., Coyle, M., Phan, P., Kingwell, S. P., & Wai, E. K. (2018). Activities performed and treatments conducted before consultation with a spine surgeon: are patients and clinicians following evidence-based clinical practice guidelines? *The Spine Journal*, *18*(4), 614–619. https://doi.org/10.1016/j.spinee.2017.08.259

Magnezi, R., Kaufman, G., Ziv, A., Kalter-Leibovici, O., & Reuveni, H. (2013). Disease management programs: barriers and benefits. *Am J Manag Care*, *19*(4), e140-7.

Malik, A., Singh, D., Mansor, M., Muhamed, O., Yin, C., Suma, M., Hasnan, N., & Vijayan, R. (2014). The Malaysian Low Back Pain Guideline. *The FEBS journal*, *281*(9), 2313. https://doi.org/10.1111/febs.12678

Mardain, A. S., Hanson, E. R., & Villarroel, L. (2020). Flipping the pain care model: A sociopsychobiological approach to high-value chronic pain care. *Pain Medicine*, *21*(6), 1168–1180.

Mäntyselkä, P. T., Kumpusalo, E. A., Ahonen, R. S., & Takala, J. K. (2002). Direct and indirect costs of managing patients with musculoskeletal pain - Challenge for health care. *European*

Journal of Pain, *6*(2), 141–148. https://doi.org/10.1053/eujp.2001.0311

Meroni, R., Piscitelli, D., Ravasio, C., Vanti, C., Bertozzi, L., De Vito, G., Perin, C., Guccione, A. A., Cerri, C. G., & Pillastrini, P. (2021). Evidence for managing chronic low back pain in primary care: a review of recommendations from high-quality clinical practice guidelines. *Disability & Rehabilitation*, *43*(7), 1029–1043. https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1645888

Ministerio de de Salud y Protección Social. (2014). *Resolución 2003 de 2014* (p. 225). https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución 2003 de 2014.pdf

Ministerio de de Salud y Protección Social. (2016). *Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS* (p. 47). https://www.dssa.gov.co/images/botones_n/mias_pais/documentos/9. MIAS 2016.pdf

Resolución 429 de 2016, 6 (2016).

Ministerio de de Salud y Protección Social. (2022). *CUOTAS MODERADORAS Y COPAGOS*.

Ministerio de la Protección Social. (2006). *Guía de Atención Integral Basada en la Evidencia para Dolor Lumbar Inespecífico y Enfermedad Discal Relacionados con la Manipulación Manual de Cargas y otros Factores de Riesgo en el Lugar de Trabajo (GATI- DLI- ED)* (Vol. 2007). https://www.minsalud.gov.co/Documentos y Publicaciones/GATISO-DOLOR LUMBAR INESPECÍFICO.pdf

Ministerio de salud y protección social. (2020). *Buscador Guías de Práctica Clínica*. http://gpc.minsalud.gov.co/gpc/SitePages/buscador_gpc.aspx

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Manual de implementación de guías de práctica clínica basadas en evidencia, en instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia* (pp. 1–70). http://gpc.minsalud.gov.co/recursos/Documentos compartidos/Manual_de_implementacion.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Política de Atención Integral en Salud. *Repositorio Institucional Digital Minsalud (RID)*, 97. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Resolución No. 3100 de 2019 Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripcion de los prestadores de servicios de salud y de habilitaciponde los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscruoción de Pretadores y Habilitación de Se. En *Diario oficial* (p. 230).

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución No. 3100 de 2019.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social, & Fundación Santa Fé de Bogotá. (2014). *Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica con Evaluación Económica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano MARZO DE 2014 REVISORES PARES NACIONALES REVISORES PARES INTERNACIONALES*. 154. http://gpc.minsalud.gov.co/recursos/Documentos compartidos/Guia_Metodologica_Web.pdf

Miyamoto, G. C., Lin, C. W. C., Cabral, C. M. N., Van Dongen, J. M., & Van Tulder, M. W. (2019). Cost-effectiveness of exercise therapy in the treatment of non-specific neck pain and low back pain: A systematic review with meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*, *53*(3), 172–181. https://doi.org/10.1136/bjsports-2017-098765

Moore, A., & Jull, G. (2010). Capitalising on effective treatment strategies for low back pain - How do we bridge the self-management gap? *Manual Therapy*, *15*(2), 133–134. https://doi.org/10.1016/j.math.2010.01.007

Morgan, T., Wu, J., Ovchinikova, L., Lindner, R., Blogg, S., & Moorin, R. (2019). A national intervention to reduce imaging for low back pain by general practitioners: a retrospective economic program evaluation using Medicare Benefits Schedule data. *BMC Health Services Research*, *19*(1), 1–10. https://doi.org/10.1186/s12913-019-4773-y

Mota da Silva, T., da Cunha Menezes Costa, L., Garcia, A. N., & Costa, L. O. P. (2015). What do physical therapists think about evidence-based practice? A systematic review. *Manual Therapy*, *20*(3), 388–401. https://doi.org/10.1016/j.math.2014.10.009

Mutubuki, E. N., Beljon, Y., Maas, E. T., Huygen, F. J. P. M., Ostelo, R. W. J. G., van Tulder, M. W., & van Dongen, J. M. (2020). The longitudinal relationships between pain severity and disability versus health-related quality of life and costs among chronic low back pain patients. *Quality of Life Research*, *29*(1), 275–287. https://doi.org/10.1007/s11136-019-02302-w

National Institute for Health and Care Excellence. (2016). Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management nice. *NICE guideline*.

Oliveira, C. B., Maher, C. G., Pinto, R. Z., Traeger, A. C., Lin, C. W. C., Chenot, J. F., van Tulder, M., & Koes, B. W. (2018). Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. *European Spine Journal*, *27*(11), 2791–2803. https://doi.org/10.1007/s00586-018-5673-2

Ojeda, D. F. (2020). *Spinal resonance overindication in patients admitted for outpatient consultation to the spine surgery service of the central military hospital*. Universidad Militar

Nueva Granada.

Organización Panamericana de la Salud. (1995). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud* (10a. revis).

Ortiz Mayorga, V. A. (2014). *Caracterización del dolor lumbar en pilotos y técnicos de mantenimiento en una aerolínea comercial colombiana, 2011 -2013*. 88. http://www.bdigital.unal.edu.co/43643/

Ortún Rubio, V. (2007). *Gestión clínica y sanitaria: de la práctica diaria a la académica, ida y vuelta* (E. Masson (ed.)).

Othman, R., Dassanayake, S., Jayakaran, P., Tumilty, S., Swain, N., & Mani, R. (2020). Relationships Between Psychological, Social, Physical Activity, and Sleep Measures and Somatosensory Function in Individuals With Spinal Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. *The Clinical Journal of Pain*, *36*(2). https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000775

Peiró Moreno, S. (2007). De la gestión de lo complementario a la gestión integral de la atención de salud : gestión de enfermedades e indicadores de actividad. En *Gestión clínica y sanitaria: de la práctica diaria a la académica, ida y vuelta*. https://doi.org/10.1186/ISRCTN14062994

Penagos Moreno, I. V., & García Saa, C. P. (2016). Ausentismo por accidentes y enfermedad laboral y costos indirectos relacionados con la lumbalgia no específica en una entidad prestadora de servicios de salud en Cali 2013. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, *6*(1), 14–19. https://doi.org/10.18041/2322-634x/rcso.1.2016.4884

Philippine Academy of Rehabilitation Medicine. (2017). *Clinical Practice Guidelines on the Diagnosis and Management of Low Back Pain*. https://parm.org.ph/pdf/lbp.pdf

Piedrahita, H. (2006). Costs of work-related musculoskeletal disorders (msds) in developing countries: Colombia case. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, *12*(4), 379–386. https://doi.org/10.1080/10803548.2006.11076696

Pinzón-Espitia, O. L., Chicaiza-Becerra, L., García-Molina, M., & González-Rodríguez, J. L. (2016). Programas de gestión de enfermedades en el siglo XXI. *Revista de la Facultad de Medicina*, *64*(4), 735. https://doi.org/10.15446/revfacmed.v64n4.55022

Pohjolainen, T., Leinonen, V., Frantén, J., Haanpää, M., Jousimaa, J., Karppinen, J., Kuukkanen, T., Luoma, K., Salmenkivi, J., Osterman, H., Malmivaara, A., & Päivitystiivistelmä. (2014). Update on Current Care Guideline: Low back pain. *Duodecim*, *131*(1), 92–94.

Qaseem, A., Wilt, T. J., McLean, R. M., & Forciea, M. A. (2017). Noninvasive treatments for

acute, subacute, and chronic low back pain: A clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, *166*(7), 514–530. https://doi.org/10.7326/M16-2367

Rhon, D. I., Fritz, J. M., Greenlee, T. A., Dry, K. E., Mayhew, R. J., Laugesen, M. C., Dragusin, E., & Teyhen, D. S. (2021). Move to health-a holistic approach to the management of chronic low back pain: an intervention and implementation protocol developed for a pragmatic clinical trial. *Journal of Translational Medicine*, *19*(1), 1–13. https://doi.org/10.1186/s12967-021-03013-y

Rhon, D. I., Miller, R. B., & Fritz, J. M. (2018). Effectiveness and downstream healthcare utilization for patients that received early physical therapy versus usual care for low back pain: A randomized clinical trial. *Spine*, *43*(19), 1313–1321. https://doi.org/10.1097/BRS.0000000000002619

Ross, M., Adams, K., Engle, K., Enser, T., Muehlemann, A., Schenk, R., & Tall, M. (2018). The knowledge of low back pain management between physical therapists and family practice physicians. *Journal of Manual and Manipulative Therapy*, *26*(5), 264–271. https://doi.org/10.1080/10669817.2018.1500772

Ross, M., Childs, J. D., Middel, C., Kujawa, J., Brown, D., Corrigan, M., & Parsons, N. (2014). Physical Therapist vs. Family Practitioner Knowledge of Simple Low Back Pain Management in the U.S. Air Force. *Military Medicine*, *179*(2), 162–168. https://doi.org/10.7205/milmed-d-13-00099

Santa Barbara, M., Cortazzo, M., Emerick, T., Furnier, J., Duff, J., Shapiro, S., Zigler, C., Badway, A., & Sowa, G. (2020). Descriptive Analysis of an Interdisciplinary Musculoskeletal Program. *PM&R: the journal of injury, function, and rehabilitation*, *12*(7), 639–646. https://doi.org/10.1002/pmrj.12288

Scott, N. A., Moga, C., & Harstall, C. (2010). Managing low back pain in the primary care setting: The know-do gap. *Pain Research and Management*, *15*(6), 392–400. https://doi.org/10.1155/2010/252695

Setchell, J., Costa, N., Ferreira, M., & Hodges, P. W. (2019). What decreases low back pain? A qualitative study of patient perspectives. *Scandinavian Journal of Pain*, *19*(3), 597–603. https://doi.org/10.1515/sjpain-2019-0018

Siebra, M. M. R., & Vasconcelos, T. B. de. (2017). Quality of life and mood state of chronic pain patients. *Revista Dor*, *18*(1), 43–46. https://doi.org/10.5935/1806-0013.20170010

Slade, S. C., Kent, P., Bucknall, T., Molloy, E., Patel, S., & Buchbinder, R. (2015). Barriers to primary care clinician adherence to clinical guidelines for the management of low back pain: Protocol of a systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. *BMJ Open*, *5*(4), 1–6. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007265

Smuck, M., Barrette, K., Martinez-Ith, A., Sultana, G., & Zheng, P. (2022). What does the patient with back pain want? A comparison of patient preferences and physician assumptions. *The Spine Journal February*, *22*(2), 207–213. https://doi.org/10.1016/j.spinee.2021.09.007

Sokunbi, O., Cross, V., Watt, P., & Moore, A. (2010). Experiences of individuals with chronic low back pain during and after their participation in a spinal stabilisation exercise programme - A pilot qualitative study. *Manual Therapy*, *15*(2), 179–184. https://doi.org/10.1016/j.math.2009.10.006

Speerin, R., Slater, H., Li, L., Moore, K., Chan, M., Dreinhöfer, K., Ebeling, P. R., Willcock, S., & Briggs, A. M. (2014). Moving from evidence to practice: Models of care for the prevention and management of musculoskeletal conditions. *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology*, *28*(3), 479–515. https://doi.org/10.1016/j.berh.2014.07.001

Stochkendahl, M. J., Kjaer, P., Hartvigsen, J., Kongsted, A., Aaboe, J., Andersen, M., Andersen, M., Fournier, G., Højgaard, B., Jensen, M. B., Jensen, L. D., Karbo, T., Kirkeskov, L., Melbye, M., Morsel-Carlsen, L., Nordsteen, J., Palsson, T. S., Rasti, Z., Silbye, P. F., … Vaagholt, M. (2018). National Clinical Guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy. En *European Spine Journal* (Vol. 27, Número 1). https://doi.org/10.1007/s00586-017-5099-2

Stucki, G., Kostanjsek, N., & A., C. (2017). Introduction: A classification for functioning: The international classification of functioning, disability and health. En *An Emerging Approach for Education and Care: Implementing a Worldwide Classification of Functioning and Disability* (pp. 1–2). https://doi.org/10.4324/9781315519692

Suka, M., & Yoshida, K. (2010). Burden of Disease and Years Lived with Disability Associated with Musculoskeletal Pain. En *Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures* (Springer, pp. 1702–1716). https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-0-387-78665-0_99

Sylvestri, M., & Marro, E. (1996). Disease management: partnering for better patient care. *Med Interface*, *9*(7), 100–104.

Terol, E., Hamby, E. F., & Minue, S. (2001). Gestión de Enfermedades (Disease Management). Una aproximación integral a la provisión de cuidados sanitarios. *MEDIFAM - Revista de*

Medicina Familiar y Comunitaria, *11*(2), 47–54. https://doi.org/10.4321/s1131-57682001000200001

Tolosa-Guzman, I.-A., Florez Hernandez, M. A., Fuentes Chacon, M. F., & Guzman Camacho, M. P. (2017). *PREVALENCIA DE DESORDENES MUSCULO ESQUELETICOS EN TRABAJADORES DE UNA EMPRESA AVICOLA DE BOGOTÁ, COLOMBIA* [Universidad del Rosario]. https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004

Trillos MC, M. C., Hernández-Jaramillo J, J., Osorio-Camacho AM, A. M., Pulido-Forero ÁM, Á. M., Rodríguez-Muñoz MA, M. A., Rojas-Ramos AM, A. M., & Torres-Cuartas A, A. (2015). Práctica clínica cotidiana frente a la evidencia científica en el manejo fisioterapéutico del dolor lumbar crónico inespecífico. *Ciencias de la Salud*, *13*(2), 215–231. https://doi.org/10.12804/revsalud13.02.2015.06

Urrútia Cuchí, G. (2011). *Avaluació d'intervencions terapèutiques no farmacològiques en patologies del raquis. Alguns reptes metodològics i del seu procés d'avaluació, aprovació i aplicació al sistema sanitari*. Universitat Autònoma de Barcelona.

Wambeke, P., Desomer, A., Ailliet, L., & Demoulin, C. (2017). *Low Back Pain and Radicular Pain: Assessment and Management 2017*.

Whedon, J. M., Toler, A. W. J., Bezdjian, S., Goehl, J. M., Russell, R., Kazal, L. A., & Nagare, M. (2020). Implementation of the Primary Spine Care Model in a Multi-Clinician Primary Care Setting: An Observational Cohort Study. *Journal of Manipulative & Physiological Therapeutics*, *43*(7), 667–674. https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2020.05.002

Wong, J., Côté, P., Tricco, A., & Rosella, L. (2019). Examining the effects of low back pain and mental health symptoms on healthcare utilisation and costs: a protocol for a population-based cohort study. *BMJ open*, *9*(9). https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031749

World Health Organization. (2020). *Atención primaria de salud*. https://www.who.int/topics/primary_health_care/es/

Woodward, B. (1995). Disease management: opportunity for pharmaceutical care? *Hosp Pharm*, *30*(7), 596, 599–603, 606–608.