

Estrategia de Atención al Dolor de la Comunidad de Madrid 2027



**Estrategia de  
Atención al Dolor  
de la Comunidad  
de Madrid  
2027**



Dirección General de Humanización  
y Atención al Paciente  
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Comunidad  
de Madrid



**Estrategia de  
Atención al Dolor  
de la Comunidad  
de Madrid  
2027**



Esta versión forma parte de la Biblioteca Virtual de la **Comunidad de Madrid** y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.



[comunidad.madrid/publicamadrid](http://comunidad.madrid/publicamadrid)

CONSEJERÍA DE SANIDAD  
Dirección General de Humanización y Atención al Paciente  
Coordina: Subdirección General de Calidad Asistencial.

@ Textos: Subdirección General de Calidad Asistencial.  
@ Ilustraciones: Big Creativos.

@ Comunidad de Madrid.  
Edita: Dirección General de Humanización y Atención al Paciente.

Diseño y maquetación: Big Creativos, S.L.

Edición: 11/2022  
Tirada: 200 ejemplares

ISBN: 978-84-451-4023-9  
Depósito legal: M-1463-2023  
Impreso en España / Printed in Spain

<b>Presentación</b> .....	<b>5</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>9</b>
<b>Metodología</b> .....	<b>13</b>
<b>Análisis de situación</b> .....	<b>21</b>
Datos epidemiológicos .....	23
Análisis interno .....	26
I. Evaluación de la Estrategia de Atención al Dolor 2017-2020 .....	26
II. Actuaciones desarrolladas por los Comités de Atención al Dolor .....	31
III. Objetivos institucionales de atención al dolor .....	33
IV. Actuaciones en Seguridad del paciente .....	40
V. Percepción de los pacientes .....	41
VI. Percepción de los profesionales .....	44
VII. Formación .....	48
Análisis Externo .....	48
I. Comunidades Autónomas .....	48
II. Ministerio de Sanidad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud .....	51
III. Sociedad Española del Dolor (SED) .....	52
IV. Experiencias Internacionales .....	52
<b>Misión, visión y valores</b> .....	<b>57</b>
Misión .....	59
Visión .....	59
Valores .....	59
<b>Enfoque estratégico</b> .....	<b>61</b>
<b>Líneas estratégicas</b> .....	<b>65</b>
Línea estratégica 1: “Fortalecer la infraestructura de la organización” .....	68
Línea estratégica 2: “Promover los reconocimientos y buenas prácticas” .....	71
Línea estratégica 3: “Desplegar la coordinación institucional entre niveles asistenciales” .....	73
Línea estratégica 4: “Promover la participación y capacitación de pacientes y personas significativas” .....	75
Línea estratégica 5: “Potenciar la relación y las alianzas externas” .....	77
Línea estratégica 6: “Impulsar la estandarización de procedimientos” .....	79
Línea estratégica 7: “Desarrollar la atención al dolor en población vulnerable” .....	81
Línea estratégica 8: “Desarrollar prácticas seguras” .....	83
Línea estratégica 9: “Fomentar la investigación” .....	85
Línea estratégica 10: “Impulsar la formación y difusión del conocimiento” .....	87
Línea estratégica 11: “Fomentar la innovación tecnológica y salud digital” .....	89

<b>Implantación, seguimiento y aprendizaje</b> .....	<b>91</b>
<b>Tabla resumen de actuaciones</b> .....	<b>97</b>
<b>Dirección, coordinación y participantes</b> .....	<b>111</b>
<b>Bibliografía</b> .....	<b>119</b>



**Presentación**



El dolor es uno de los principales motivos de consulta por parte de los pacientes, a quienes influye, de forma notable, en su salud percibida y en su calidad de vida, teniendo una gran repercusión más allá del ámbito sanitario, al afectar a nivel personal, social, laboral y económico.

Aliviar el dolor es un derecho del ser humano y una obligación ética de los profesionales sanitarios, tal como han determinado la Organización Mundial de la Salud y la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor. Y, por tanto, una de la meta de las organizaciones sanitarias.

En la Comunidad de Madrid, la Consejería de Sanidad ha estado históricamente comprometida con el propósito de paliar el dolor, con la ayuda de los profesionales y los centros sanitarios. Si bien, es a partir del año 2011 cuando comenzaron a definirse actuaciones planificadas de forma estratégica, incluyéndose como un objetivo institucional del Servicio Madrileño de Salud.

Se comenzó impulsando la medición del dolor mediante escalas, y constituyendo Comités de Atención al Dolor en todas las Gerencias Asistenciales. En el año 2017, la Consejería de Sanidad dio un paso más en su firme compromiso con estos pacientes, al presentar la Estrategia de Atención al Dolor 2017-2020, formada por 8 líneas estratégicas, 17 objetivos y 46 actuaciones.

Un documento que se ha actualizado, disponiendo ahora de una **nueva Estrategia de Atención al Dolor, con un horizonte de cinco años, hasta el 2027. Un tiempo en el que podrán llevarse a cabo las iniciativas que contempla, enfocadas todas a seguir mejorando la atención al dolor.**

Entre ellas, promover el establecimiento de referentes del dolor en servicios y unidades prioritarias; establecer el distintivo de ‘Centros Excelentes en Atención al Dolor’; elaborar planes de cuidados al alta, en los que se incluya el abordaje del dolor; desarrollar herramientas para la correcta atención en población vulnerable; y fomentar la investigación en este ámbito.

De igual manera, otros aspectos novedosos son aquellos que se centran en fomentar la salud digital, mediante métodos que mejoren esta asistencia; en diseñar prácticas seguras con listados de verificación para las técnicas invasivas de abordaje al dolor; en potenciar alianzas externas, sobre todo con el sector socio-sanitario; y en apostar por la participación activa de los pacientes, sus familiares y cuidadores, como ejes vertebradores de esta nueva Estrategia.

Todo ello teniendo presente un aspecto relevante, como es la transversalidad. Porque el dolor repercute en toda la organización, e implica al conjunto de niveles asistenciales y servicios.

Finalizo ya, y lo hago expresando mi agradecimiento y reconocimiento a los gestores y profesionales del Servicio Madrileño de Salud que han participado en la elaboración de este documento. Con vuestro esfuerzo se logra avanzar hacia la optimización de la atención al dolor. Y también a las Asociaciones de Pacientes que han formado parte de la revisión de esta estrategia.

A todos les hago llegar el compromiso de la Comunidad de Madrid de continuar trabajando para lograr una atención al dolor segura y eficaz, que mejore la calidad de vida de los ciudadanos.

*Enrique Ruiz Escudero*  
**Consejero de Sanidad**



Introducción



La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) revisó en el año 2020, la definición de dolor, enunciándolo como: una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial.

Esta definición lleva implícita una serie de connotaciones, porque el dolor es siempre una experiencia personal, que está influenciada en diversos grados por factores biológicos, psicológicos y sociales. El dolor y la nocicepción son fenómenos diferentes y no puede inferirse únicamente de la actividad en las neuronas sensoriales. Por esta razón, la manifestación de una persona que afirma sentir dolor debe ser respetada, ya que, a través de sus experiencias de vida, las personas aprenden el concepto de dolor, y, aunque el dolor generalmente cumple una función adaptativa, puede tener efectos adversos sobre la función y el bienestar social y psicológico.

Además, el dolor con frecuencia coexiste con otras enfermedades, como por ejemplo las enfermedades musculo-esqueléticas, siendo reiteradamente infratratado e infradiagnosticado, lo que ocasiona un gran efecto en el sistema sanitario. Así pues, el dolor es algo más que una comorbilidad, siendo cada vez más reconocido como una enfermedad en sí misma, teniendo los pacientes, la necesidad de que su dolor sea controlado.

El dolor e intentar aliviarlo ha sido algo inherente al ser humano, desde tiempos prehistóricos tenemos vestigios en este sentido con uso de plantas, calor o desde el punto de vista psíquico, con ritos o comunicación con los dioses.

En los últimos años, se ha avanzado en el desarrollo de nuevos tratamientos basados en el mayor conocimiento de los mecanismos fisiopatológicos del dolor. No obstante, debemos seguir evolucionando y para ello es necesario obtener información válida y fiable sobre: la magnitud de este problema, los factores de riesgo relacionados con su presencia y evolución, y qué condiciona la inadecuada respuesta de los pacientes a los nuevos tratamientos.

En ese sentido, hay una mayor tendencia en adquirir conocimiento y habilidad para resolver el manejo del dolor por parte de los profesionales sanitarios, con la participación de un paciente cada vez más activo y concienciado con su problema de salud.

Con este enfoque, en la Comunidad de Madrid, a partir del año 2011, se impulsó la utilización de escalas de valoración del dolor en los hospitales, llegando hoy en día a una implantación de más de un 90% en los pacientes de todos los hospitales que forman el Servicio Madrileño de Salud.

Junto con la medición, también se impulsó la creación de una infraestructura organizativa a nivel periférico, basada en la constitución de estructuras funcionales multidisciplinares, denominadas Comités de Atención al Dolor.

Todos los hospitales del Servicio Madrileño de Salud cuentan con Comités de Atención al Dolor. Además, como estructuras análogas, el SUMMA 112 tiene una Comisión de Atención al Dolor y en Atención Primaria disponen de una Subcomisión de Atención al Dolor y también disponen de referentes en sus siete Direcciones Asistenciales.

Los Comités de Atención al Dolor tienen contempladas dentro de sus funciones el desarrollo de actuaciones para mejorar la sensibilización de profesionales y pacientes, la medición del dolor, impulsar la realización o la inclusión de los aspectos relacionados con el dolor en procesos, guías, vías o protocolos del centro, realizar acciones de comunicación y participar en la formación y difusión de la atención al dolor, identificación de áreas de mejora y propuestas de actuación, entre otras. La actividad notificada anualmente, por los por los distintos Comités, se recoge en un informe y todos los años se celebran jornadas para compartir experiencias que puedan facilitar la mejora de la atención a los pacientes con dolor.

Con la puesta en marcha de la anterior Estrategia de Atención al Dolor 2017-2020 de la Comunidad de Madrid, se impulsaron ocho líneas estratégicas, desplegadas en 46 actuaciones, enfocadas a “Proporcionar una asistencia adecuada a todos los pacientes con dolor que son atendidos en los dispositivos sanitarios del Servicio Madrileño de Salud”.

El despliegue de la Estrategia de la Atención al Dolor de la Comunidad de Madrid, tanto en sus Unidades Directivas como en los centros sanitarios, es coordinado por la Dirección General de Humanización y Atención al Paciente de la Consejería de Sanidad, que establece también dentro de los objetivos institucionales, aquellos referidos a la mejora de la atención al dolor, tanto en Atención Primaria como en Hospitales y SUMMA 112.

En esta misma línea y durante los últimos años, en la Comunidad de Madrid se ha realizado un importante esfuerzo en el desarrollo de actividades de formación para profesionales con la puesta en marcha de dos cursos online de valoración y tratamiento del dolor, uno de ellos dedicado especialmente a población infantil. También se ofrece formación e información para pacientes a través de la Escuela Madrileña de Salud con cursos, vídeos y otros contenidos prácticos que apoyen el tratamiento del dolor y mejoren su calidad de vida.

Así mismo, implicados con conocer la opinión de los pacientes, en la encuesta realizada anualmente en relación a la satisfacción de los pacientes con la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Madrileño de Salud, desde el año 2015 se recogen preguntas relativas al dolor que padecen los usuarios del sistema y la satisfacción con el tratamiento recibido, con resultados superiores al 80% en todos los segmentos hospitalarios, UVI Móvil y Vehículos de Intervención Rápida del SUMMA 112, siendo algo menor, en Atención Primaria y en las Unidades de Atención Domiciliaria del SUMMA 112.

Esta estrategia tenía previsto finalizar en el año 2020, pero tras la situación sanitaria derivada de la pandemia SARS-CoV-2, se ha prolongado durante el año 2021 y atendiendo a todas las experiencias y metas anteriores, se ha elaborado la nueva Estrategia de Atención al Dolor 2027 donde han participado numerosos profesionales del Servicio Madrileño de Salud y de las diferentes Unidades Directivas de la Consejería de Sanidad, así como representantes de Asociaciones de Pacientes.



# Metodología



La planificación estratégica es una herramienta fundamental para relacionar, de forma prospectiva, los objetivos establecidos y sus diferentes actuaciones operativas con los efectos que se persiguen. Además, es un proceso de naturaleza multidisciplinaria, continuo y dinámico, y que, por ello, requiere una evaluación continua en sus diferentes etapas, así como, una evaluación final que favorezca el aprendizaje y la mejora continua de las organizaciones.

Las fases establecidas en esta formulación de la planificación estratégica, han sido las siguientes (ver Figura 1):

1. El establecimiento de la visión, misión y valores de la organización, que nos indique hacia dónde queremos llegar a ser como organización, su misión y los valores en los que se fundamenta.
2. La realización de un análisis interno y externo que nos permita evaluar el entorno donde se desarrolla la actividad. Con el análisis externo se pueden determinar las oportunidades y amenazas que existen para la organización tanto en el momento actual, como en un futuro. De igual modo, el análisis interno permite conocer las debilidades y fortalezas que tiene la propia organización, lo que nos permite identificar los retos y desafíos que se presentan.
3. La elaboración del análisis y enfoque estratégico. Considerando los datos y la información obtenida del diagnóstico del entorno interno y externo de la organización, se elaboró un análisis DAFO y su correspondiente CAME.
4. El establecimiento y contenido de las Líneas Estratégicas del Plan. Como consecuencia del resultado del CAME, se establecieron las líneas, así como sus objetivos y actuaciones necesarias para llevarlos a cabo con éxito.
5. Implantación y Evaluación de las líneas estratégicas. Una vez formulada la planificación, este apartado establece las claves para su despliegue y el seguimiento de los objetivos y actuaciones planteadas.

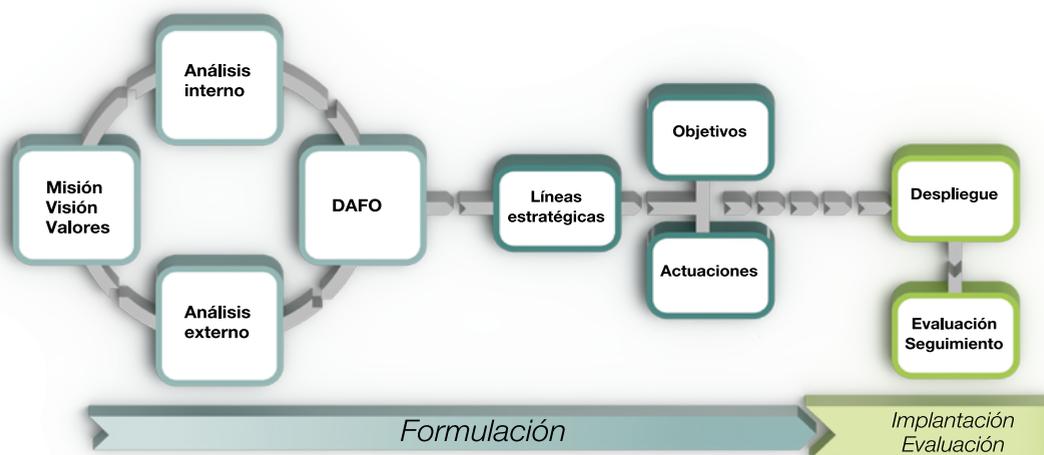


Figura 1: Fases de la planificación estratégica

El trabajo técnico para la elaboración de este documento ha sido coordinado por la Subdirección General de Calidad Asistencial perteneciente a la Dirección General de Humanización y de Atención al Paciente. Se inició en el primer semestre de 2021, tras finalizar la evaluación de la estrategia anterior (Estrategia de Atención al Dolor de la Comunidad de Madrid 2017-2020).

La Estrategia de Atención al Dolor 2017-2020 (EAD 2017-2020) se ha evaluado de forma sistemática, todos los años desde su implantación, elaborándose en el primer semestre de 2021 el informe de evaluación final donde se ponían de manifiesto los resultados de la implementación y los logros alcanzados, durante el periodo de vigencia de la misma, habilitándose el resto del año 2021 para desarrollar aquellas actuaciones que aún se encontraban en marcha o próximas a finalizar. El informe fue presentado el 22 de junio de 2021, a las Unidades Directivas con competencias en el desarrollo de los objetivos y actuaciones de la EAD 2017-2020.

Posteriormente y siguiendo la metodología propuesta, se abordaron las siguientes fases como la definición de la visión, misión y valores de la organización, así como el análisis interno y externo de la situación en relación con la atención al dolor. También a raíz de estos análisis, se elaboró al análisis DAFO (Debilidades/ Amenazas /Fortalezas / Oportunidades) de la organización y sus correspondientes estrategias CAME (Corregir/Afrontar/Modificar/Emprender), las líneas estratégicas a desarrollar con sus objetivos a alcanzar y actuaciones. En la siguiente figura se esquematiza la organización del proceso de planificación.



Figura 2: Organización del desarrollo del documento estratégico

Durante todo el proceso de elaboración de la estrategia, en la organización del trabajo se ha seguido un enfoque participativo, contando con la colaboración de: Unidades Directivas de la Consejería de Sanidad, profesionales y gestores del Servicio Madrileño de Salud y Asociaciones de Pacientes, con la siguiente distribución de tareas:

- **Un Grupo Coordinador:** Formado por miembros de la Subdirección General de Calidad Asistencial. Este grupo ha establecido y coordinado la metodología a seguir, elaborando los documentos relacionados con el enfoque estratégico, y asesorando y apoyando a los coordinadores de las líneas estratégicas y de sus correspondientes grupos de trabajo, revisando y consensuando sus contenidos, así como estableciendo los plazos y aportando documentación de apoyo y participando en la elaboración y redacción de todas las fases de la planificación.
- **El Comité Operativo de Unidades Directivas:** En él, están representadas las Unidades Directivas de la Consejería de Sanidad con competencias en el desarrollo de la estrategia. Este Comité ha participado en el seguimiento de la estrategia anterior (10 Unidades Directivas en 2021), actuando como órgano asesor y consultivo respecto a la implantación y seguimiento de sus objetivos y actuaciones. Posteriormente ha realizado la revisión del enfoque estratégico y definición de líneas de la presente estrategia.
- **Los Grupos de trabajo de las líneas estratégicas:** Se han constituido 11 grupos de trabajo, uno por cada línea estratégica. En cada grupo se designó, al menos, un coordinador del mismo, para dirigir a un grupo de técnicos expertos en cada una de las líneas, desarrollando de forma consensuada, una propuesta de introducción para cada línea, así como los objetivos que han de cumplirse según las necesidades detectadas, y las actuaciones específicas para alcanzarlos.
- **Paneles de revisión de la estrategia:** Se establecieron tres paneles de acuerdo con los grupos de interés: pacientes, profesionales y gestores. En este sentido, se formaron grupos con: las asociaciones de pacientes más representativas de acuerdo al número y tipo de pacientes; los responsables de los Comités de Atención al Dolor de hospitales y SUMMA 112 y referentes de dolor de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud y los representantes designados para las Unidades Directivas de la Consejería de Sanidad. En total han participado 4 asociaciones de pacientes, 13 Unidades Directivas de la Consejería de Sanidad y 28 profesionales del Servicio Madrileño de Salud.



Figura 3: Organización del proceso de trabajo de realización del documento estratégico

Primeramente, se definió la Misión, Visión y Valores de nuestra organización. Para ello, el grupo coordinador lanzó una propuesta basándose en la primera Estrategia de Atención al Dolor 2017-2020, que fue revisada por los representantes de las Unidades Directivas del Comité Operativo presentando sus aportaciones en julio de 2021.

También se llevó a cabo el análisis de situación, tanto a nivel interno como a nivel externo. En primer lugar, se hizo una revisión de la epidemiología del dolor en España y en la Comunidad de Madrid, pasando posteriormente a realizar el análisis interno donde se incluyeron datos de la evaluación final de actuaciones de la estrategia anterior (2017-2020); los objetivos institucionales y su evolución; la actividad de los Comités de Atención al Dolor, la percepción de los pacientes con dolor y de los profesionales que los atienden; y proyectos relacionados con la atención al dolor, entre otras fuentes (Tabla 1).

**Tabla 1. Análisis interno. Fuentes de información**

- Evaluación Estrategia Atención al Dolor 2017-2020
- Actuaciones desarrolladas por los Comités de Atención al dolor
- Objetivos institucionales de atención al dolor
- Actuaciones en Seguridad del paciente con dolor
- Percepción de los pacientes
- Percepción de los profesionales
- Formación

Por otra parte, para la realización del análisis externo, se hizo una búsqueda bibliográfica, partiendo de los principales organismos tanto nacionales como internacionales, relacionados con la atención al dolor (Tabla 2).

**Tabla 2. Fuentes de análisis externo**

- Comunidades Autónomas
- Ministerio Sanidad. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud
- Sociedad Española del Dolor (SED)
- Experiencias Internacionales:
  - Organización Mundial de la Salud
  - Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IAPS)
  - Plataforma del Impacto Social del Dolor (SIP)
  - Unión Europea
  - National Pain Strategy del Department of Health and Human Services (USA)
  - National Strategic Action Plan for Pain Management (Australia)

Siguiendo la metodología propuesta, tras el análisis de la situación realizado, se abordó un análisis DAFO que dividimos en dos partes. La primera correspondiente al análisis interno del proyecto, en el que identificamos las Fortalezas (aquello que se hace bien desde la organización) y Debilidades (lo que debemos mejorar); y una segunda parte, de análisis externo, que lo conforman las Oportunidades (circunstancias externas a nosotros que no podemos controlar, pero que podemos aprovechar en nuestro favor para conseguir nuestros objetivos) y Amenazas (todas aquellas barreras externas a nosotros, que podían impedirnos alcanzar los objetivos).

Tras el análisis DAFO se planteó una matriz CAME para: Corregir las Debilidades, Afrontar las Amenazas, Mantener las Fortalezas y Explotar las Oportunidades. De esta forma se consiguió un enfoque estratégico combinando los elementos obtenidos en el DAFO y como resultado obtuvimos: Estrategias Defensivas (Fortaleza + Amenaza); Estrategias Ofensivas (Fortaleza + Oportunidad); Estrategias de Reorientación (Debilidad + Oportunidad) y Estrategias de Supervivencia (Debilidad + Amenaza).

Posteriormente, se elaboró la propuesta con la definición de líneas estratégicas. El enfoque estratégico realizado se enmarcó teniendo en cuenta cuatro perspectivas: organización, agentes y grupos de interés, procesos internos y aprendizaje y futuro, obteniendo un total de 11 líneas estratégicas. Todo el planteamiento estratégico se facilitó a las Unidades Directivas del Comité Operativo y fue revisado por ellas realizando las correspondientes aportaciones.

El 26 de octubre de 2021, se convocó nuevamente a los representantes de las Unidades Directivas para, tras el análisis de las contribuciones que habían hecho sobre las cuestiones anteriormente planteadas, presentar el enfoque estratégico revisado, solicitándose en ese momento que designaran un responsable para trabajar sobre las líneas definidas, con potestad para constituir un grupo de trabajo con el objeto de elaborar objetivos y actuaciones para cada línea.

Con fecha 26 de noviembre de 2021, se convocó a los representantes designados para cada línea estratégica para asesorarles en la elaboración de una propuesta de introducción, objetivos y actuaciones, con el apoyo de la Subdirección General de Calidad Asistencial. Se facilitó a todos los grupos, documentación acerca de cada línea estratégica con la evaluación de las actuaciones de la anterior estrategia, bibliografía y recursos de interés e instrucciones.

Los diferentes grupos de trabajo elaboraron durante los meses siguientes, con una metodología participativa para cada línea, la propuesta requerida aportando así mismo la bibliografía de referencia y otros materiales de interés. Respecto a la propuesta del grupo de trabajo para cada línea estratégica, se plantearon un total de 34 objetivos a alcanzar y 150 actuaciones para su desarrollo. Dicha propuesta fue revisada por el grupo coordinador y durante el mes de abril de 2022, se mantuvieron reuniones con los responsables de cada línea, llegando a un documento consensuado para cada línea.

Durante el mes de mayo se mantuvieron diferentes reuniones con los 3 paneles de expertos (profesionales, representados por los responsables de los Comités de Atención al Dolor, Unidades Directivas de la Consejería de Sanidad, y agrupaciones de Asociaciones de Pacientes donde estuvieran representados los pacientes con dolor).

En dichas reuniones se presentaron en grandes números la evaluación de la anterior estrategia y las actuaciones realizadas hasta ese momento, y se solicitó su colaboración para valorar las actuaciones planteadas.

Para ello se remitió una herramienta en formato Excel con todos los objetivos y actuaciones trabajados con los grupos, para su revisión y en su caso, aportaciones. Para cada actuación se podía seleccionar una de las siguientes opciones: aceptar; suprimir; modificar o bien no aplica/no sabe/no contesta. También se podía escribir en texto libre si querían añadir algún contenido y existía otra columna para añadir observaciones donde se pudieran añadir aquellas cuestiones que de manera global quisieran aportar para cada línea estratégica. Estas revisiones se fueron remitiendo a lo largo del mes de junio del 2022.

Se recibieron por parte de los paneles de expertos 456 aportaciones a las 150 actuaciones propuestas, de las cuales: 204 han sido solicitudes de modificación, 47 de supresión y 205 observaciones. A continuación, durante el mes de julio de 2022, se llevó a cabo una revisión por el Grupo Coordinador, estimándose 42 de las modificaciones propuestas, lo que ha supuesto la variación de la redacción de 34 actuaciones, la creación de 2 nuevas actuaciones y la fusión con otras actuaciones de 4 con propuesta de supresión, obteniendo como resultado final 34 objetivos y 148 actuaciones. Además, existen múltiples modificaciones que serán tenidas en cuenta en el despliegue operativo de la estrategia.

En resumen, durante el proceso participativo y dinámico de los grupos de trabajo para la propuesta definitiva de objetivos estratégicos y actuaciones, han participado diferentes expertos de nuestra organización con el siguiente esquema de trabajo y participación:



Figura 4. Esquema del proceso de trabajo de la definición de objetivos y actuaciones



**Análisis  
de situación**



**P**ara describir la situación actual vamos a comenzar revisando los datos epidemiológicos, relacionados con la Comunidad de Madrid, de los que disponemos actualmente:

## Datos epidemiológicos

La Encuesta Europea de Salud en España (EESE), realizada en el año 2020, proporciona información periódica sobre la salud de la población española, armonizada y comparable a nivel europeo, con la finalidad de planificar y evaluar las actuaciones en materia sanitaria.

En relación con el dolor, en la encuesta se han incluido dos preguntas: una relacionada con el grado de dolor y otra respecto a la interferencia que ese dolor pueda tener en sus actividades cotidianas. En concreto, el grado de dolor se mide a través de una pregunta directa que considera cualquier dolor físico que haya tenido en las últimas cuatro semanas, y este se categoriza en 'ninguno', 'muy leve', 'leve', 'moderado', 'severo' o 'extremo'. Los resultados que nos ofrece esta encuesta, en nuestro país, los resumimos a continuación:

- La proporción de personas de 15 y más años que refiere haber sufrido dolor físico en las últimas cuatro semanas aumenta con la edad, al igual que su intensidad.
- El dolor físico (de cualquier intensidad, desde muy leve a extremo) afecta en torno al 40% de la población de 15 y más años.
- En todos los grupos etarios, es más frecuente la presentación de dolor en mujeres. En el caso del dolor severo o extremo, es más del doble en mujeres que en hombres en algunos grupos de edad.

En el caso concreto de la Comunidad de Madrid, la población encuestada frente al total del territorio nacional en relación a las preguntas formuladas referente al grado de dolor, fue de un 14%. Si comparamos los resultados obtenidos en nuestra Comunidad frente a los del resto de España, se pueden observar los siguientes resultados.

**Tabla 3. Grado de dolor padecido en las últimas cuatro semanas en España y la Comunidad de Madrid**

	Total	Ninguno	Muy leve	Leve	Moderado	Severo	Extremo
España	100%	59,7%	7,6%	12,9%	13,2%	5,7%	0,8%
C. Madrid	14,1%	53,4%	6,8%	19,1%	15,0%	5,2%	0,5%
<b>Hombres</b>							
España	48,7%	32,8%	3,5%	5,4%	5,0%	1,7%	0,2%
C. Madrid	47,4%	30,5%	2,7%	7,1%	5,3%	1,6%	0,1%
<b>Mujeres</b>							
España	51,3%	26,9%	4,1%	7,5%	8,2%	3,9%	0,6%
C. Madrid	52,6%	22,9%	4,1%	12,0%	9,7%	3,6%	0,4%

Fuente: Encuesta Europea de Salud en España 2020

Como se puede ver, en nuestra Comunidad existe un aumento de la percepción del dolor entre los ciudadanos de más 6 puntos porcentuales (40,3% en España y 46,6% en la Comunidad de Madrid). En la tabla también pueden apreciarse diferencias por sexo, siendo más frecuente el dolor en mujeres que en hombres y con el doble de incidencia igualmente en mujeres, en el caso del dolor severo/extremo, respecto a los hombres en el caso de la Comunidad de Madrid.

En relación con la interferencia del dolor con las actividades cotidianas, los resultados a nivel nacional se presentan en la siguiente tabla:

**Tabla 4. Interferencia del dolor en las actividades cotidianas en las últimas cuatro semanas**

	Nada	Un poco/ Moderadamente	Bastante/ Mucho
<55 años	79%	16%	5%
> 55 años	59%	30%	11%
<b>Hombres</b>			
< 55 años	84%	13%	3%
>55 años	69%	24%	7%
<b>Mujeres</b>			
< 55 años	75%	19%	6%
>55 años	50%	34%	15%

En cuanto a la interferencia del dolor en las actividades cotidianas en las últimas cuatro semanas, según sexo y grupo de edad, a partir de los 55 años el dolor afecta un 20% más a las actividades habituales que al grupo de menores de 55 años, siendo un 11% de la población, al que el dolor les afecta gravemente en sus actividades de la vida diaria, con una amplia diferencia entre mujeres y hombres (mujeres 15% frente al 7% de los hombres).

Si comparamos los resultados obtenidos en la Comunidad de Madrid con el conjunto de España, también observamos que, en general, el dolor afecta más a la población madrileña en las actividades de la vida diaria, que al resto de España (34% frente al 29%) y por sexo, más a mujeres que a hombres (41% frente a 25%), como observamos en la siguiente tabla.

**Tabla 5. Comparativa entre la Comunidad de Madrid y España en la interferencia del dolor en las actividades cotidianas**

	Total	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
<b>Ambos sexos</b>						
España	100%	71%	13%	9%	5%	2%
C. Madrid	14%	66%	16%	11%	4%	3%
<b>Hombres</b>						
España	49%	78%	10%	7%	3%	1%
C. Madrid	47%	75%	13%	9%	2%	2%
<b>Mujeres</b>						
España	51%	65%	15%	11%	7%	3%
C. Madrid	53%	59%	18%	14%	5%	4%

Junto con los datos de esta encuesta, es de interés revisar los datos relacionados con el tratamiento farmacológico del dolor, y de forma específica, los datos referidos al uso de opioides. La justificación de su utilización ha generado controversia, y todo ello en un escenario de un aumento de su prescripción en todo el mundo y en especial en Estados Unidos, provocando una crisis de emergencia social y sanitaria, que a modo de ejemplo ha llevado a la Organización Mundial de la Salud, a publicar una nueva guía de abordaje del dolor para adultos y adolescentes con cáncer.

En este sentido, en el estudio sobre el consumo de fármacos opiáceos en la ciudad de Madrid y los factores sanitarios y socio-demográficos asociados, los resultados encontrados son mejores que en otros países, sin embargo, un 16% de los encuestados declara haber usado este tipo de fármacos en el último año, el consumo es más frecuente en mujeres, clase social baja y menor nivel de estudios, siendo preocupante su uso entre el grupo más joven (12,5%).

Además, las personas que usan opioides refieren peor salud percibida, menor calidad de vida, más problemas de salud mental, más soledad no deseada, más uso de otros psicofármacos, más frecuente uso diario de tabaco y menos consumo problemático de alcohol. Un 10% de quienes los usan lo hacen sin prescripción médica.

Por otra parte, y aunque no disponemos de estudios recientes sobre el coste que produce el dolor en España, a través de la iniciativa Pain Proporsal en 2014, se estimó que el coste total (directo e indirecto) que ocasiona el dolor crónico sería de 16.000 millones de euros anuales, lo que supone el 2,5% del PIB.

No obstante, sí se han valorado los costes por dolor de diferentes patologías, y así, en nuestro país, sólo la migraña supone una carga económica de 1.076 millones de euros anuales, en su mayoría (68%) debido a costes indirectos (732 millones de €) y se estima que la osteoartritis de rodilla y cadera supone un coste anual de 4.738 millones de euros (equivalente al 0,5% del PIB).

Además, en estudios más recientes, los costes atribuibles del dolor lumbar, fueron de casi 9.000 millones de euros, de los cuales un 74,5% son costes indirectos (básicamente pérdida de productividad, absentismo y presentismo o “ausencia gris”), y representa un 0,68% del PIB español.

## Análisis interno

A continuación, se describe la situación en relación con la atención al dolor, dentro de Consejería de Sanidad.

### I. Evaluación de la Estrategia de Atención al Dolor 2017-2020

En la Comunidad de Madrid, dando respuesta a la necesidad de un abordaje del dolor de manera transversal y multi e interdisciplinar, que involucrara tanto a los pacientes como a los profesionales, se puso en marcha, en octubre de 2017, la Estrategia de Atención al Dolor 2017-2020 de la Consejería de Sanidad (EAD17-20).

En este plan, se establecieron un conjunto de ocho líneas estratégicas, diecisiete objetivos y cuarenta y seis actuaciones a desarrollar en el periodo 2017-2020, con la misión de “Proporcionar una asistencia adecuada a todos los pacientes con dolor que son atendidos en los dispositivos sanitarios del Servicio Madrileño de Salud”.

Para su elaboración, se contó con la participación de profesionales de los centros asistenciales del Servicio Madrileño de Salud, así como con representantes de las diferentes Unidades Directivas de la Consejería de Sanidad, con competencias en esta materia.

Para asesorar sobre temas relacionados con la atención al dolor, identificar áreas de trabajo institucionales y desarrollar trabajos técnicos (guías, protocolos...) la Estrategia incluyó la creación de una Comisión Técnica Asesora de la Estrategia. Mientras que, para facilitar, realizar y apoyar la implantación de sus actuaciones, así como realizar su evaluación y seguimiento, se creó un Comité Operativo de la Estrategia de Atención al Dolor, compuesto por representantes de las Unidades Directivas con responsabilidad, en el desarrollo de sus actuaciones.

Para definir estas responsabilidades, y desplegar de forma operativa la Estrategia, las 46 actuaciones incluidas en las diferentes líneas estratégicas, fueron asignadas a los integrantes del citado Comité y estos, para hacerlas efectivas, diseñaron un total de 144 actividades, configurando en su conjunto, el Plan de Acción de la EAD17-20. En concreto, para cada actuación, se estableció: el responsable del seguimiento en la Unidad Directiva, el cronograma y el indicador para su evaluación.

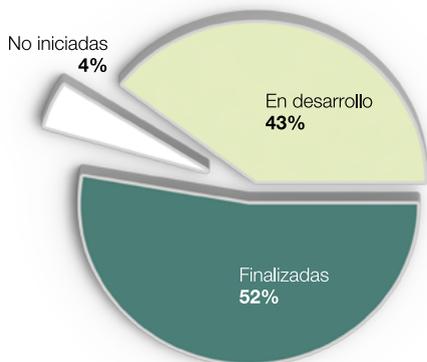
Por último, el Plan de Acción se ha revisado periódicamente y en función de la evaluación de las actuaciones de la estrategia, se ha ratificado o modificado la planificación anual, como podemos observar en el siguiente gráfico:



**Gráfico 1. Distribución de actuaciones de la EAD por año**

Como se puede verificar en los gráficos, en el último año la planificación ha sido modificada, mientras que se ha mantenido en el resto de periodos anuales, de acuerdo con las revisiones realizadas por el Comité Operativo.

Como resultado de esta planificación, en cuanto al cumplimiento de las 46 actuaciones y de sus 144 actividades, presentamos los siguientes gráficos, según consideremos el cumplimiento de las actuaciones (Gráfico 2) o de las actividades que las desarrollan (Gráfico 3).



**Gráfico 2. Evaluación global actuaciones EAD 17-20**

**Gráfico 3. Evaluación global actividades EAD 17-20**

Como podemos observar, en relación con las actuaciones de la estrategia, se ha conseguido abordar la práctica totalidad de sus actuaciones (95%, considerando las finalizadas más las que se encuentran en desarrollo), finalizando un 52% de ellas (24 actuaciones) y, para el periodo 2017-2020, tan sólo 2 actuaciones (4%) no han podido iniciarse, a causa de la pandemia por COVID-19.

## Análisis de situación

Si nos fijamos en las actividades, el porcentaje de las finalizadas aumenta, alcanzando el 61%, esto se explica porque muchas de las actuaciones que están en desarrollo tienen gran parte de sus actividades finalizadas, quedando 27 actividades sin iniciar (19%).

Si comparamos como se han desplegado las actuaciones por líneas estratégicas (Gráfico 4), comprobamos que en todas las líneas hay actuaciones finalizadas o en desarrollo, y, sólo en las líneas: L4 (participación de paciente) y L8 (alianzas y reconocimientos) han quedado dos actuaciones y, por tanto, todas sus actividades pendientes de iniciarse, figurando como no realizadas.

A continuación, podemos ver los resultados de la evaluación global de la Estrategia de Atención al Dolor 2017-2020, divididos por líneas estratégicas.

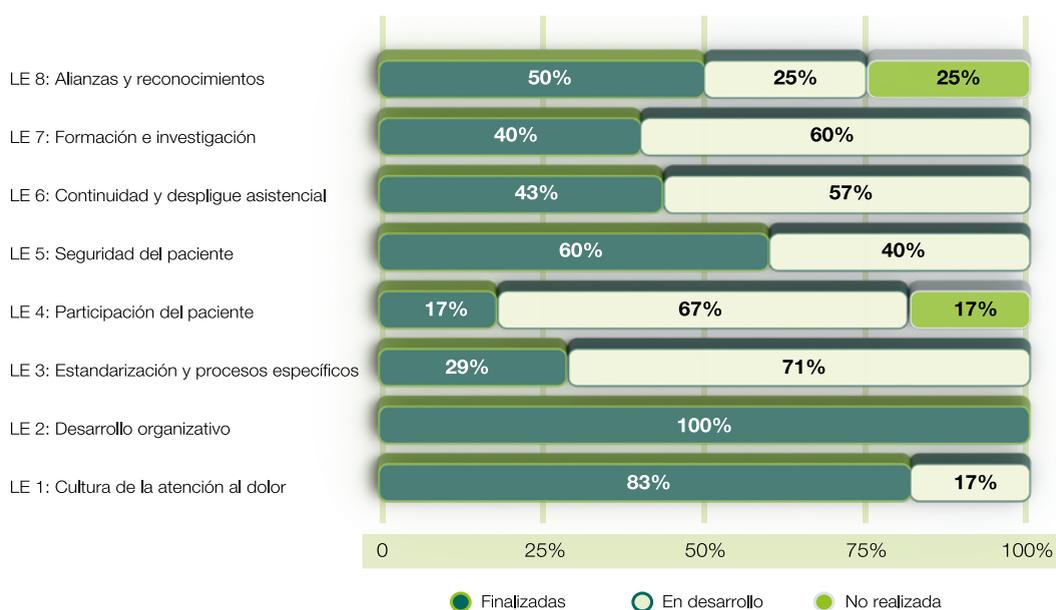


Gráfico 4. Evaluación de las actuaciones ejecutadas por línea estratégica

Las actuaciones con mayor desarrollo en la estrategia han sido las relativas a las líneas de desarrollo organizativo, ya que se ha creado e implantado, en gran medida, la estructura que da soporte al desarrollo de la estrategia (LE 2); se ha trabajado en mejorar la cultura de la atención del dolor, desarrollando jornadas, material divulgativo o espacios en la Web institucional para facilitar la sensibilización y promover una atención al dolor adecuada en la organización (LE 1); y por último, también se han desarrollado actividades para mejorar la seguridad del paciente en las actuaciones relacionadas con la atención al dolor (LE 5).

Por otro lado, las líneas en las que el grado de consecución de sus actuaciones ha sido menor, son: la línea de participación del paciente (LE 4), puesto que debido a la pandemia de COVID 19 ha sido complicado su desarrollo en el año 2020; y, por otro lado, la correspondiente a la

estandarización y procesos específicos (LE 3), ya que, aunque la mayoría de documentos están propuestos y elaborados en todos los niveles asistenciales (Atención Hospitalaria, Atención Primaria y SUMMA 112) falta difundirlos en su mayor parte.

En relación con el resultado de estas actuaciones, a continuación, presentamos un breve resumen de las desarrolladas, en cada una de las cuatro perspectivas que se enmarcan en la Estrategia de Atención al Dolor 2017-2020:

### Perspectiva de la organización

- **Cultura de la atención al dolor.** Se ha creado un espacio Web dentro de Intranet Salud@ sobre “Atención al dolor”, que incluye información sobre jornada de los Comités de Atención al Dolor celebradas, reuniones de las Unidades Directivas mantenidas, documentación relevante para la atención al dolor...etc. Así mismo la Consejería de Sanidad se ha ido incorporando a iniciativas nacionales e internacionales para promover la cultura y la sensibilización en la atención al dolor entre pacientes y profesionales.
- **Desarrollar una estructura organizativa.** Se han desarrollado estructuras en los tres niveles asistenciales:
  - En los hospitales del Servicio Madrileño de Salud se han consolidado los Comités de Atención al Dolor que se pusieron en marcha en el año 2011. Así, en el año 2017 se contaba con 551 profesionales integrantes de dichos Comités y en el año 2020 el número ha aumentado a 581. Estos Comités son grupos multidisciplinares, con perfiles diversos; predominando profesionales del área asistencial tal y como se muestra en el siguiente gráfico:

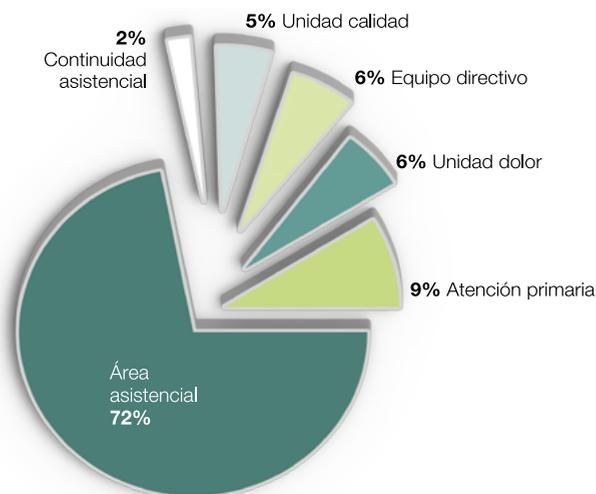


Gráfico 5. Perfiles Profesionales de los Comités de Atención al Dolor

- En Atención Primaria se han establecido referentes en todas las Direcciones Asistenciales contando actualmente con 18 Referentes del Dolor, con participación en los comités del dolor hospitalarios. Por otra parte, en las Comisiones Locales de Calidad de cada

una de las Direcciones Asistenciales se incluye la gestión de la atención del dolor y contamos con 7 responsables. Finalmente, a nivel de la Gerencia de Atención Primaria, dentro de la Comisión Central de Calidad, se incluye la Subcomisión de Atención al Dolor con 12 profesionales.

- En el SUMMA 112 se cuenta con una Comisión de Atención al Dolor, de la que forman parte (año 2020) 17 profesionales.

### Perspectiva de agentes y grupos de interés

- **Estandarización y procesos específicos.** En los diferentes niveles asistenciales se han identificado las necesidades y elaborado documentos, aunque, teniendo en cuenta la situación provocada por la pandemia de COVID-19, el 71% de sus actuaciones se encuentran en desarrollo.
- **Participación del paciente.** A través de la Escuela Madrileña de Salud, con 24 recursos educativos "Online" relacionados con la atención y cuidado de personas con dolor. Se han formado 1429 pacientes y personas significativas.  
Se han incluido preguntas sobre atención al dolor en la encuesta de satisfacción de usuarios del Servicio Madrileño de Salud, que se realiza anualmente, tanto en los cuestionarios de los segmentos de hospitalización y Atención Primaria, como en los del SUMMA 112. Los resultados sobre pacientes satisfechos o muy satisfechos con el tratamiento del dolor en hospitales no han sufrido grandes variaciones a lo largo del periodo de la estrategia, situándose en torno al 88%; en Atención Primaria sí ha habido un aumento de la satisfacción, pasando en 2017 de un 72,9% a un 75,3% en 2019 (última encuesta realizada); y en el SUMMA 112 también han tenido resultados al alza en la Unidad de Atención domiciliaria (UAD), pasando de un 81% en 2017 a un 87,5% en 2019 y en los Vehículos de Intervención Rápida (VIR) de un 86,7% en 2017 al 90,5% en 2019, sin embargo, ha sufrido una pequeña disminución de la satisfacción en las UVI móvil pasando de un 93,2% en el 2017 a un 90,5% en el 2019.

### Perspectiva de procesos internos

- **Seguridad del paciente**
  - Se ha incluido la coordinación entre los Comités de Atención al Dolor y las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios dentro de los objetivos institucionales del Servicio Madrileño de Salud de 2015 y 2016.
  - Se ha realizado la publicación periódica de boletines de recomendaciones por errores de medicación relacionados con analgésicos.
  - Se han diseñado cursos de atención al dolor que incluyen contenidos de seguridad del paciente, la puesta en marcha del Módulo Único de Prescripción con formación posterior, e información de eventos adversos relacionados con el tratamiento del dolor crónico y más específicamente con el manejo de opioides.
- **Continuidad y despliegue asistencial.** Dentro de la interconsulta clínica electrónica no presencial (eConsulta), se encuentra la interconsulta a la Unidad del Dolor (eCONUDO), creada para la resolución de consultas relativas al manejo del dolor. Se puso en marcha en el segundo

semestre de 2019. Desde entonces se ha ido incrementando paulatinamente el número de hospitales que ofertan esta eConsulta, así como el número de eConsultas dirigidas al profesional hospitalario de las Unidades del Dolor, pasando de 22 consultas realizadas en el periodo de enero a septiembre en el año 2019; 680 en el mismo periodo de 2020 y 1231 en 2021.

## Perspectiva de aprendizaje y desarrollo

- **Formación e Investigación.** Dentro del plan anual de actividades formativas de la Consejería de Sanidad se incluyen contenidos relativos a la atención al dolor en los planes anuales de formación continuada. En el año 2020, pese a la pandemia, se realizaron 7 actividades formativas sobre dolor, con 470 profesionales formados y se impartieron 61 horas lectivas. En Atención Primaria se elaboró una guía clínica resumida de atención al Dolor Crónico No Oncológico (DCNO), “el Decálogo”, a partir del cual se ha desarrollado un Plan de Autoformación focalizado en el mismo y se ha realizado la autoformación por el 15-20% de sus profesionales. Además, ha sido difundido un informe bibliométrico de la investigación sobre dolor en la Comunidad de Madrid entre las Fundaciones de Investigación Sanitaria.
- **Alianzas y reconocimientos.** Durante los años de desarrollo de la estrategia se ha establecido un convenio entre la Consejería de Sanidad y la “Plataforma Sin Dolor”. Asimismo, en los hospitales del Servicio Madrileño de Salud se han identificado un total de 45 buenas prácticas relacionadas con la atención al dolor.

## II. Actuaciones desarrolladas por los Comités de Atención al Dolor

Los Comités de Atención al Dolor fueron constituidos como estructuras funcionales para mejorar la sensibilización y la cultura, promover la información y la formación sobre la evaluación del dolor y sus métodos de tratamiento, así como para identificar áreas de mejora proponiendo medidas efectivas.

Los comités están formados por profesionales multidisciplinares, con representantes de varias áreas, de acuerdo con las recomendaciones institucionales:

- Representante del equipo directivo.
- Representante de la unidad de calidad.
- Representante de las áreas asistenciales relacionadas con el dolor: anestesia, cirugía, oncología, paliativos, etc.
- Representante de la unidad responsable del tratamiento del dolor.
- Representante de continuidad asistencial

Desde el año 2012, dentro de la información solicitada a los centros hospitalarios en relación al cumplimiento de los objetivos institucionales de calidad incluidos en los contratos de gestión, se ha solicitado información sobre la composición y actividades de los Comités de Atención al Dolor.

Si analizamos los datos aportados, desde la puesta en marcha de la Estrategia de Atención al Dolor de la Comunidad de Madrid en el año 2017, como ya se ha mencionado, el número total

de miembros que forman parte de los Comités de Atención al Dolor ha pasado de 551 en 2017, a un total de 581 profesionales en 2020, con un promedio de 17 sobre el total y un rango que oscila entre 8 y 38.

Si comparamos la distribución por área funcional de los componentes en los años en vigor de la Estrategia, encontramos un pequeño incremento, fundamentalmente, debido a que el número de personas que realizan su actividad en áreas asistenciales ha pasado de 402 profesionales en el 2017, a 414 en 2020 (Tabla 6).

En Atención Primaria ha aumentado, pasando de 37 en el 2017 a 53 en el año 2020, y en el resto de ámbitos el número de componentes se mantiene más o menos estable.

**Tabla 6. Distribución de los componentes de los Comités de Atención al Dolor por áreas funcionales 2017-2020**

Áreas funcionales	Nº componentes 2017	Nº componentes 2018	Nº componentes 2019	Nº componentes 2020
Área asistencial	402	416	409	414
Unidad Calidad	27	29	25	25
Equipo Directivo	35	35	40	36
Atención Primaria	37	51	53	53
Continuidad Asistencial	12	13	9	12
Unidad del Dolor	38	35	32	36
<b>Total</b>	<b>551</b>	<b>571</b>	<b>568</b>	<b>581</b>

Respecto a su composición, en la siguiente tabla podemos ver una comparativa de los perfiles profesionales de los miembros de los Comités de Atención al Dolor hospitalarios en los años de implantación y desarrollo de la estrategia (2017-2020).

**Tabla 7. Perfiles profesionales Comités de Atención al Dolor en las áreas asistenciales en 2017-2020**

Perfil profesional	Nº componentes 2017	Nº componentes 2018	Nº componentes 2019	Nº componentes 2020
Médicos	256	257	260	273
Enfermeras	114	124	118	114
Psicólogos	7	8	4	7
Farmacéuticos	19	20	19	11
Otros	6	7	8	9
<b>Total</b>	<b>402</b>	<b>416</b>	<b>409</b>	<b>414</b>

En cuanto a la formación de los profesionales (Gráfico 6), en el año 2020, un 58% (337) del total de miembros de los Comités de Atención al Dolor tienen un nivel de formación avanzado; 81 (14%) profesionales, tienen un nivel medio y 46 (8%) un nivel básico, destacando que 117 (20%) de los profesionales no han facilitado datos sobre su nivel de formación.

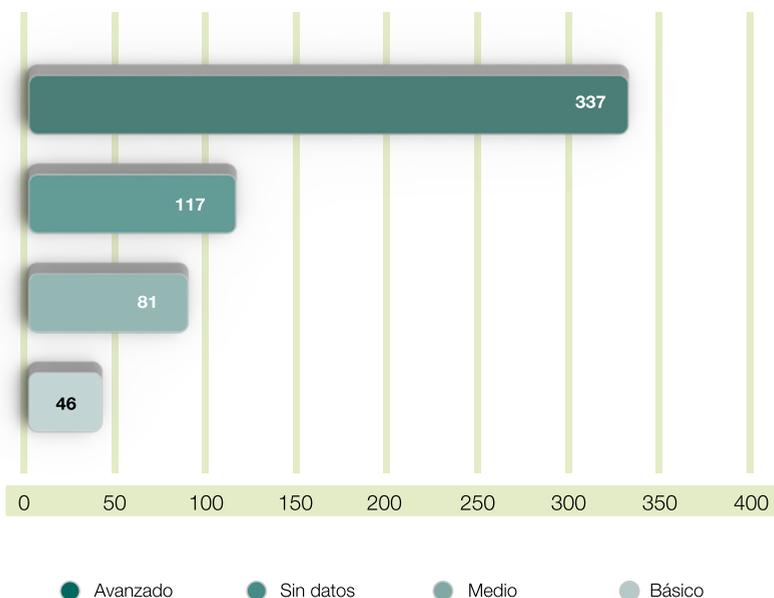


Gráfico 6. Nivel de formación de los miembros de los Comités Atención al Dolor 2020

### III. Objetivos institucionales de atención al dolor

En la Comunidad de Madrid, desde el año 2010, se incluyen en los contratos programa con los centros sanitarios del Servicio Madrileño de Salud, el cumplimiento de objetivos institucionales relacionados con la atención al dolor, con la excepción del año 2020 en el que, debido a la pandemia, fueron sustituidos por recomendaciones

En este sentido, las acciones iniciales se centraron en la medición a través de la implantación de escalas de valoración del dolor, y en concreto, los establecidos a lo largo de la estrategia han sido los siguientes:

**Tabla 8. Objetivos relacionados con la medición del dolor mediante escalas de valoración**

	2017	2018	2019
Hospitales	■ Implantación en servicios/unidades de las escalas de valoración del dolor	■ Medición del dolor en servicios específicos	■ Porcentaje de pacientes ingresados con medición del dolor
Atención Primaria	■ Medición del dolor por medio de escalas integradas en la historia	■ Evaluar y facilitar el grado de cumplimentación de las escalas de valoración del dolor en ESAPD	
SUMMA 112			■ Valoración del dolor en los pacientes con los códigos seleccionados por el SUMMA 112

En cuanto a los resultados, a lo largo de este periodo de implantación de la estrategia se ha conseguido que el 96,2% de los pacientes atendidos en los servicios de UCI, pediatría, cirugía general, traumatología, obstetricia y ginecología tengan registrado en su historia clínica la valoración del dolor mediante alguna escala de valoración.

En el SUMMA 112, al menos el 80% de los pacientes que presentan patologías que pueden presentar dolor según los códigos CIE seleccionados, también tienen registrada la medición del dolor mediante escalas de valoración.

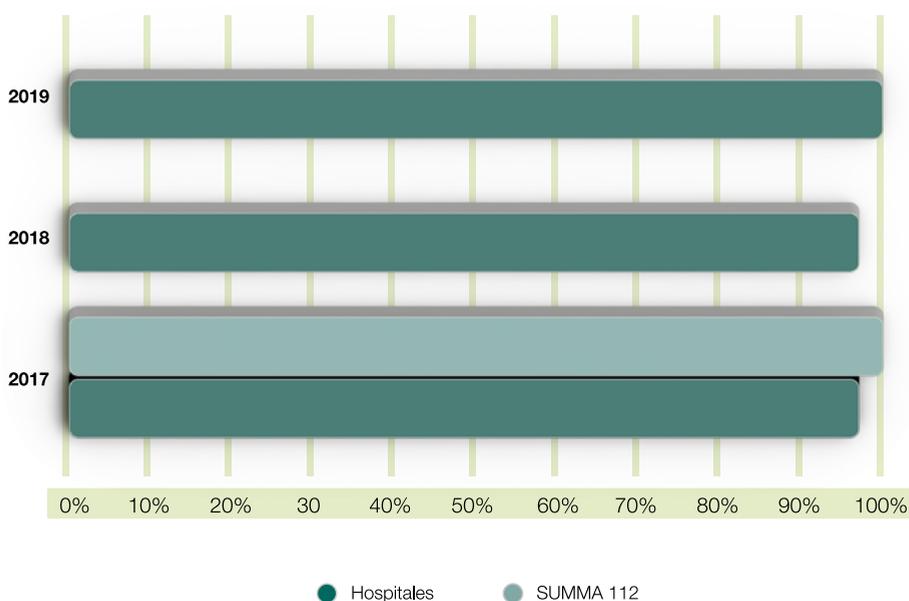
En Atención Primaria el resultado global de cumplimentación de escalas de valoración del dolor en los ESAPD fue del 50,5% en el año 2018. Si bien en Atención Primaria, existen cuestionarios de dolor integrados en la historia clínica electrónica desde hace algunos años, la evaluación de dicha cumplimentación, no ha formado parte de los objetivos dentro de los contratos programa específicamente.

En relación con el despliegue de procesos organizativos para la mejora de atención al dolor se priorizó la atención al dolor en población vulnerable dentro de las actividades desarrolladas por los Comités de Atención al Dolor en los ámbitos de atención hospitalaria y del SUMMA 112.

**Tabla 9. Objetivos relacionados con la atención del dolor a poblaciones vulnerables**

	2017	2018	2019
Hospitales	■ Atención al dolor en población infantil	■ Atención al dolor en población vulnerable	■ Estandarizar y difundir actuaciones en situaciones clínicas relevantes o en pacientes especialmente vulnerables
SUMMA 112	■ Atención al dolor en población vulnerable		

En cuanto a los resultados de su cumplimiento (Gráfico 7), se ha conseguido que, en el 2019, todos los hospitales realizaran alguna actuación, mientras que, en el resto de niveles asistenciales, solo el SUMMA 112 lo tuvo como objetivo en el año 2017 con un cumplimiento del 100%, realizando un estudio piloto de validación de las escalas del dolor en población infantil.



*Gráfico 7. Grado de cumplimiento actuaciones atención al dolor en población vulnerable*

Otra de las áreas que se ha impulsado dentro de los objetivos relativos al despliegue de procesos organizativos para la mejora de atención al dolor, ha sido la creación de una estructura organizativa que mejore la continuidad asistencial y la coordinación entre niveles asistenciales para mejorar la atención al dolor. Para ello, se han ido incluyendo diferentes objetivos a desarrollar por los Comités de Atención al Dolor, como la inclusión de un representante de Atención Primaria (Tabla 10).

**Tabla10. Actuaciones para el despliegue de la mejora de la atención al dolor**

	2017	2018	2019
Hospitales	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inclusión de un representante de Atención Primaria para mejorar la continuidad asistencial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incorporar al responsable de Centros y/o al referente clínico de la D. A. de A.P. al Comité desarrollando al menos acciones conjuntas semestrales.</li> <li>Desarrollar con los representantes de A.P. actuaciones para promover y coordinar la derivación adecuada de pacientes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Coordinación con los referentes de Atención Primaria (elaborar criterios de derivación o relación, jornadas conjuntas, visitas o rotaciones, sesiones, etc).</li> </ul>
Atención Primaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>Establecimiento de un responsable del EAP de atención al dolor.</li> <li>Realización de la menos una sesión semestral relacionada con la atención al dolor.</li> <li>Reuniones trimestrales de las Comisiones de Calidad en las que se aborden aspectos relacionados con la atención al dolor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombrar un referente del dolor por DAS que participe en los Comités de Atención al Dolor.</li> <li>Reuniones entre cada ESAPD y EAP.</li> <li>Reuniones trimestrales de las Comisiones de Calidad en las que se aborden aspectos relacionados con la atención al dolor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Referentes del dolor. Reuniones con los centros de salud, con responsables de los EASPD y al menos una reunión con el hospital de referencia.</li> <li>Reuniones trimestrales de las Comisiones de Calidad en las que se aborden aspectos relacionados con la atención al dolor.</li> <li>Designar un referente del dolor en cada unidad funcional de SUMMA 112.</li> <li>Reuniones trimestrales de la Comisión de Atención al Dolor.</li> </ul>
SUMMA 112			

Desde el primer momento, los cumplimientos han sido superiores a un 90% (Gráfico 8). Respecto al SUMMA 112, no fue hasta 2019, cuando se planteó designar un referente del dolor en cada unidad funcional de SUMMA 112, si bien ya disponían en su estructura, de una Comisión de Atención al Dolor.

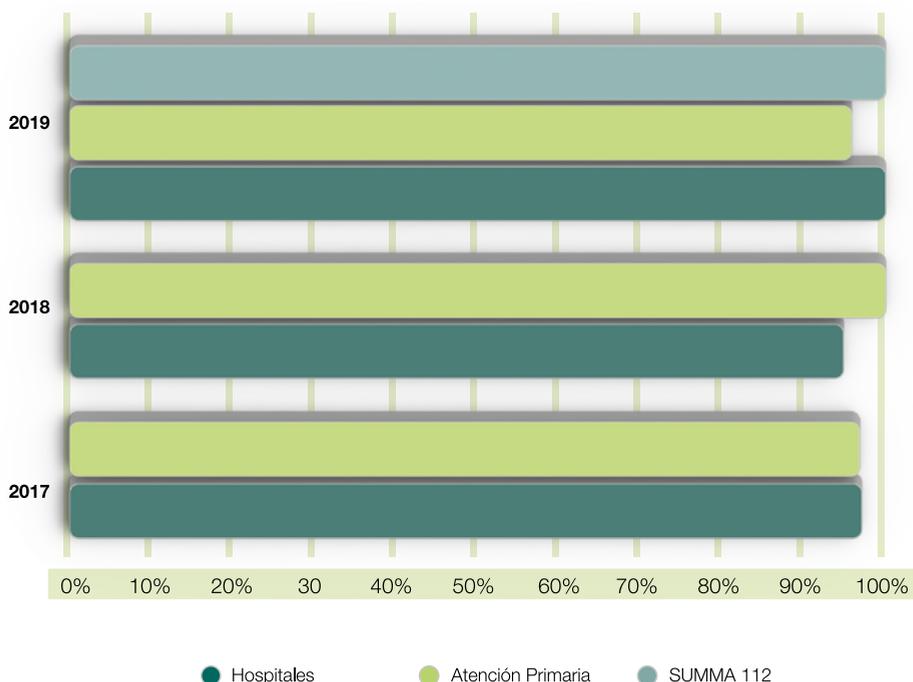


Gráfico 8. Grado de cumplimiento actuaciones desplegado de procesos organizativos para la mejora de atención al dolor

Además, durante los años 2017 y 2018 en los centros hospitalarios se ha impulsado la cumplimentación normalizada y el registro de informes y tratamientos (Tabla 11), incluyendo un análisis de la situación del centro en el año 2018, con un amplio cumplimiento. Para el año 2019 y 2020 no se establecieron objetivos en este sentido en ninguno de los niveles asistenciales.

Tabla 11. Actuaciones en relación a la cumplimentación normalizada y registros

	2017	2018
Hospitales	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promoción de la cumplimentación normalizada y el registro, de informes y tratamientos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promoción de la cumplimentación normalizada y el registro, de informes y tratamientos, incluyendo un análisis de la situación del centro.</li> </ul>
Atención Primaria		<ul style="list-style-type: none"> <li>Realización de un informe sobre la utilización de cuestionarios específicos del dolor</li> </ul>
SUMMA 112	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promoción de la cumplimentación normalizada y el registro, de informes y tratamientos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificación de procesos o actuaciones susceptibles de estandarizarse.</li> <li>Evaluación del registro específico del dolor integrado en el informe clínico electrónico.</li> </ul>

En cuanto a los resultados del grado de cumplimiento en el desarrollo de esta línea por parte de los Comités de Atención al Dolor, ha sido superior en todos los casos al 80%, según podemos ver en el siguiente gráfico:

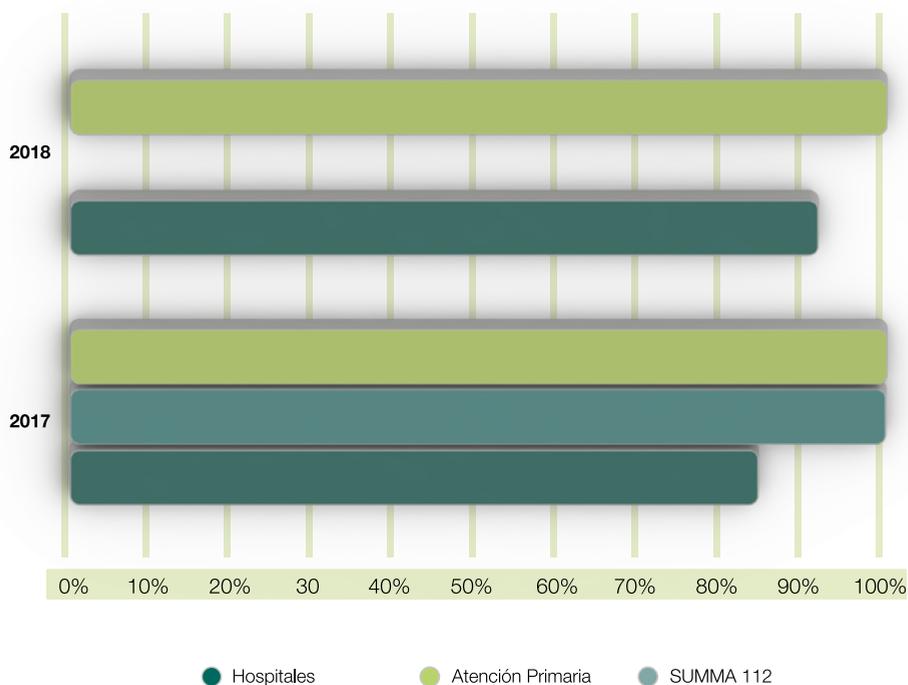


Gráfico 9. Grado cumplimiento objetivos sobre cumplimentación normalizada y el registro, de informes y tratamientos

Otro objetivo incluido en el despliegue de procesos organizativos para la mejora de la atención al dolor ha sido el promover la participación de los pacientes (revisar resultado encuestas y establecer actuaciones de mejora, elaborar material formativo o informativo, invitar a comités, etc.), que se incluyó en el año 2019 para hospitales con un cumplimiento global de 97%.

Además, una de las actuaciones desarrolladas por los Comités de Atención al Dolor ha sido la revisión de los datos sobre dolor de la encuesta de satisfacción, con la implementación de medidas de mejora, el diseño de otras encuestas para medir la satisfacción de los pacientes sobre el dolor, la elaboración de material informativo o la realización de jornadas contando con la participación de los pacientes.

También la formación de los profesionales (Tabla 12) ha sido incluida dentro de los objetivos institucionales para lograr una mejora de la atención al dolor tanto en Atención Primaria como en el SUMMA 112.

**Tabla 12. Formación de los profesionales**

	2017	2019
Atención Primaria	■ Establecer un programa formativo para los responsables de los Equipos de Atención Primaria.	■ Realizar al menos una reunión formativa a nivel de la Gerencia.
SUMMA 112		■ Realizar una acción formativa anual con los referentes de dolor

En este sentido, y a modo de ejemplo, en Atención Primaria se han realizado actividades para el abordaje integral del dolor y se ha desarrollado un plan de autoformación en dolor crónico no oncológico.

Por otra parte, y como novedad durante el año 2019 se estableció un indicador transversal tanto para hospitales, Atención Primaria y SUMMA 112 sobre la satisfacción de los pacientes con el tratamiento del dolor, con un cumplimiento en todos los niveles asistenciales entorno al 90%, sus resultados los presentamos en la siguiente tabla.

**Tabla 13. Resultados del indicador sobre el grado de satisfacción con el tratamiento del dolor**

Satisfacción global con la atención al dolor	Global	% Gerencias/Centros que han alcanzado meta
<b>HOSPITALES</b>		
Pacientes con dolor durante la hospitalización satisfechos y muy satisfechos con el tratamiento del dolor, fuera mayor de 90% o mejor de su grupo	88,42%	30%
<b>SUMMA 112</b>	UVI móvil 90,5%	
Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención al dolor (>90%)	VIR 90,5%	66,7%
	UAD 87,5%	
<b>ATENCIÓN PRIMARIA</b>		
Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención al dolor (>80%)	75,3%	90%

Por otra parte, en el año 2019 se solicitó a los diferentes hospitales que pusieran en marcha al menos una buena práctica relacionada con la Atención al Dolor. Durante el año 2020 se han analizado los resultados y se han difundido las prácticas a través de la intranet de la Consejería de Sanidad, siendo el cumplimiento de este objetivo de un 94%.

Para finalizar, en la tabla 14 se presentan los resultados globales obtenidos por los diferentes niveles asistenciales, en relación a los objetivos de atención al dolor que se han contemplado en los contratos de gestión a lo largo de los años en vigor de la Estrategia de Atención al Dolor.

**Tabla 14. Resultados globales objetivos de atención al dolor 2017-2019**

OBJETIVOS	2017	2018	2019
Medición dolor	Hospitales: 94,5%	Hospitales: 93,1% Atención Primaria: 50,5%	Hospitales: 96,2% SUMMA 112: 80%
Atención al dolor en población vulnerable	Hospitales: 97% SUMMA 112: 100%	Hospitales: 97%	Hospitales: 100%
Actuaciones para el despliegue de la mejora de la atención al dolor	Hospitales: 97% Atención Primaria: 97%	Hospitales: 94% Atención Primaria: 100%	Hospitales: 100%. Atención Primaria: 95,7% SUMMA 112: 100%
Actuaciones en relación a la cumplimentación normalizada y registros	Hospitales 91%. SUMMA 112: 100%	Hospitales: 85% SUMMA 112: 100%	
Formación de los profesionales	Atención Primaria: 100%		Atención Primaria: 100% SUMMA 112: 100%
Satisfacción de los pacientes con el tratamiento del dolor			Hospitales: 88,4% Atención Primaria: 75,3% SUMMA 112: 75,3% UVI móvil 90,5% VIR 90,5% UAD 87,5%
Buenas prácticas			Hospitales: 94%

#### IV. Actuaciones en Seguridad del paciente

Además de las actuaciones que se han venido ya desarrollando en los distintos ámbitos asistenciales, de forma transversal, la Estrategia de Seguridad del Paciente del Servicio Madrileño de Salud 2015-2020, en su línea estratégica 7.7 sobre impulsar y desplegar prácticas seguras en atención al dolor, también establece objetivos para su mejora que resumimos a continuación:

- Se estableció un objetivo institucional sobre la coordinación entre los Comités de Atención al Dolor y las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios (UFGRS).
- La Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios publica periódicamente boletines de recomendaciones por errores de medicación relacionados con analgésicos.
- Fueron diseñados cursos de atención al dolor en el marco del Plan de Formación continuada de la Consejería de Sanidad en el año 2018, que incluyen contenidos de prácticas seguras. Como resultado hasta el año 2020, se han realizado 3 ediciones del curso online sobre Valoración y tratamiento del dolor en población infantil, con 10 horas lectivas cada curso, formando a 297 profesionales.

- Se realiza la formación sobre el Módulo Único de Prescripción a todos los residentes que se incorporan anualmente al Servicio Madrileño de Salud, incorporando alertas y mensajes de seguridad.
- Desde la Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios se trabaja en la información de eventos adversos relacionados con el tratamiento del dolor crónico y más específicamente con el manejo de opioides.

## V. Percepción de los pacientes

---

Para aproximarnos a la experiencia del dolor de los pacientes del Servicio Madrileño de Salud, como ya hemos comentado en el apartado de objetivos institucionales, desde el año 2012 se incorporan preguntas relacionadas con el dolor y con la valoración del tratamiento en la encuesta que de forma anual se realiza a los usuarios de los servicios sanitarios públicos de la Comunidad de Madrid, en los ámbitos de Atención Primaria, Atención Hospitalaria y del SUMMA 112.

El universo de la encuesta es la población de ambos sexos y todas las edades, atendida durante el año en los centros sanitarios públicos del Servicio Madrileño de Salud:

- En Atención Primaria comprende la atención en la consulta del médico de familia, pediatra y/o enfermería de los centros de salud.
- En Atención Hospitalaria comprende cuatro ámbitos distintos de asistencia sanitaria: consultas externas hospitalarias, urgencias hospitalarias, hospitalización y cirugía ambulatoria.
- En el SUMMA 112 comprende la atención de urgencias y emergencias extra-hospitalarias en tres dispositivos de asistencia: Unidades de Atención Domiciliaria, Vehículos de Intervención Rápida y UVI móvil.

En cuanto a la evolución de los resultados de la encuesta respecto a la percepción del dolor durante el periodo 2017-2019 (la última encuesta se realizó en 2019), como podemos observar en Tabla 15, el mayor porcentaje de pacientes que manifiestan haber padecido dolor en el último mes se encuentran en el segmento de urgencias hospitalarias (rango de 61,2% a 63,8%). También se observa, de forma general, que ha ido aumentando la percepción del dolor a lo largo de los años, salvo en la Unidad de Atención Domiciliaria (UAD) y en la UVI móvil, ambas pertenecientes al SUMMA 112, en las que ha disminuido.

En Atención Primaria, en la que se preguntó a 26.462 usuarios de Atención Primaria si habían padecido dolor en el último mes, el 46,4% respondió afirmativamente, siendo similar a lo recogido en la Encuesta Europea de Salud en España (EESE) de 2020 en la que el porcentaje de personas con dolor en la Comunidad de Madrid en las últimas 4 semanas se situaba en un 46,6%.

Tabla 15. Porcentaje de pacientes con dolor en el último mes

	2017	2018	2019
Hospitalización	49,3%	50,9%	52,1%
Cirugía Ambulatoria	39,5%	43,8%	43,3%
Urgencias hospitalarias	61,2%	61,8%	63,7%
Atención Primaria	40,7%	44,3%	46,4%
UAD*	51,3%	57,9%	48,9%
VIR**	41,4%	45,8%	46,1%
UVI móvil	42,9%	48,1%	41,4%

\*Unidad de Atención Domiciliaria \*\*Vehículo Intervención Rápida

Respecto a los resultados en la encuesta de satisfacción a usuarios del Servicio Madrileño de Salud de 2019 sobre la percepción de la intensidad del dolor, los segmentos en los que los pacientes refieren un dolor más intenso es en Urgencias hospitalarias (31,3%) y los correspondientes al SUMMA 112 (34,8% en UAD, 32,9% en VIR y 22,9% en UVI móvil), como podemos ver en la Tabla 16.

Tabla 16. Grado de dolor en el año 2019 según segmento de la encuesta 2019

	Dolor	Sin dolor	Dolor leve	Dolor moderado	Dolor intenso
Hospitalización	52,1%	47,9%	3,3%	21,9%	24,2%
Cirugía Ambulatoria	43,3%	56,7%	4,9%	23,0%	14,1%
Urgencias hospitalarias	63,7%	36,3%	3,3%	29,1%	31,3%
Atención Primaria	46,4%	53,6%	4,2%	21,1%	19,5%
UAD*	48,9%	51,1%	0,6%	9,5%	34,8%
VIR**	46,1%	53,9%	0,6%	9,3%	32,9%
UVI móvil	41,4%	58,6%	0,5%	9,0%	22,9%

\*Unidad de Atención Domiciliaria \*\*Vehículo Intervención Rápida

En cuanto al porcentaje de usuarios con tratamiento pautado para el dolor y su satisfacción con el mismo, a continuación, presentamos en la tabla 17 sus resultados porcentuales según el segmento donde se ha realizado la encuesta durante los años de puesta en marcha de la estrategia:

**Tabla 17. Resultados de pacientes que han recibido tratamiento para el dolor y la satisfacción con el mismo**

Tratamiento y satisfacción con el mismo		2017	2018	2019
Hospitalización	Tratamiento	95,9%	96,5%	95,7%
	Satisfacción	88,7%	89%	88,4w%
Cirugía Ambulatoria	Tratamiento	90,2%	89,2%	89%
	Satisfacción	86%	85,9%	86%
Urgencias hospitalarias	Tratamiento	71,8%	76,9%	77,8%
	Satisfacción	84,1%	85,4%	84,4%
Atención Primaria	Tratamiento	79,5%	77,3%	77,6%
	Satisfacción	72,9%	74,3%	75,3%
Unidades Atención Domiciliaria (UAD)	Tratamiento	70,7%	72,5%	73,5%
	Satisfacción	81%	91,2%	87,5%
Vehículos de Intervención Rápida (VIR)	Tratamiento	63%	66,7%	63,7%
	Satisfacción	86,7%	89,8%	90,5%
UVI móvil	Tratamiento	71,2%	66,7%	64,4%
	Satisfacción	93,2%	93,9%	90,5%

Como resumen, en los segmentos pertenecientes a urgencias hospitalarias y en los del SUMMA 112 podemos ver que, a pesar de que el porcentaje de pacientes que han recibido tratamiento es menor, la satisfacción es superior.

Se observa que los niveles más bajos de satisfacción con el tratamiento se dan en el ámbito de Atención Primaria, aunque mejora a lo largo del periodo 2017-2019 (72,9% en 2017, 74,3% en 2018 y 75,3% en 2019). En el resto de segmentos, este grado de satisfacción es superior al 80%, destacando las UVI móvil en las que supera el 90% en los tres años.

## VI. Percepción de los profesionales

En febrero de 2021 se ha realizado una encuesta entre profesionales del Servicio Madrileño de Salud que son miembros de los Comités de Atención al Dolor, con el fin de profundizar en su percepción en relación con el despliegue de la estrategia.

Para ello, se trasladó un cuestionario a los Comités de Atención al Dolor de los 34 hospitales, a Atención Primaria (participaron referentes del dolor, profesionales pertenecientes a la Subcomisión de Atención al Dolor y también a los responsables de las 7 Direcciones Asistenciales) y al SUMMA 112 (participaron responsables de Unidad Funcional, Jefes de Guardia, Supervisores de Enfermería y coordinadores de Comisiones).

El cuestionario constaba de 30 ítems en hospitales, 26 en Atención Primaria y 23 en el SUMMA 112, todos ellos con la misma agrupación temática y con dos apartados en la respuesta: importancia que tenían las distintas actuaciones para una adecuada atención al dolor, y situación en la que se encontraba su centro a ese respecto, ambos en una escala Likert de 1 a 10. Además, se incluyó una pregunta abierta sobre qué otras actuaciones contemplarían para la mejora de la atención al dolor en la organización.

De los 34 Comités de Atención al Dolor pertenecientes a los hospitales consultados, hemos recibido respuesta de 28 (82%) de ellos. En el caso de Atención Primaria y SUMMA 112, hemos recibido respuesta de ambas Gerencias Asistenciales (100%). En el siguiente gráfico podemos ver el porcentaje de respuestas obtenidas.

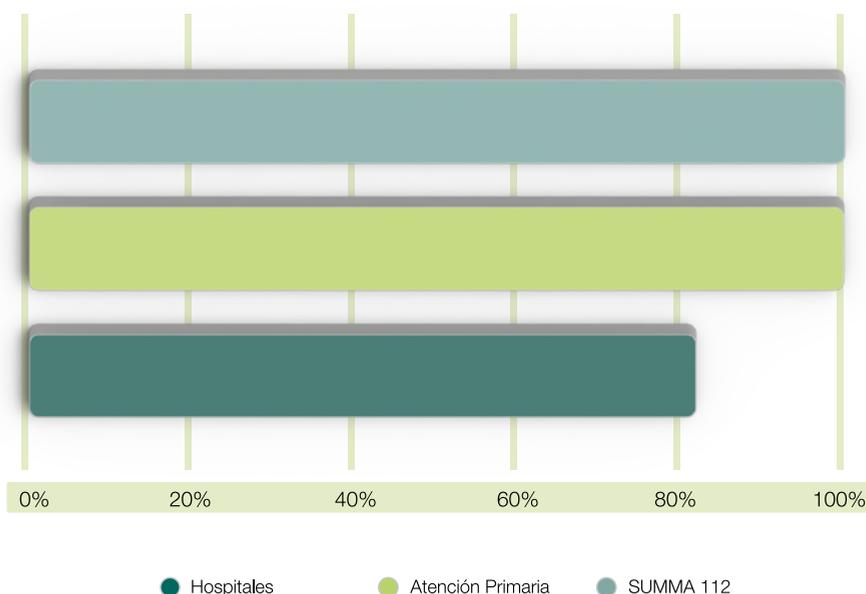
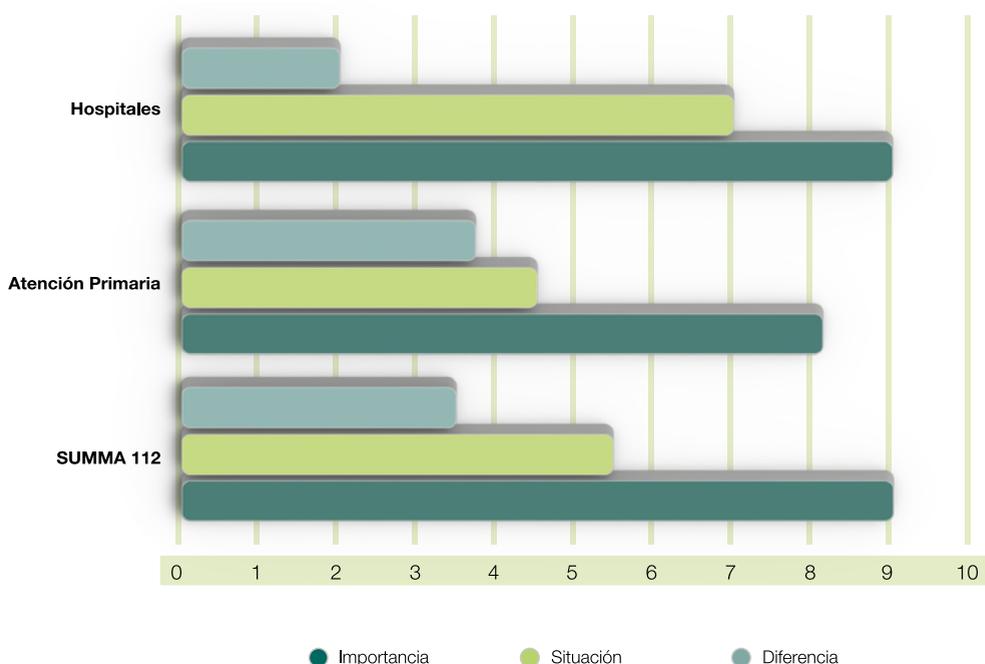


Gráfico 10. Porcentaje participación en la encuesta

En cuanto a los tres cuestionarios utilizados, pese a variar el número de preguntas para poder adaptarse a las especiales características de cada ámbito, en todos los casos se ha mantenido la agrupación temática relacionada con las líneas de la Estrategia de Atención al Dolor:

- Cultura de la atención al dolor.
- Desarrollo organizativo.
- Estandarización y procesos específicos.
- Participación del paciente.
- Seguridad del paciente.
- Continuidad y despliegue asistencial.
- Formación e investigación.
- Alianzas y reconocimientos.

Si comparamos los datos medios de los resultados obtenidos, en esta encuesta por ámbitos asistenciales (Gráfico 11), se observa una mayor importancia de las distintas actuaciones para una adecuada atención al dolor en los hospitales y en el SUMMA 112, una peor situación de los centros en Atención Primaria, como consecuencia un mayor gap o brecha entre las dos mediciones, en este nivel asistencial.



*Gráfico 11. Resultados globales obtenidos*

## Análisis de situación

Si utilizamos la agrupación de respuestas por las líneas de la Estrategia de Atención al Dolor 2017-2020, en relación al gap o brecha entre la importancia y la situación actual, obtenemos el gráfico siguiente:

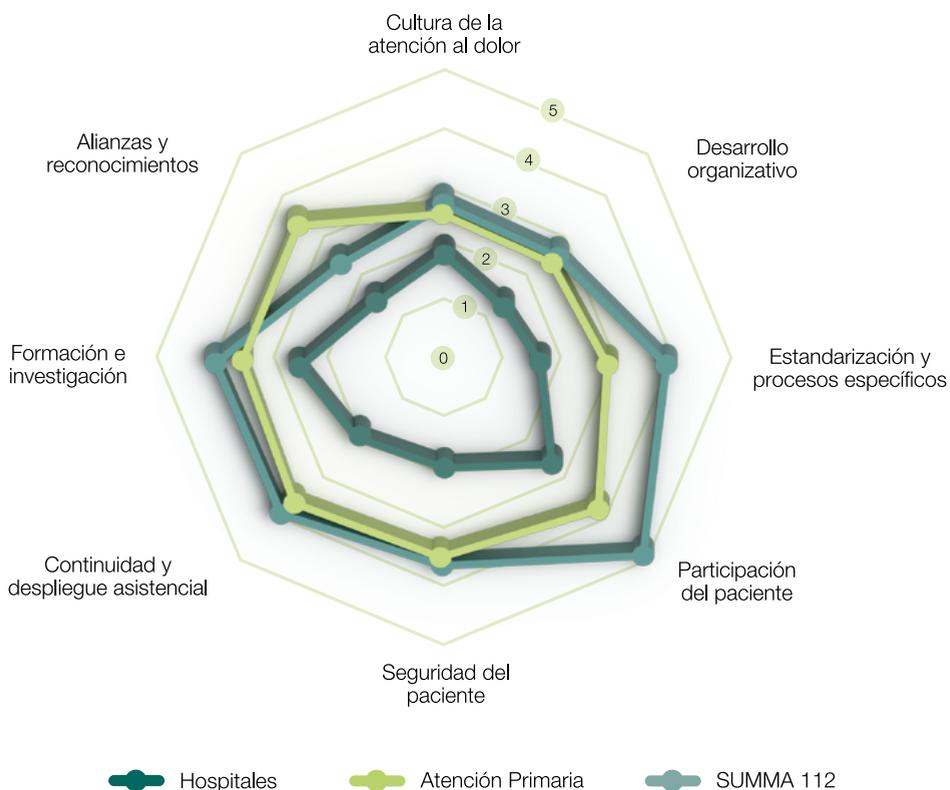


Gráfico 12: Diferencia entre importancia y situación actual por nivel asistencial según las líneas estratégicas

Cómo se puede ver, las mayores diferencias en los tres niveles de atención las hemos encontrado en la participación del paciente. Además, también se constata el resultado ya comentado en Atención Primaria.

Las actuaciones consideradas por los profesionales como más importantes, es decir, con una puntuación media entre los tres niveles asistenciales superior a 9, las podemos encontrar en la siguiente tabla:

**Tabla 18. Actuaciones consideradas más importantes por los profesionales**

Actuaciones	Puntuación
Formación de los profesionales sobre el abordaje integral del tratamiento del dolor.	9,5
La sensibilización de los profesionales respecto al dolor.	9,2
Protocolos de actuación actualizados en al menos los últimos tres años para el abordaje del dolor agudo.	9,1
Elaboración de recomendaciones, protocolos y/o listados de comprobación para mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos y técnicas analgésicas invasivas más frecuentes.	9,1
Cumplimentación normalizada y el registro, de informes y tratamientos (principio activo, dosis, pauta y duración) relacionados con la atención al dolor.	9,1
Evaluación del dolor como quinta constante.	9,1
Establecimiento de canales formales y estructurados que faciliten la coordinación/comunicación entre profesionales del hospital y Atención Primaria para mejorar la continuidad asistencial entre niveles asistenciales (esta actuación no estaba prevista en el SUMMA 112 aunque en las aportaciones personales, sí que ha sido planteada por los profesionales).	9,1

Las actuaciones menos desarrolladas según la situación actual de los centros, cuya puntuación media ha sido inferior a 5,5, podemos encontrarlas en la siguiente tabla:

**Tabla 19. Actuaciones consideradas menos desarrolladas en sus centros por los profesionales**

Actuaciones	Puntuación
Protocolos de actuación actualizados en al menos los últimos tres años para el abordaje del dolor en el anciano frágil.	5,4
Definición de la información básica para disminuir la variabilidad, mejorar la seguridad y garantizar la continuidad en las transiciones asistenciales de los pacientes con dolor.	5,3
Comunicación periódica a la organización del desarrollo de la estrategia.	5,1
Elaboración de información a pacientes/cuidadores sobre prevención y control del dolor.	5,1
Formación de los pacientes y sus familiares sobre el manejo del dolor.	4,8
Promoción, coordinación y difusión de estudios sobre el dolor.	4,8
Inclusión de contenidos relacionados con la atención segura del dolor en los planes de acogida a los profesionales de los centros sanitarios.	4,4
Protocolos de actuación actualizados en al menos los últimos tres años para el abordaje del dolor en el paciente psiquiátrico.	2,4

Por último, las actuaciones más desarrolladas en los centros han sido las relativas al establecimiento de una estructura multiprofesional y al desarrollo de protocolos, para dolor agudo y crónico.

### VII. Formación

---

Las actividades formativas relacionadas con la atención al dolor se han mantenido en los últimos años como una de las áreas de mayor interés para la organización, estando establecida como una línea estratégica en los planes anuales de formación continuada de la Consejería de Sanidad.

En este sentido, en el Plan de Formación Continuada de la Consejería de Sanidad, se planificaron 31 actividades formativas específicas sobre el dolor, con 6,295 plazas ofertadas y 508 horas lectivas. En 2020, con motivo de la pandemia, fue necesario reestructurar el Plan, priorizando la modalidad a distancia y finalmente, en este año, se realizaron 7 actividades formativas sobre dolor, se impartieron 61 horas lectivas y se formó a 470 profesionales.

Además, dentro de las distintas Gerencias Asistenciales también se desarrollan actividades formativas, entre las que podemos reseñar la puesta en marcha de una guía clínica resumida de atención al Dolor Crónico No Oncológico (DCNO) en Atención Primaria con un “Decálogo”, y la realización de autoformación del 15-20% de sus profesionales en 2020, a pesar de la pandemia.

### Análisis Externo

---

Para realizar el análisis externo vamos a diferenciar las actuaciones realizadas en nuestro país (Ministerio de Sanidad y las diferentes Comunidades Autónomas) y las desarrolladas a nivel europeo, así como iniciativas impulsadas por la Sociedad Española del Dolor (SED).

#### I. Comunidades Autónomas

---

En nuestro país, varias Comunidades Autónomas han ido desarrollando, en los últimos años, diferentes estrategias o planes para abordar la atención al dolor, entre las cuales podemos destacar las siguientes:

##### Andalucía

---

La Consejería de Salud y Familias de Andalucía ha puesto en marcha un nuevo Plan Andaluz de Atención a Personas con Dolor que permite un mejor abordaje en sus distintas fases (prevención primaria, detección precoz, seguimiento y tratamiento para disminuir su impacto y sus complicaciones).

El objetivo de este Plan es la atención de calidad, con rapidez, equidad y empatía a la persona con dolor. Para ello, incluye el desarrollo y la organización de las Unidades Funcionales de Tratamiento del Dolor por todo el territorio andaluz.

Otros aspectos a reseñar son los referidos a la formación, la elaboración de una App para personas con dolor (App\_ePAIDOL) o la inclusión de criterios de derivación general, de derivación del paciente con opioides y de derivación entre Oncología, Cuidados Paliativos y Unidades de Dolor.

## Canarias

---

En Canarias se comenzó a trabajar de manera reglada, coordinada y organizada en el abordaje del dolor a partir del año 2018, y actualmente está pendiente de comenzar a implementar su estrategia, enfocada en el Dolor Crónico No Oncológico (DCNO). El documento se articula en 6 líneas estratégicas, encaminadas a fortalecer el papel de Atención Primaria, el abordaje integral y multidisciplinar del dolor crónico y el establecimiento de un plan de formación a profesionales en dolor crónico.

## Cantabria

---

En el Plan de Salud de Cantabria se aborda la atención al dolor crónico y se plantean los siguientes objetivos:

- Mejorar la asistencia clínica del dolor crónico, incorporando el tratamiento del mismo como elemento prioritario y transversal en las estrategias y políticas de salud de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de Cantabria.
- Favorecer la formación y educación en el manejo del dolor crónico en los profesionales de la salud y en la población.
- Desarrollar líneas de Investigación sobre dolor crónico en Cantabria.

## Castilla y León

---

En Castilla y León la organización institucional surge a partir del Acuerdo Marco de 2014 en el cual el Ministerio de Sanidad encomienda la creación de Comités del Dolor constituyéndose el Comité Técnico del Dolor del Sistema de Salud de Castilla y León. La organización está presidida por el Director General de Asistencia Sanitaria, y formada por un equipo multidisciplinar, con miembros representantes de todas las provincias. Las líneas de actuación de Castilla y León se reflejan en las siguientes iniciativas:

- Formación online para médicos de Atención Primaria, orientada al dolor crónico no oncológico.
- Creación de una red de profesionales implicados en el abordaje integral del dolor.
- Creación de líneas de difusión de información y potenciación de la comunicación, a través de la inclusión de documentos (infografías, folletos, trípticos, boletín periódico y promoción de jornadas y encuentros sobre el dolor) en el apartado para el dolor de la Web del Portal de Salud de Castilla y León.
- Inclusión en la cartera de servicios de Atención Primaria de la atención al paciente con dolor crónico no oncológico.
- Interconsulta no presencial entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria, haciendo uso de la integración de las dos historias clínicas.
- Plan de formación en dolor mediante un sistema de estancias en unidades de tratamiento del dolor de un médico (formador) por centro de salud.

### Cataluña

---

En Cataluña, en el marco de la Estrategia nacional de cronicidad de 2012, alineado con el documento marco para la mejora del abordaje del dolor en el SNS en 2014, surge la iniciativa de la elaboración del Plan de dolor crónico en Cataluña, incluyendo en el alcance tanto el dolor crónico oncológico, como el no oncológico. Además, se asocia a la publicación del Modelo de atención paliativa a la población pediátrica de Cataluña, incluyendo la atención al colectivo infanto-juvenil.

### Comunidad Valenciana

---

El objetivo Plan de dolor de la Comunidad Valenciana, que se encuentra en fase de elaboración, es establecer su planificación estratégica para encaminar las actuaciones necesarias para conseguir una mejor atención de los pacientes con dolor.

### Extremadura

---

En su Plan de Salud se establece la definición de un Plan sobre el dolor. Además, las unidades de dolor tienen definida la cartera de servicios, con sus flujos y cometidos en cuanto a formación, docencia e investigación.

Entre las iniciativas que han desarrollado, destacan las video-consultas, establecidas entre los diferentes niveles asistenciales y los pacientes, y la creación de comisiones de participación comunitaria, a través de las cuales se está afianzando la participación de la población, en el ámbito sanitario.

### Galicia

---

Podemos encontrar la atención al dolor dentro de diferentes marcos estratégicos. Por un lado, dentro de la Estrategia del Servicio Gallego de Salud (SERGAS), y en una de sus líneas dedicada a la cronicidad, se establece la Estrategia de abordaje integral al dolor, y la puesta en marcha del programa "Tolerancia Zero al dolor infantil", con el objeto de la sistematización, consenso, documentación e implantación de los procedimientos de atención al paciente que sufre dolor en edad pediátrica.

Además, también establece la implantación de un procedimiento de atención al dolor agudo, y un procedimiento específico para el dolor post-quirúrgico.

Por otro lado, dentro de la Estrategia de Humanización de la Atención Sanitaria, publicada en el año 2019, hay acciones dirigidas al cuidado del dolor, con el objetivo de que todos los pacientes con dolor agudo o crónico, oncológicos y no oncológicos, tengan recogido en su historial médico la evaluación del dolor y les hayan sido aplicadas las medidas necesarias para su control.

## Navarra

---

En esta Comunidad Autónoma, se estableció un Plan de Salud diseñado mediante un abordaje por Estrategias de Salud, una de las cuales es la Estrategia de Cuidados Paliativos y Dolor que incluye los siguientes programas:

- Programa de cuidados paliativos.
- Evaluación y control sistemático del dolor.
- Programa de atención al dolor crónico severo.
- Programa de atención a dolor agudo y post-quirúrgico.

Entre sus actuaciones se encuentran: la gestión de casos, los patrones integrados de atención tanto en cuidados paliativos como en dolor crónico severo, y también el desarrollo de unidades multidisciplinares para la atención del dolor.

## País Vasco

---

El abordaje al dolor en Osakidetza no se recoge en ninguna estrategia exclusivamente destinada a tal fin, sin embargo, se llevan a cabo determinadas iniciativas de manera corporativa. En el reto tercero de su Estrategia, sobre “la integración asistencial y cronicidad”, se incluye el rediseño de la atención del paciente con dolor agudo y crónico. Otras iniciativas desarrolladas son:

- Inclusión, desde 2015, del dolor en la dimensión de efectividad del contrato programa.
- Inclusión del dolor en las encuestas corporativas, desde el año 1996, como una dimensión más de la satisfacción.
- Programa Informático Osanaia, para profesionales de enfermería.
- Protocolo corporativo sobre valoración y manejo del dolor (2019).
- Desarrollo de consultas no presenciales desde las unidades de dolor e interprofesionales con Atención Primaria.
- Formación corporativa Online.
- Desarrollo de jornadas corporativas, con el objetivo de compartir conocimientos, experiencias y buenas prácticas en dolor.

Cómo resumen de estas actuaciones, podemos señalar que el abordaje del dolor es heterogéneo a nivel nacional, con Comunidades Autónomas (CCAA) donde se plantea a través de planes o estrategias específicas, mientras que en otras se incluye en sus Planes de Salud y también existen CCAA donde se realizan actuaciones sin este enfoque estratégico.

## II. Ministerio de Sanidad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud

---

Dentro de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad del Sistema Nacional de Salud, publicada en el año 2012, se encuentra el programa “Proyecto de mejora del abordaje del dolor crónico”, y como hemos visto anteriormente, algunas Comunidades Autónomas basándose en este documento, han implementado programas dedicados a la mejora de la atención al dolor.

En la evaluación realizada de la Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud sobre el proyecto de mejora del abordaje del dolor, se han identificado las siguientes actuaciones:

- Avanzar en la línea de actividades formativas en relación con el dolor en Atención Primaria.
- Avanzar en la línea de la valoración del dolor y su registro, así como en las fuentes de datos actuales para dar información acerca de la atención del dolor en el Sistema Nacional de Salud.
- Convocatoria de Buenas Prácticas para la mejora del abordaje del dolor.

### III. Sociedad Española del Dolor (SED)

---

Como sociedad científica, que forma parte de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (International Association for the Study of Pain, IASP), que es de referencia para temas relacionados con el dolor en la Organización Mundial de la Salud, promueve los trabajos científicos sobre los mecanismos y el tratamiento del dolor, desarrolla la sensibilización de la sociedad y fomenta la mejora constante en la terapia de los pacientes que sufren dolor.

Entre sus aportaciones, destaca el informe publicado en diciembre de 2018, realizado en colaboración con la Plataforma de Organizaciones de Pacientes, sobre “El dolor en la enfermedad crónica desde la perspectiva de los pacientes” con el objeto de contribuir a generar evidencia de la situación biopsicosocial que tienen las personas que sufren dolor asociado a una enfermedad crónica. Tras el estudio realizado, algunas de las propuestas de mejora que proponen, son:

- Fomentar la valoración del dolor que causa la enfermedad crónica a los pacientes.
- Impulsar la mejora del diagnóstico precoz y el tratamiento del dolor crónico.
- Formar en la atención del dolor a los profesionales sanitarios implicados.
- Generar información y recursos dirigidos a pacientes.
- Tener en cuenta la perspectiva de género en la atención al dolor.

En referencia con la reciente pandemia de Covid-19, la Sociedad Española del Dolor (SED) realizó una encuesta sobre pacientes con dolor crónico y Covid a 347 participantes, donde el 59,4% de las personas con dolor percibía que el confinamiento había incrementado su problema de salud. Según la encuesta de la SED, la mayoría de los participantes en el estudio percibe un empeoramiento de su dolor debido al sedentarismo provocado por la pandemia.

### IV. Experiencias Internacionales

---

Entre las experiencias a este nivel, podemos reseñar las establecidas por las siguientes organizaciones:

#### Organización Mundial de la Salud

---

La Organización Mundial de la Salud en su Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2019 ha adoptado la CIE-11, en vigor el 1 de enero de 2022, donde el dolor tiene dos entidades: considerar por primera vez el dolor crónico primario como una enfermedad en sí misma y el dolor

crónico secundario como una entidad donde el dolor es un síntoma de una condición clínica subyacente.

## Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IAPS)

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, reúne a científicos, médicos, proveedores de atención médica y formuladores de políticas, para estimular y apoyar el estudio del dolor y traducir ese conocimiento en un alivio mejorado del dolor en todo el mundo. El año 2020 fue dedicado a la prevención del dolor, enfocado en diseminar estrategias de prevención del dolor a investigadores, médicos y pacientes.

La IAPS ha desarrollado una guía para los miembros, el gobierno y las organizaciones no gubernamentales que trabajan tanto en países desarrollados como en desarrollo, que buscan mejorar la atención del dolor, recomendando estrategias que aborden las barreras al progreso, basadas en un análisis de las presentaciones de 19 países miembros. Las recomendaciones clave son:

- Acceso a la educación sobre el dolor para los profesionales de la salud y la población en general.
- Coordinación del sistema de atención para garantizar el acceso oportuno al soporte adecuado.
- Un programa de mejora de la calidad para abordar el acceso y los estándares de atención.
- Una proporción razonable de fondos directos y dedicados para la investigación del dolor.

Además, como factores críticos para el éxito establece los siguientes:

- Recopilación de pruebas sobre la carga del dolor para la nación.
- Recopilación de información sobre el acceso a la atención.
- Desarrollo de una política gubernamental sobre servicios para el dolor.
- Formación de una amplia coalición de partes interesadas.
- Un plan claro con plazos para lograr acciones estratégicas.

## Plataforma del Impacto Social del Dolor (SIP)

La Plataforma del Impacto Social del Dolor, creada en 2009, como una iniciativa conjunta de la European Pain Federation EFIC® y la compañía farmacéutica Grünenthal, tiene el objetivo de crear conciencia sobre la relevancia del impacto que el dolor tiene en nuestras sociedades, salud y sistemas económicos, intercambiar información y compartir las mejores prácticas entre todos los estados miembros de la Unión Europea (UE), desarrollar y fomentar estrategias y actividades políticas, para mejorar la atención del dolor en Europa (Pain Policy).

En el año 2019 SIP celebró un simposio donde estableció cuatro pilares que señalamos a continuación:

- Invertir en la investigación del dolor a nivel nacional y de la UE.
- Mejorar la educación sobre el dolor para los profesionales de la salud, los pacientes y el público en general.

- Mejorar las condiciones de empleo para las personas con dolor crónico.
- Desarrollar mejores indicadores de la atención médica de calidad, para medir el impacto del dolor.

### Unión Europea

Dentro del marco de la Unión Europea, el Instituto Europeo de Innovación y Tecnología (EIT) Health se estableció en 2015, como una 'comunidad de conocimiento e innovación' (CCI). El EIT está formado por varias CCI, cada una de las cuales se centra en un sector o área diferente de innovación, en el caso de EIT Health: la salud y el envejecimiento. España participa en el proyecto Chronic pain junto con otros países, pero hay más proyectos que se desarrollan dentro de la Unión Europea, que están también relacionados con el dolor como: Little-NIRVANA, una nueva solución de manejo del dolor integrada e interactiva para niños o el proyecto JPAST, herramienta de puntuación de evaluación del dolor articular.

También la Unión Europea lleva desarrollando, desde hace años, programas dentro del marco de la investigación e innovación como es: el Programa específico de horizonte Europa que ha sido nuevamente publicado en el Diario Oficial de la Unión Europea (DOUE) el 12 de mayo de 2021. España ha participado en diferentes proyectos en relación al dolor, en ediciones anteriores, como el proyecto europeo EPIONE, que tenía el objetivo de mitigar el dolor del miembro fantasma, sufrido por personas con un miembro del cuerpo amputado; o el proyecto el proyecto RELIEF para identificar nuevas tecnologías y servicios para ayudar a los pacientes crónicos en el manejo y alivio de sus dolores.

### National Pain Strategy del Department of Health and Human Services (USA)

Esta estrategia nacional sobre el dolor, del Departamento de Salud americano, incluye las siguientes líneas estratégicas:

1. Investigación de población. Se detecta como problema que los datos sobre atención al dolor a nivel poblacional, sobre la prevalencia, el inicio, el curso, el impacto y los resultados, no son adecuados para orientar las políticas y prácticas para mejorar el tratamiento, y por ello se establece esta línea estratégica.
2. Prevención y atención. Si bien hay mucho que aprender sobre la prevención y el tratamiento del dolor crónico, el conocimiento existente podría usarse de manera más efectiva para reducir sustancialmente el número de personas que sufren innecesariamente.
3. Equidad en la atención del dolor. Un problema importante que enfrentan las poblaciones vulnerables, surge de prejuicios conscientes e inconscientes y actitudes negativas, creencias, percepciones y conceptos erróneos sobre los grupos de población de mayor riesgo.
4. Prestación de servicios. El acceso a una atención integrada, de alta calidad, basada en la evidencia clínica, se ve obstaculizado por muchos desafíos.
5. Educación y formación profesional. Muchos profesionales de la salud, los servicios y apoyos a largo plazo, especialmente los médicos, no están adecuadamente preparados y requieren mayores conocimientos y habilidades para contribuir a la transformación cultural en la percepción y el tratamiento de personas con dolor.

6. Educación pública y comunicación. La educación es clave para desbloquear una transformación cultural, necesaria para la comprensión del dolor crónico, su atención y tratamiento y los riesgos derivados del mismo.

### **National Strategic Action Plan for Pain Management (Australia)**

---

En este Plan de acción australiano, se aborda de manera estratégica la atención al dolor, a través de los siguientes objetivos:

1. Las personas que viven con dolor deberán ser reconocidas como una prioridad de salud pública.
2. Los consumidores, sus cuidadores y la comunidad en general estarán más capacitados, informados y apoyados para comprender y controlar el dolor.
3. Los profesionales de la salud estarán bien informados y capacitados, en las mejores prácticas de atención basada en la evidencia, y contarán con el apoyo necesario para brindar esta atención.
4. Las personas que viven con dolor, tendrán acceso a las mejores prácticas centradas en el manejo del dolor, incluido el autocuidado, las estrategias de intervención temprana y la atención y el apoyo interdisciplinarios.
5. Los resultados en el manejo del dolor, se mejorarán y evaluarán de manera continua, para garantizar que se brindan servicios para el dolor, que sean las mejores prácticas y sigan el ritmo de la innovación.
6. El conocimiento del dolor se comunicará a los profesionales de la salud y a los consumidores, a través de una estrategia de investigación nacional.
7. El dolor crónico se minimizará mediante estrategias de prevención e intervención temprana.
8. Las personas que viven con dolor, recibirán apoyo para participar en el trabajo y la comunidad.

Como resumen, podemos decir que las organizaciones internacionales dedicadas a la atención del dolor, abogan por mejorar la educación, tanto para profesionales como para pacientes, implementar medidas de apoyo para un menor impacto social y económico, invertir en la investigación y desarrollar programas de mejora de la calidad, con un enfoque estratégico, para una atención adecuada del dolor.





Misión, visión  
y valores



# A

continuación, se definen la misión, visión y valores de esta Estrategia de Atención al Dolor:

## Misión

---

Proporcionar una atención sanitaria efectiva, segura y centrada en la persona, a los pacientes con dolor atendidos en las organizaciones sanitarias del Servicio Madrileño de Salud.

## Visión

---

Alcanzar una organización excelente y de referencia, en la atención integral a las personas con dolor, ofreciendo soluciones efectivas a las necesidades de todos sus grupos de interés y contribuyendo a mejorar su calidad de vida.

## Valores

---

El conjunto de principios éticos que se establecen durante la duración de esta estrategia, son los siguientes:

- **Satisfacción del paciente.** Trabajamos para comprender y satisfacer las necesidades de nuestros pacientes, haciéndoles partícipes de las decisiones y orientándonos a su proceso asistencial.
- **Eficiencia y efectividad.** Utilizamos de forma responsable y sostenible nuestros recursos, adecuándolos a las necesidades de nuestros pacientes, promoviendo la efectividad clínica y evitando las actuaciones innecesarias.
- **Trabajo en equipo.** Fomentamos el apoyo, la cooperación y coordinación con y entre profesionales, la colaboración institucional, la implicación de las personas de la organización, así como la participación de los agentes de la sociedad y las alianzas con otras organizaciones.
- **Continuidad en la asistencia.** Entendemos la continuidad entre niveles, como un elemento clave para poder proporcionar una atención adecuada, integrada y continua, a nuestros pacientes.
- **Conocimiento e innovación.** Impulsamos la formación de nuestros profesionales sanitarios, contribuyendo a mantener y desarrollar el talento y la competencia profesional, trabajando con un nivel científico apropiado, promoviendo la investigación y la creación de nuevos conocimientos basados en la experiencia clínica y en la evidencia científica.
- **Humanización de la asistencia.** Realizamos una atención centrada en el paciente y sus personas significativas, favoreciendo el respeto y la comunicación.
- **Seguridad del paciente.** Promovemos la seguridad, gestionando los incidentes frente al dolor y el uso seguro de fármacos cuidando especialmente sus efectos secundarios, interacciones y abusos en su consumo.
- **Transparencia.** Hacemos públicas las diferentes actuaciones puestas en marcha facilitando a la sociedad los resultados de nuestras acciones.





Enfoque  
estratégico



Una vez revisados los resultados del análisis de situación, y teniendo en cuenta la misión, visión y valores, se han identificado las debilidades y fortalezas a nivel interno y las oportunidades y amenazas externas a nuestra organización (DAFO). En la siguiente tabla se recogen cada uno de estos apartados:

Tabla 20. Análisis DAFO

ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO	
Fortalezas		Oportunidades	
1. Estructura organizativa para la atención al dolor en todos los niveles asistenciales.		1. Incorporación de la atención al dolor como un atributo clave de la dimensión científico-técnica de la calidad.	
2. Objetivos institucionales relacionados con la atención al dolor.		2. Marco institucional para la mejora del abordaje del dolor en el Sistema Nacional de Salud.	
3. Existencia de herramientas de comunicación interniveles.		3. Estrategias internacionales de abordaje del dolor.	
4. Formación centralizada de profesionales.		4. Iniciativas de innovación e investigación en el marco europeo.	
5. Despliegue de la medición del dolor.		5. Aplicación de la innovación y soluciones tecnológicas en el abordaje de la atención al dolor.	
Debilidades		Amenazas	
1. Incorporación de la Voz y capacitación del paciente al proceso asistencial de atención al dolor.		1. Heterogeneidad del enfoque estratégico de la atención al dolor en las CCAA.	
2. Abordaje del dolor en población vulnerable.		2. Existencia de riesgos sanitarios en el abordaje terapéutico del dolor.	
3. Variabilidad en el abordaje clínico de la atención al dolor.		3. Impacto económico y social atribuible al dolor.	
4. Abordaje integrado del dolor en la continuidad asistencial.		4. Escasez de estudios actualizados sobre la epidemiología del dolor.	
5. Protocolización de la atención al dolor.		5. Patologías emergentes, cronicidad y envejecimiento de la población.	
6. Sensibilización de los profesionales respecto al dolor.			

Una vez identificados cada uno de los cuadrantes del análisis DAFO, se elaboró su correlación con el análisis CAME, para establecer las diferentes estrategias a desarrollar en los próximos años con el objetivo de alcanzar nuestra visión.

De acuerdo a la estructuración del análisis DAFO-CAME, estas estrategias se refieren a poder Corregir (Estrategias de supervivencia), Afrontar (estrategias defensivas), Modificar (estrategias de reorientación) y Empezar (estrategias ofensivas). Todas ellas se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 21. DAFO-CAME

		Oportunidades	Amenazas	
<b>Fortalezas</b>	Estrategias Ofensivas	Fortalecer la estructura organizativa para mejorar la atención al dolor.	Estrategias Defensivas	Impulsar la relación y las alianzas externas.
		Promover la transformación digital e innovación tecnológica en la atención al dolor.		Desarrollar el reconocimiento de los profesionales.
		Impulsar la formación y difusión del conocimiento.		Promover y difundir estudios y resultados.
<b>Debilidades</b>	Estrategias de Re-orientación	Estrategias de Supervivencia		
		Promover la participación y capacitación de los pacientes y personas significativas.		Identificar y difundir buenas prácticas.
		Fomentar la investigación sobre el dolor.		Desplegar prácticas seguras en atención al dolor.
		Fortalecer la continuidad y coordinación asistencial.		Desarrollar la atención al dolor en población vulnerable.
		Desarrollar la estandarización de los procedimientos de atención al dolor.		



Líneas  
estratégicas



Una vez desarrollado este análisis, y cruzando los diferentes factores identificados con las distintas estrategias de actuación resultantes, se han establecido once líneas de actuación estratégica, agrupadas en cuatro perspectivas (Organización, Agentes/Grupos de interés, Procesos internos y Aprendizaje y futuro) según se recoge en la siguiente tabla:

**Tabla 22. Perspectivas y Líneas estratégicas**

Cuatro perspectivas	Perspectiva de la organización	Perspectiva de agentes y grupos de interés	Perspectiva de procesos internos	Perspectiva de aprendizaje y futuro
<b>Once Líneas estratégicas</b>	1. Fortalecer la estructura de la organización	4. Promover la participación y capacitación de los pacientes y personas significativas	6. Impulsar la estandarización de los procedimientos de atención al dolor	9. Fomentar la investigación en atención al dolor
	2. Promover los reconocimientos y buenas prácticas en atención al dolor	5. Potenciar la relación y las alianzas externas	7. Desarrollar la atención al dolor en población vulnerable	10. Impulsar la formación y difusión del conocimiento
	3. Desplegar la coordinación institucional entre niveles asistenciales		8. Desarrollar prácticas seguras en atención al dolor	11. Fomentar la innovación tecnológica y salud digital

A continuación, se presentan las líneas estratégicas, con los objetivos a conseguir para cada una de ellas y las actuaciones necesarias para llevarlos a cabo.

## Línea estratégica 1: “Fortalecer la infraestructura de la organización”

### Introducción

La estructura de la organización hace referencia a cómo se dispone el sistema jerárquico dentro de la misma y sirve para concretar las funciones y tareas de todos sus miembros, así como la relación entre ellos, en este caso, con el fin común de mejorar la atención al dolor prestada a los pacientes.

Entendemos como cultura organizacional, aquellas normas y valores por los que se rige una institución. En relación con la atención al dolor, incluye unos principios relacionados con la estructura de la organización, con los métodos de desempeño del trabajo, y hasta con el modo de relacionarse entre los profesionales y también con los pacientes.

En la Ley 11/2017, de 22 de diciembre, de Buen Gobierno y Profesionalización de la Gestión de los Centros y Organizaciones Sanitarias del Servicio Madrileño de Salud, dentro de los órganos de asesoramiento y participación, se incluye, que los centros deben contar con Comités de Atención al Dolor, como una comisión técnica consultiva, cuya función será de asesoramiento e informe y que tendrá por objeto cuestiones técnicas en materias fundamentalmente clínico asistenciales, y todo ello, con el fin de contribuir al mejor nivel técnico-científico, calidad, eficacia y eficiencia de la organización.

El abordaje del dolor y su correspondiente tratamiento, debe ser multidisciplinar afectando a la gran mayoría de especialidades y procesos, así como a los diferentes niveles de asistencia. En este sentido, en el año 2011, comenzaron a crearse los ya citados Comités de Atención al Dolor en los hospitales, con el objetivo de mejorar la sensibilización y la cultura, promover la información y la formación sobre la evaluación del dolor y los métodos de tratamiento, así como identificar áreas de mejora.

Además, ampliando la estructura a otros niveles asistenciales, se han ido desarrollando diferentes estructuras organizativas como la Subcomisión de Atención al Dolor y los referentes del dolor en Atención Primaria o la Comisión de Atención al Dolor en el SUMMA 112. Son estructuras formadas por profesionales de diversa índole, lo que proporciona un carácter multidisciplinar, necesario para ofrecer una atención de excelencia. Igualmente, dentro de los Comités de Atención al Dolor de los hospitales, participan los referentes de Atención Primaria, fomentando de este modo la coordinación entre niveles asistenciales.

Como parte del compromiso del Servicio Madrileño de Salud con la mejora de la atención a los pacientes con dolor, dentro de los contratos programa establecidos con los centros, se fijan anualmente objetivos en relación a la optimización de la atención al dolor con actuaciones a desarrollar por los Comités de Atención al Dolor, evaluándose periódicamente y fomentando la mejora continua.

Además, la correlación que existe entre la satisfacción del paciente, la adhesión al tratamiento, así como una posible mejora de su estado de salud, son herramientas útiles para medir la atención recibida, y, por tanto, es relevante abordar la elaboración de indicadores con el fin de tener información, para implementar mejoras en la atención al dolor.

Los objetivos y las actuaciones de esta línea estratégica son los siguientes:

### **Objetivo estratégico 1.1: Promover la cultura de atención al dolor en la organización**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 1.1.1.** Definir la política de atención al dolor en la organización.
- 1.1.2.** Comunicar periódicamente a la organización, y al menos de forma anual, el despliegue de la estrategia.
- 1.1.3.** Potenciar la transmisión de información sobre atención al dolor.
- 1.1.4.** Desarrollar reuniones institucionales para difundir las actividades realizadas en atención al dolor
- 1.1.5.** Promover la participación en reuniones o jornadas sobre atención al dolor.

### **Objetivo estratégico 1.2: Desarrollar la estructura organizativa**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 1.2.1.** Establecer un grupo institucional para coordinar el despliegue de la estrategia.
- 1.2.2.** Impulsar la participación de expertos, para asesorar en el desarrollo de la estrategia.
- 1.2.3.** Actualizar las recomendaciones sobre objetivos, composición y funcionamiento de los Comités de Atención al Dolor.
- 1.2.4.** Apoyar y coordinar el desarrollo de los Comités de Atención al Dolor.
- 1.2.5.** Impulsar la creación de Subcomisiones de Atención al Dolor en la Gerencia y las Direcciones Asistenciales de Atención Primaria.
- 1.2.6.** Promover el establecimiento de referentes de dolor en servicios y unidades prioritarias.

### **Objetivo estratégico 1.3: Impulsar la evaluación y el seguimiento de la atención al dolor**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 1.3.1.** Establecer criterios e indicadores de medición de la atención al dolor.
- 1.3.2.** Promover la valoración del paciente con dolor agudo y con dolor crónico.
- 1.3.3.** Desplegar la utilización de escalas en los distintos niveles asistenciales.
- 1.3.4.** Difundir los resultados de la evaluación y el seguimiento, en la organización.

## Objetivo estratégico 1.4: Establecer objetivos institucionales

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 1.4.1.** Elaborar objetivos de mejora de la atención al dolor para los distintos niveles asistenciales.
- 1.4.2.** Coordinar el despliegue de los objetivos en las Gerencias Asistenciales.
- 1.4.3.** Evaluar, de forma sistemática, el cumplimiento de los objetivos.
- 1.4.4.** Realizar y difundir información anual, sobre los resultados de los objetivos institucionales.

## Línea estratégica 2: “Promover los reconocimientos y buenas prácticas”

### Introducción

Proporcionar una atención integral a las personas con dolor, ofreciendo soluciones efectivas y contribuyendo a mejorar su calidad de vida, precisa trabajar conjuntamente con los diferentes agentes implicados en esta atención, así como establecer alianzas internas, mediante la identificación, difusión y reconocimiento de las buenas prácticas y experiencias desarrolladas por nuestros profesionales y centros asistenciales.

Las buenas prácticas sistematizadas y difundidas, permiten aprender de las experiencias de otras organizaciones y servir de modelo, contribuyendo a la mejora integral de la atención sanitaria al dolor, en un contexto de aprendizaje organizacional compartido.

El reconocimiento es clave para destacar y visibilizar las cualidades y fortalezas que tienen las personas y las organizaciones para ofrecer la mejor atención. Es una manera de promover e impulsar la innovación, la calidad en la asistencia y aumentar el nivel de satisfacción de todos los implicados.

Los reconocimientos, para obtener beneficios de las diferentes vertientes, conocimientos y experiencias de la atención al dolor, deben ir dirigidos tanto a pacientes, como a profesionales y organizaciones, públicas y privadas.

Se debe buscar el impulso y la utilización del banco de consulta de buenas prácticas, promoviendo su difusión y facilitando su implantación en los centros de la Comunidad de Madrid, en un proceso de aprendizaje compartido. Con este fin, se hace imprescindible que se continúe con la búsqueda activa de buenas prácticas para ampliar el banco de consulta.

La identificación y el reconocimiento de las actividades destacadas deberá ser multidisciplinar, contando con todos los actores de la atención integral al dolor, sin olvidar a las poblaciones vulnerables, en consonancia con la línea de humanización de la asistencia sanitaria.

Por último, la madurez de la organización, hace factible la elaboración de un distintivo para distinguir a los centros del Servicio Madrileño de Salud, y al mismo tiempo, establecer el camino hacia la excelencia en la atención al dolor.

Los objetivos y las actuaciones de esta línea estratégica son los siguientes:

### **Objetivo estratégico 2.1: Promover la identificación y difusión de buenas prácticas en los centros sanitarios**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 2.1.1.** Fomentar la identificación de buenas prácticas mediante convocatorias periódicas.
- 2.1.2.** Revisar y mantener actualizado el banco de buenas prácticas.
- 2.1.3.** Facilitar la accesibilidad al banco de buenas prácticas.
- 2.1.4.** Impulsar la implantación de buenas prácticas de atención al dolor en los centros sanitarios del Servicio Madrileño de Salud.
- 2.1.5.** Desarrollar actuaciones para difundir el contenido del banco de buenas prácticas.

### **Objetivo estratégico 2.2: Diseñar y desarrollar un sistema de reconocimientos de actuaciones relevantes en atención al dolor**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 2.2.1.** Establecer reconocimientos para actuaciones relevantes en atención al dolor.
- 2.2.2.** Convocar de forma periódica los reconocimientos.
- 2.2.3.** Realizar jornadas de reconocimientos.

### **Objetivo estratégico 2.3: Establecer el distintivo de “Centros Excelentes en Atención al Dolor”**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 2.3.1.** Elaborar requisitos para ser un centro excelente en atención al dolor.
- 2.3.2.** Diseñar el sistema de concesión de los distintivos.
- 2.3.3.** Convocar y desplegar la concesión del distintivo.
- 2.3.4.** Desarrollar actos de entrega de los distintivos.

## Línea estratégica 3: “Desplegar la coordinación institucional entre niveles asistenciales”

### Introducción

La coordinación asistencial podría definirse como la concertación de todos los servicios relacionados con la atención a la salud, con independencia del lugar donde se reciban, de manera que se sincronicen y se alcance un objetivo común, que, en nuestro caso, es ofrecer una atención adecuada al dolor al ciudadano.

La atención integral e integrada al dolor ha de ser transversal, multi e interdisciplinar, de tal manera que permita un seguimiento continuo del paciente y que éste, perciba esa continuidad asistencial a lo largo de todo el proceso. Para ello, es preciso que la coordinación, entre los profesionales que trabajan en diferentes ámbitos de asistencia, sea óptima.

Son elementos necesarios para dicha coordinación, la conexión entre los servicios sanitarios, a lo largo del continuo asistencial, mediante la transferencia de información, el tener un objetivo común que facilite la creación de un plan unificado de atención a los pacientes y la sincronización entre las partes, para que la atención se preste, en el momento y en el lugar adecuados.

Introducir una combinación de instrumentos que aborden los aspectos fundamentales relacionados con la continuidad de información y gestión del paciente, tales como: la planificación de la asistencia al paciente, el rediseño de procesos, el acceso al conocimiento especializado (sistema experto) y la información sobre el paciente a lo largo del continuo asistencial, son algunos elementos comunes de estrategias de coordinación, que han obtenido buenos resultados.

La Estrategia de Atención al Dolor 2017-2020 de la Comunidad de Madrid ya contemplaba en la línea seis, la continuidad y el despliegue asistencial, actuaciones que perseguían aumentar la coordinación entre profesionales, para proporcionar una mejor atención a los pacientes con dolor. Entre ellas, resaltar la creación e implantación de la figura del especialista consultor del dolor en el ámbito hospitalario, la puesta en marcha de la interconsulta no presencial a través de la eConsulta y la elaboración de un mapa de referencia para conocer los recursos estructurales, la organización funcional, y la oferta de servicios en la atención al dolor.

No obstante, la continuidad en la atención de los pacientes con dolor, requiere seguir avanzando en una coordinación que mejore la experiencia y los resultados en salud de los pacientes.

Los objetivos y las actuaciones de esta línea estratégica son los siguientes:

### Objetivo estratégico 3.1.- Promover la coordinación institucional

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 3.1.1.** Impulsar la elaboración e implementación de vías clínicas, procesos y / o protocolos consensuados entre los diferentes ámbitos asistenciales.
- 3.1.2.** Promover la elaboración de planes de cuidados al alta en los que se incluya el abordaje del dolor.
- 3.1.3.** Fomentar la coordinación de la atención al dolor.
- 3.1.4.** Desarrollar criterios de derivación entre niveles asistenciales.
- 3.1.5.** Actualizar y difundir el mapa de los recursos disponibles en atención al dolor.

### Objetivo estratégico 3.2: Establecer recomendaciones para mejorar las transiciones asistenciales

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 3.2.1.** Elaborar recomendaciones para la prescripción de fármacos en pacientes con dolor agudo y dolor post-quirúrgico durante las transiciones asistenciales.
- 3.2.2.** Elaborar recomendaciones para la prescripción de fármacos en pacientes con dolor crónico durante las transiciones asistenciales.
- 3.2.3.** Elaborar recomendaciones para la prescripción de fármacos en las transiciones asistenciales en pacientes vulnerables.

### Objetivo estratégico 3.3: Impulsar la comunicación y transferencia de la información

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 3.3.1.** Definir la información básica en las transiciones asistenciales de los pacientes con dolor.
- 3.3.2.** Establecer procedimientos y/o canales de transmisión de información clínica entre los profesionales de diferentes niveles asistenciales.
- 3.3.3.** Promover la comunicación y el intercambio de información con el ámbito socio-sanitario

### Objetivo estratégico 3.4: Fomentar el desarrollo y la utilización de la eConsulta

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 3.4.1.** Identificar servicios y unidades susceptibles de uso de la eConsulta para la atención al dolor.
- 3.4.2.** Promover la implantación de la eConsulta, y su uso entre los profesionales de diferentes niveles asistenciales.
- 3.4.3.** Impulsar el desarrollo de formularios para uso de la eConsulta en pacientes con dolor.
- 3.4.4.** Definir las funciones del especialista consultor del dolor.

## Línea estratégica 4: “Promover la participación y capacitación de pacientes y personas significativas”

### Introducción

El dolor disminuye la calidad de vida y repercute directamente en la salud física y emocional de las personas que lo padecen. El entorno de la vida de los pacientes con dolor también se ve afectado. Es por ello que, desde el punto de vista de humanización, todas las actuaciones deben ir dirigidas no solo al sujeto que lo padece, también a sus personas cuidadoras y/o significativas, que no siempre serán las mismas. Como en todos los procesos, la atención al dolor debe ser cálida y respetuosa, con una visión holística, y respetando las creencias religiosas, culturales y personales.

Por otro lado, los pacientes están asumiendo nuevos roles en su relación con los profesionales de la salud, con los servicios sanitarios que utilizan y con el uso de las nuevas tecnologías. En este sentido, están surgiendo nuevos modelos de paciente, los llamados pacientes activos. Un paciente activo, es un paciente más comprometido con la mejora de su salud y de la asistencia que recibe, y que presenta un mayor cumplimiento terapéutico. Asimismo, es un paciente más colaborador y que va a gestionar de forma más efectiva y eficiente el tratamiento clínico de su dolor, contribuyendo a la mejora de su calidad de vida.

La Estrategia de Atención al Dolor debe estar centrada en la persona, proporcionando a los pacientes, a sus familias, a sus personas significativas y/ o personas que cuidan, las herramientas necesarias para lograr estilos de vida saludables, y dirigir el autocuidado y el control del dolor, de manera que aumente su implicación, sensibilización y capacitación.

Asimismo, el Servicio Madrileño de Salud debe evaluar a través de las diferentes fuentes de información de que dispone, cómo consideran los ciudadanos que los servicios sanitarios responden a sus necesidades de prevención y control del dolor, llevando a cabo acciones de mejora.

Los objetivos y las actuaciones de esta línea estratégica son los siguientes:

### Objetivo estratégico 4.1: Implicar a pacientes, personas que cuidan y personas significativas

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 4.1.1.** Elaborar documentación que aporte información sobre prevención y control del dolor.
- 4.1.2.** Crear un repositorio de documentación/ información dirigida a pacientes, personas que cuidan y personas significativas.
- 4.1.3.** Fomentar el establecimiento de herramientas para facilitar la toma de decisiones compartidas.

### **Objetivo estratégico 4.2: Capacitar a pacientes, personas que cuidan y personas significativas en prevención y control del dolor**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 4.2.1.** Desarrollar un itinerario formativo en la Escuela Madrileña de Salud.
- 4.2.2.** Desarrollar contenidos formativos para facilitar la participación de los pacientes en grupos de trabajo y/o Comités de Atención al Dolor.
- 4.2.3.** Promover el desarrollo de actuaciones formativas en los distintos niveles asistenciales.
- 4.2.4.** Difundir los recursos de capacitación existentes para pacientes.

### **Objetivo estratégico 4.3: Promover la participación de pacientes, asociaciones de pacientes y ciudadanos**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 4.3.1.** Elaborar recomendaciones institucionales para la participación de pacientes y/o asociaciones de pacientes, en grupos de trabajo y/o Comités de Atención al Dolor.
- 4.3.2.** Desarrollar canales para facilitar la comunicación de los intereses y expectativas de la ciudadanía sobre atención al dolor.
- 4.3.3.** Potenciar las alianzas con asociaciones de pacientes.

## Línea estratégica 5: “Potenciar la relación y las alianzas externas”

### Introducción

Para mejorar la atención al dolor es necesario establecer alianzas institucionales con los diferentes agentes públicos y privados interesados en la atención adecuada al dolor.

Una alianza de colaboración entre dos o más organizaciones, es aquella que persigue unos objetivos comunes a través de la realización de acciones conjuntas que implican intercambiar, compartir y/o generar recursos y/o capacidades.

Antes de establecer estas alianzas, se deben tomar en cuenta algunos factores como son: tener en claro para qué se quiere implementar la asociación entre las organizaciones; si se pueden aportar algo una a la otra; lo que implica conocer la situación actual de las mismas y; establecer un valor propio.

Los acuerdos son eficientes cuando los propósitos están claros para todos los que forman parte del acuerdo y cada uno informa a la otra parte lo que está dispuesta a brindar para lograrlos. Se necesita de la cooperación entre ambas partes, ya que no solo se trata de buscar un beneficio, sino de ayudar al otro a crecer también, porque el acuerdo implica que juntas generen un valor compartido.

El establecimiento de alianzas externas para una mejora de la atención al dolor, tiene dentro de sus fines: generar conocimiento sobre la atención al dolor y su utilidad para transformar el sistema de salud, y sensibilizar a los profesionales y gestores, sobre la necesidad de explorar e implantar alianzas con un enfoque hacia la eficiencia, la efectividad y la seguridad en los procesos asistenciales y de soporte dentro de la atención al dolor.

Además, mejorar la política de alianzas, facilita satisfacer los intereses y necesidades, tanto de los pacientes, como de la sociedad en general, permitiendo una atención al dolor centrada en la persona.

En este sentido, en los últimos años, la Consejería de Sanidad ha colaborado con el Ministerio de Sanidad en el abordaje del dolor crónico y con otras entidades que trabajan en el avance de la atención del dolor. Mantiene igualmente contacto con sociedades científicas y con organizaciones relacionadas con la atención al dolor.

Los objetivos y las actuaciones de esta línea estratégica son los siguientes:

### Objetivo estratégico 5.1: Desarrollar relaciones y alianzas con instituciones públicas

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 5.1.1.** Participar en las reuniones y grupos de trabajo establecidos por el Ministerio de Sanidad.
- 5.1.2.** Promover la coordinación y el intercambio de información con el ámbito socio-sanitario y específicamente con la Agencia Madrileña de Atención Social.
- 5.1.3.** Promover la adhesión a proyectos relacionadas con la atención al dolor.
- 5.1.4.** Elaborar y difundir informes periódicos que reflejen la actividad realizada.

### Objetivo estratégico 5.2: Colaborar con sociedades científicas y organizaciones relacionadas con la atención al dolor

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 5.2.1.** Identificar sociedades científicas y organizaciones, nacionales e internacionales, que desarrollen actuaciones para mejorar la atención al dolor.
- 5.2.2.** Promover la colaboración con sociedades científicas relacionadas con la atención al dolor.
- 5.2.3.** Promover la adhesión a iniciativas nacionales e internacionales.
- 5.2.4.** Desarrollar actuaciones para celebrar el "Día mundial del dolor".
- 5.2.5.** Informar de las acciones desarrolladas a través de la Web institucional.

### Objetivo estratégico 5.3: Promover acuerdos, convenios o alianzas para mejorar la atención al dolor

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 5.3.1.** Desarrollar acuerdos, convenios o alianzas con organizaciones alineadas con la estrategia institucional.
- 5.3.2.** Promover el desarrollo de proyectos comunes centrados en el conocimiento y la mejora de la atención al dolor.
- 5.3.3.** Difundir las actuaciones a través de reuniones, jornadas o informes.

## Línea estratégica 6: “Impulsar la estandarización de procedimientos”

### Introducción

Existen mecanismos de control que explican las normas fundamentales en las que las organizaciones coordinan su trabajo y se mantienen unidas: Adaptación mutua, supervisión directa, normalización de los procesos de trabajo, normalización de los resultados del trabajo y normalización de las habilidades del trabajador.

Hablar de la normalización de los procesos de trabajos es igual a hablar de estandarización, puesto que lo que se pretende con esto es conseguir eliminar la incertidumbre de los profesionales y que cada uno sepa lo que tenga que hacer en su puesto de trabajo.

Si nos centramos en definición de la EFQM (European Foundation for Quality Management) acerca de que es un proceso, entendemos a éste, como una organización de recursos, tanto humanos como materiales, que están implantados dentro de las organizaciones y que están orientados a las necesidades y expectativas de los clientes. Se entiende como proceso asistencial “el conjunto de actividades que realizan los proveedores de la atención sanitaria con la finalidad de incrementar el nivel de salud y el grado de satisfacción de la población que recibe los servicios”.

La estandarización de los procedimientos de atención al dolor, es un elemento estratégico por su orientación tanto a la consecución de estándares de calidad de la atención, como a la reducción de la variabilidad clínica y a la facilitación de la coordinación y comunicación, entre profesionales y ámbitos asistenciales.

GuíaSalud es un organismo del Sistema Nacional de Salud (SNS) en el que participan las 17 Comunidades Autónomas y el Ministerio de Sanidad, fue creado en el 2002 y adoptado en 2003 por el Consejo Interterritorial como instrumento para mejorar la calidad de la atención sanitaria en el SNS. Tiene entre otros por misión, potenciar la oferta de recursos clínicos, basados en la evidencia científica para apoyar la toma de decisión de los profesionales y de los pacientes en el Sistema Nacional de Salud. Cuenta con guías de práctica y recomendaciones no hacer relacionados con el dolor. Los aspectos metodológicos relacionados con el desarrollo de Guías de Práctica Clínica (GPC) abarcan procesos claramente diferenciados: La elaboración de la GPC, la actualización, la implementación, así como la implicación de pacientes en su desarrollo.

En la Comunidad de Madrid en la Estrategia de Atención al Dolor 2017-2020, se abordó la estandarización de procesos con logros parciales y/o locales de los objetivos y actuaciones planteados: se han identificado los procesos que precisan estandarización en los distintos ámbitos, se han elaborado guías y procedimientos en varios procesos y se han implantado con estrategias específicas.

En este sentido, y para mejorar la estandarización de procesos relacionados con la atención al dolor, se deben recopilar y analizar las distintas guías y procedimientos disponibles a nivel local, sin olvidar a la población especialmente vulnerable, para establecer, en la medida de lo posible, guías comunes a nivel de nuestra Comunidad. Además, dicha estandarización de procesos, debe ser consensuada para facilitar la efectividad de su implantación, en los diferentes niveles asistenciales.

Los objetivos y las actuaciones de esta línea estratégica son los siguientes:

### **Objetivo estratégico 6.1: Identificar y difundir las guías y protocolos estandarizados**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 6.1.1.** Realizar un análisis de situación en el Servicio Madrileño de Salud.
- 6.1.2.** Difundir documentos estandarizados sobre atención al dolor.
- 6.1.3.** Elaborar una biblioteca breve sobre documentos relacionados con la atención al dolor.
- 6.1.4.** Establecer un espacio en la intranet corporativa, para incluir las guías, protocolos u otro tipo de documentos.

### **Objetivo estratégico 6.2: Impulsar la estandarización de los procesos más frecuentes**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 6.2.1.** Promover la formación de profesionales en la elaboración de guías o documentos basados en la evidencia científica.
- 6.2.2.** Elaborar recomendaciones sobre dolor agudo.
- 6.2.3.** Elaborar recomendaciones sobre dolor crónico oncológico y dolor crónico no oncológico.
- 6.2.4.** Elaborar recomendaciones sobre atención paliativa al dolor.
- 6.2.5.** Elaborar recomendaciones sobre la utilización de fármacos.
- 6.2.6.** Elaborar recomendaciones sobre terapias no farmacológicas dirigidas al tratamiento del dolor.

## Línea estratégica 7: “Desarrollar la atención al dolor en población vulnerable”

### Introducción

La población vulnerable comparte por su fragilidad clínica, física, funcional, y/o psicosocial, la dificultad de comunicarse y/o acceder, de forma efectiva, con los profesionales sanitarios, lo que les sitúa en una posición de riesgo en cuanto a evaluación y manejo integral del dolor.

Esta dificultad necesita de un abordaje y un desarrollo de acciones específicas, resumidas según la IASP (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor) en identificar las barreras para su correcto diagnóstico y tratamiento, explorar los tipos de dolor que pueden afectarles e identificar las herramientas de evaluación más apropiadas a su vulnerabilidad.

Dada las peculiaridades diferentes de este grupo heterogéneo de personas con dolor (pediátricos, personas mayores frágiles, discapacitados, sensibilización central, etc.) se impone el realizar una clara definición del grupo, seguido de un mapa de la situación de partida, contando con todos los agentes implicados en su atención, tanto sanitarios como sociales, para poder desarrollar a continuación, los diferentes objetivos.

De acuerdo a la anterior acción, es primordial el establecer protocolos de actuación específicos de la población vulnerable tanto en la identificación y evaluación del dolor, como en su tratamiento adaptado a las características de vulnerabilidad de la población con, sin duda, implicaciones específicas, tanto del área sanitaria como social.

Igualmente, su difusión y evaluación a través de todas las organizaciones implicadas, junto con el despliegue de acciones formativas del personal sanitario en la atención a personas vulnerables, constituye el tercer pilar de acción de esta línea estratégica, finalizando con el desarrollo de líneas específicas de investigación en red, que permitan avances en la mejora del dolor en la población vulnerable.

Los objetivos y las actuaciones de esta línea estratégica son los siguientes:

### Objetivo estratégico 7.1: Impulsar la atención al dolor en población vulnerable

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.1.1.** Identificar las poblaciones vulnerables en relación con la atención al dolor.
- 7.1.2.** Analizar la situación de atención de poblaciones vulnerables con dolor, en la Comunidad de Madrid.
- 7.1.3.** Identificar barreras para el correcto diagnóstico y tratamiento del dolor en la población vulnerable.
- 7.1.4.** Revisar la coordinación inter-niveles en este tipo de pacientes.
- 7.1.5.** Mejorar los circuitos relacionados con la población vulnerable.

## Objetivo estratégico 7.2: Desarrollar herramientas para la correcta atención al dolor en población vulnerable

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.2.1.** Promover la inclusión de la población vulnerable en las guías, protocolos y procedimientos sobre atención al dolor.
- 7.2.2.** Elaborar recomendaciones institucionales, sobre atención al dolor en población infantil.
- 7.2.3.** Elaborar recomendaciones institucionales sobre atención al dolor en la persona mayor frágil.
- 7.2.4.** Elaborar recomendaciones institucionales sobre atención al dolor en pacientes con dificultades comunicativas.
- 7.2.5.** Elaborar recomendaciones institucionales sobre atención al dolor en pacientes con deterioro cognitivo.
- 7.2.6.** Elaborar recomendaciones institucionales sobre atención al dolor en pacientes con Trastorno del Espectro Autista (TEA).
- 7.2.7.** Elaborar recomendaciones institucionales sobre atención al dolor en pacientes con Trastorno mental grave.
- 7.2.8.** Elaborar recomendaciones institucionales sobre atención al dolor en pacientes con adicciones.
- 7.2.9.** Difundir los documentos con recomendaciones sobre población vulnerable.

## Objetivo estratégico 7.3: Facilitar el despliegue de la atención a la población vulnerable

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.3.1.** Incluir aspectos específicos del paciente vulnerable en los cursos sobre atención al dolor.
- 7.3.2.** Fomentar la información y sensibilización de los pacientes, a través de la Escuela Madrileña de Salud.
- 7.3.3.** Impulsar la investigación de la atención al dolor en población vulnerable.

## Línea estratégica 8: “Desarrollar prácticas seguras”

### Introducción

La mejora del abordaje del dolor en el Sistema Nacional de Salud contempla entre sus objetivos promover una atención segura para el paciente, para lo que recomienda fomentar procedimientos consensuados para mejorar la seguridad en el manejo de los medicamentos relacionados con el dolor e implementar prácticas seguras.

Las guías de práctica clínica recomiendan un abordaje integral del paciente y un manejo multidisciplinar que incluya combinaciones de terapia no farmacológica, farmacológica y técnicas intervencionistas. Ello incluye la valoración global del paciente y establecer un plan de actuación individualizado con objetivos y expectativas realistas, y donde esté integrado el tratamiento farmacológico, si se precisa, siempre junto a medidas no farmacológicas.

En el año 2013 en un proyecto financiado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, se identificó a los analgésicos opioides, como uno de los grupos de medicamentos de mayor riesgo. Esto implica que cuando se utilizan incorrectamente presentan una mayor probabilidad de causar eventos adversos. En el año 2017 se realizó una encuesta sobre su consumo a una muestra de 8845 personas de la ciudad de Madrid, con edades comprendidas entre 15 y los 98 años. El 16% de los encuestados los habían utilizado en el último año (dato concordante con el 17% de la población que vive con dolor según la Encuesta Nacional de Salud del INE de 2017), con un predominio en las mujeres, clase social baja y menor nivel de estudios; siendo preocupante su uso entre el grupo más joven (12,5%).

En este sentido, los datos de consumo de opioides obtenidos del sistema de facturación de receta de la CM (Farm@drid), revelan que en los últimos 5 años (periodo 2017-2021) ha aumentado en un 11% el número de pacientes en tratamiento con un opioide potente.

Los analgésicos opioides están implicados en muchos de los errores de consecuencias graves, por lo que, en el contexto actual de aumento significativo de su uso, interesa priorizar la implantación de prácticas seguras.

Las prácticas seguras han de ir orientadas a mejorar la seguridad en la atención al dolor desde el inicio, con la valoración global del paciente, a prevenir la aparición de eventos adversos ligados al tratamiento del dolor con actividades y mensajes estandarizados en los distintos ámbitos asistenciales

Un aspecto clave es la toma de conciencia de los profesionales, que supone promover su formación a lo largo de todo su itinerario, incluyendo pregrado y residentes, además de fomentar su adhesión a protocolos, guías y vías, así como a los procedimientos organizativos más garantistas para la seguridad del paciente en el aspecto específico de atención al dolor.

Los objetivos y las actuaciones de esta línea estratégica son los siguientes:

### Objetivo estratégico 8.1: Mejorar la seguridad en la atención al dolor

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 8.1.1.** Incluir aspectos relacionados con la seguridad en los cursos de atención al dolor.
- 8.1.2.** Elaborar listados de verificación para las técnicas invasivas de abordaje del dolor.
- 8.1.3.** Fomentar el análisis de los incidentes relacionados con el tratamiento del dolor en CISE-Madrid.
- 8.1.4.** Favorecer la coordinación de los Comités de Atención al Dolor con las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios.
- 8.1.5.** Elaborar mapas de riesgos en los ámbitos o unidades prioritarias, relacionadas con la atención al dolor.
- 8.1.6.** Fomentar la inclusión de aspectos relacionados con la seguridad, en la elaboración de protocolos o guías sobre atención al dolor.
- 8.1.7.** Identificar y difundir prácticas seguras sobre la atención al dolor en los distintos ámbitos asistenciales.

### Objetivo estratégico 8.2: Prevenir la aparición de eventos adversos ligados al tratamiento farmacológico del dolor

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 8.2.1.** Fomentar la formación de pacientes y cuidadores, sobre el uso seguro de fármacos.
- 8.2.2.** Implementar funcionalidades de seguridad en el Módulo Único de Prescripción (MUP) y en los sistemas de prescripción hospitalarios.
- 8.2.3.** Impulsar la conciliación de la medicación para el dolor.
- 8.2.4.** Elaborar recomendaciones, para el uso seguro de opioides.
- 8.2.5.** Promover la utilización de escalas de riesgo en el uso de opioides.

### Objetivo estratégico 8.3: Desplegar la seguridad en patologías específicas

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 8.3.1.** Elaborar recomendaciones para el abordaje y tratamiento seguro del dolor crónico en salud mental.
- 8.3.2.** Fomentar la coordinación, entre profesionales, para el abordaje seguro del dolor, en pacientes con cuidados paliativos.

## Línea estratégica 9: “Fomentar la investigación”

### Introducción

El dolor es un síntoma complejo cuya investigación es necesaria, ya que interfiere en la calidad de vida de los pacientes y constituye un problema de salud transversal a muchas patologías. El objetivo del Sistema Sanitario es evitar la cronicidad del dolor y promover unas estrategias efectivas terapéuticas que eviten la denominada epidemia por abuso de opioides, que no solamente es un problema de salud pública en países como Estados Unidos, sino que está empezando a ser un problema en España y en nuestra Comunidad como lo demuestra un reciente estudio que ha comunicado que en el período 2004-2014 se triplicó el consumo de opioides en Madrid (10.1016/j.rce.2019.02.002).

La investigación sobre el dolor requiere un abordaje multidimensional, que incluya la investigación básica, la traslacional, la epidemiológica y los estudios de uso de medicamentos, específicamente los de indicación-prescripción y los de prescripción-indicación. Por último, los aspectos psicológicos, emocionales y sociales relacionados con el dolor, también deben ser evaluados.

En la anterior estrategia 2020, se alcanzaron dos importantes logros: en primer lugar, visibilizar la investigación con identificación de los líderes, grupos de investigación y fuentes de investigación y, en segundo lugar, la difusión de estudios sobre aspectos específicos del dolor en la Comunidad de Madrid.

Los anteriores logros se plasmaron en la recogida de una producción científica de 1.453 referencias publicadas sobre temas relacionados con el dolor, donde al menos uno de los autores pertenecía o estaba adscrito a alguno de los centros u organismos dependientes de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. La búsqueda fue realizada en la Web of Science (WoS) que incluye, entre otros, la base de datos MEDLINE de la National Library of Medicine de EEUU.

En este sentido, esta nueva estrategia afronta el reto de fomentar al máximo la visibilidad de la investigación en la atención al dolor en los centros dependientes de la Comunidad de Madrid y crear un espacio para la discusión entre diferentes grupos que investigan en temáticas relacionadas con el dolor.

Los objetivos y las actuaciones de esta línea estratégica son los siguientes:

### Objetivo estratégico 9.1: Promover la visibilidad de la producción científica

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones

- 9.1.1.** Identificar la producción científica colaborativa entre centros de la Comunidad de Madrid en relación con la atención al dolor.
- 9.1.2.** Desarrollar estrategias de búsqueda sobre la producción científica relacionada con la atención al dolor.
- 9.1.3.** Desarrollar una base de datos, en la Web institucional, con la producción científica en atención al dolor.
- 9.1.4.** Realizar un gráfico de colaboraciones entre centros.
- 9.1.5.** Realizar un informe bibliométrico sobre atención al dolor.
- 9.1.6.** Promover la difusión de revisiones sistemáticas sobre atención al dolor.

### Objetivo estratégico 9.2: Promover la visibilidad de los proyectos de investigación

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones

- 9.2.1.** Identificar los proyectos financiados sobre atención al dolor.
- 9.2.2.** Identificar las colaboraciones, entre centros, en relación con el desarrollo de proyectos de investigación sobre atención al dolor.
- 9.2.3.** Promover la difusión de proyectos de investigación relacionada con la atención al dolor.

### Objetivo estratégico 9.3: Fomentar la visibilidad de la innovación en la atención al dolor

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones

- 9.3.1.** Identificar y recopilar los proyectos de innovación que permitan mejorar la atención al dolor.
- 9.3.2.** Desarrollar una base de datos con los proyectos de innovación sobre atención al dolor.
- 9.3.3.** Difundir los proyectos de innovación sobre atención al dolor.

### Objetivo estratégico 9.4: Desarrollar estudios para conocer la situación de la atención al dolor en la Comunidad de Madrid

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones

- 9.4.1.** Desarrollar estudios sobre la prevalencia y características de la atención del dolor.
- 9.4.2.** Promover estudios para conocer la percepción del dolor.
- 9.4.3.** Difundir los resultados en la organización.

## Línea estratégica 10: “Impulsar la formación y difusión del conocimiento”

### Introducción

La formación y difusión del conocimiento en torno al dolor, constituye un elemento matriz de cualquier estrategia que quiera mejorar la atención sanitaria que se presta a este problema.

Por tanto, esta estrategia debe establecer objetivos de intervención sobre profesionales y organizaciones, que contribuyan a mejorar la toma de conciencia y la calidad integral en la atención al dolor. Sobre esta proyección, la formación en dolor se encuadraría dentro de la estrategia en la perspectiva de aprendizaje y futuro, y debe ser un elemento operativo con influencia directa sobre los pacientes.

Se ha fomentado la utilización tecnologías y metodologías más eficientes en formación continuada, elaborándose cursos en modalidad a distancia asíncrona, permitiendo el acceso a un mayor número de profesionales, como los cursos “Valoración y tratamiento del dolor”, “Valoración y tratamiento del dolor en población infantil” y “Uso de opioides en el dolor crónico no oncológico”.

Por tanto, la investigación e innovación en este campo, deben materializarse y asentarse sobre organizaciones y profesionales a través, de la difusión del conocimiento generado, como se pretende recoger en esta línea estratégica. En este sentido, existen unos elementos motrices de la formación en esta línea estratégica:

- En primer lugar, la necesidad de afianzar el esfuerzo realizado en los últimos años en incentivar la formación en el campo del dolor, mediante la difusión del conocimiento generado.
- En segundo lugar, conseguir mejorar la formación de forma transversal e integral, en todos los ámbitos de atención y en todos los grupos profesionales implicados.
- En tercer lugar, potenciar la formación continuada en la atención del dolor efectiva y multidisciplinar, cuando sea necesaria, en el dolor crónico, contemplando tanto los aspectos clínicos, como psicosociales y atendiendo la formación, en todo el abanico de profesionales implicados en su manejo.
- En cuarto lugar, continuar potenciando la utilización de nuevas tecnologías y metodologías más efectivas y eficientes en la formación.

Los objetivos y las actuaciones de esta línea estratégica son los siguientes:

## Objetivo estratégico 10.1: Promover la formación transversal e integral, sobre atención al dolor

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 10.1.1.** Realizar detección de necesidades de formación sobre atención al dolor para la elaboración de los planes de formación continuada anuales.
- 10.1.2.** Promover la inclusión de actividades formativas sobre atención al dolor en los planes de formación continuada de los centros sanitarios.
- 10.1.3.** Fomentar que los contenidos de las actividades formativas incluyan aspectos biológicos, clínicos, asistenciales y psicosociales.
- 10.1.4.** Apoyar la difusión en avances y novedades sobre diagnóstico, evaluación y tratamiento sobre el dolor.
- 10.1.5.** Impulsar la formación basada en los protocolos fundamentados en la evidencia científica, sobre el tratamiento de todos los tipos de dolor.
- 10.1.6.** Fomentar la formación en la atención al dolor coordinada y consensuada entre niveles asistenciales.
- 10.1.7.** Fomentar metodologías formativas a distancia que faciliten su accesibilidad.

## Objetivo estratégico 10.2: Fomentar actuaciones formativas sobre la atención al dolor en colectivos específicos

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 10.2.1.** Fomentar la programación de itinerarios formativos
- 10.2.2.** Desarrollar píldoras formativas, para profesionales, sobre sensibilización en el abordaje de atención al dolor.
- 10.2.3.** Desplegar cursos anuales sobre atención al dolor en población infantil.
- 10.2.4.** Desplegar cursos anuales sobre atención dolor en población adulta.
- 10.2.5.** Potenciar la formación sobre atención del dolor en grupos vulnerables.
- 10.2.6.** Impulsar la formación sobre atención del dolor en la atención de pacientes paliativos.
- 10.2.7.** Desarrollar actividades formativas dirigidas al uso de opioides en el dolor crónico.

## Línea estratégica 11: “Fomentar la innovación tecnológica y salud digital”

### Introducción

Las innovaciones tecnológicas y la salud digital, han permitido desde avances en el tratamiento de los individuos, hasta diagnósticos más tempranos y seguimientos más personalizados. Todas estas innovaciones han de aplicarse a la atención al dolor, mejorando la relación entre médicos/personal sanitario y pacientes y ayudando a implementar el conocimiento de la medicina de valor.

Las diferentes soluciones tecnológicas que se han ido creando en relación a la atención al dolor, proporcionan a los pacientes información y recomendaciones relacionadas con su tratamiento y recuperación. En la Comunidad de Madrid, la Escuela Madrileña de Salud, ha ido incorporando contenidos (vídeos, cursos... etc.) para ayudar a los usuarios en manejo de su dolor o mejorar su calidad de vida, a pesar del mismo.

El uso de dispositivos móviles inteligentes y aplicaciones, así como otras alternativas tecnológicas, pueden aportar importantes ventajas para la evaluación y tratamiento de los pacientes con dolor, haciendo que los profesionales conozcan mejor las necesidades de los mismos, ofreciéndoles una atención más personalizada y de calidad, facilitando el acceso a los tratamientos, ayudando a mejorar los procedimientos clínicos y la eficiencia de los mismos.

La innovación tecnológica debe permitir obtener datos reales de personas con dolor, el conocimiento y análisis de estos datos permitirá conocer mejor los abordajes más eficientes y seguros. Para que estas herramientas sean útiles, deben ser fáciles de usar, cumplir unos parámetros de calidad y estar bien valoradas por los usuarios (tanto por los profesionales sanitarios como por los pacientes), sin olvidar que deben estar adaptadas a la población con la que se van a utilizar, para mejorar la atención al dolor que se les presta.

Los objetivos y las actuaciones de esta línea estratégica son los siguientes:

### **Objetivo estratégico 11.1: Desarrollar sistemas de ayuda para la valoración y tratamiento del dolor**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 11.1.1.** Desarrollar Trigger para identificar situaciones de alerta en la historia clínica.
- 11.1.2.** Desarrollar contenidos informativos y recomendaciones, dirigidos a pacientes y asociaciones de pacientes con dolor, dentro del espacio Web de la Comunidad de Madrid.
- 11.1.3.** Desplegar un espacio en Horus donde se refleje información específica sobre atención al dolor.
- 11.1.4.** Impulsar el desarrollo de herramientas digitales para mejorar la atención al dolor.
- 11.1.5.** Promover el desarrollo de herramientas digitales para conocer resultados en salud, de valor para el paciente.

### **Objetivo estratégico 11.2: Desarrollar las consultas no presenciales**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 11.2.1.** Desarrollar la tele-consulta/video-consulta, en servicios relacionados con la atención al dolor, en los diferentes niveles asistenciales.
- 11.2.2.** Realizar actividades para facilitar la formación, la responsabilización y la colaboración de los pacientes.
- 11.2.3.** Elaborar recomendaciones, para los profesionales, sobre las consultas no presenciales

### **Objetivo estratégico 11.3: Desarrollar y mejorar herramientas digitales para la coordinación asistencial**

---

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 11.3.1.** Identificar y monitorizar aspectos claves para el desarrollo y uso de herramientas digitales por parte de los profesionales.
- 11.3.2.** Promover nuevas herramientas o funcionalidades de la eConsulta, que contribuyan a aumentar la calidad de la atención.



Implantación,  
seguimiento y  
aprendizaje



**C**omo elementos para realizar la Implantación, seguimiento y aprendizaje, se utilizarán los siguientes:

## I. Implantación

Para facilitar, realizar y apoyar la implantación, se utilizarán las siguientes estructuras y herramientas:

**1. Comité Operativo de atención al dolor (CO).** Es una estructura funcional de asesoramiento permanente de la Dirección General de Humanización y Atención al Paciente, para impulsar la implantación efectiva de las actuaciones, así como la evaluación y seguimiento de la estrategia.

El CO, que ya se constituyó para el seguimiento de la Estrategia 2017-2020, incluye representantes de las unidades responsables de los diferentes objetivos y actuaciones, que son propuestos por sus responsables, mientras que la unidad directiva con competencias en calidad asistencial, es la encargada de su coordinación.

Sus principales funciones son:

- Actuar como órgano asesor y consultivo respecto a la implantación y seguimiento.
- Revisar, apoyar e impulsar las actuaciones establecidas en la estrategia.
- Proponer modificaciones en el desarrollo de la estrategia.
- Aquellas otras funciones que determine el titular de la Dirección General de Humanización
- Atención al Paciente.

**2. Responsables del despliegue de los objetivos por Unidad Directiva.** Con la función de liderar y coordinar a los participantes, en el despliegue efectivo de las actividades de la estrategia. Se establecerán responsables de cada una de las líneas y en su caso, de sus objetivos. En el supuesto de existir objetivos compartidos entre diferentes Unidades Directivas, se designará un responsable por cada una de ellas.

**3. Comités de Atención al Dolor.** Son un elemento clave para desarrollar actuaciones de la estrategia, estando recogidos en la Ley 11/2017, de 22 de diciembre, de buen gobierno y profesionalización de la gestión de los centros y organizaciones sanitarias del Servicio Madrileño de Salud, dentro de los órganos de asesoramiento y participación.

**4. Herramientas de compromiso e incentivación.** En los objetivos institucionales, a nivel de los centros y gerencias y el documento de objetivos internos a nivel de la Dirección General con competencias en calidad asistencial, como coordinadora de su implantación, se incluirán los que desarrollen esta estrategia de la siguiente forma:

- En los objetivos institucionales, de forma anual, se incluirán por parte de cada unidad directiva responsable, las actuaciones necesarias para implantar de forma efectiva esta estrategia. En este sentido su cumplimiento será un elemento a considerar en las posibles incentivaciones derivadas del compromiso de gestión.
- En cuanto a la Dirección General, de forma anual, se establecerán objetivos internos que incluirán tanto las actuaciones de su responsabilidad establecidas en este documento, como

un análisis y revisión anual de su cumplimiento, estableciendo en el Comité Operativo, las modificaciones que se consideren oportunas para favorecer la implantación efectiva y el cumplimiento de sus diferentes líneas estratégicas.

**5. Comunicación y difusión.** Un elemento básico para la implantación efectiva de la estrategia, es la comunicación y difusión de la misma, tanto a través de los equipos directivos y diferentes responsables y líderes relacionados con la seguridad del paciente, como a toda la organización:

- Comunicación directa a gerentes, responsables de las gerencias y responsables de los Comités de Atención al Dolor o equivalentes, de Atención Primaria, Hospitales y SUMMA 112, de la puesta en marcha y evaluación anual de los objetivos relacionados con la misma.
- Difusión a través de Intranet, en el espacio de la Subdirección General de Calidad Asistencial, en el que se incluirá la información relevante sobre la puesta en marcha y seguimiento de la estrategia.

## II. Seguimiento y aprendizaje

El seguimiento de las líneas estratégicas de la Estrategia de Atención al Dolor 2027, se realizará mediante la evaluación anual del cumplimiento de las actuaciones a través de los indicadores que se establecerán por las Unidades Directivas para cada una de ellas, y de los objetivos institucionales de los contratos programa con los centros asistenciales. En este sentido, con periodicidad anual y al final del periodo de vigencia, se realizará una evaluación de su grado de implantación, y en las que sea posible, de su efectividad.

El sistema de seguimiento se compone de los siguientes elementos:

**1. Indicadores.** La evolución de los diferentes objetivos será monitorizada a través de indicadores que serán propuestos y desarrollados por las Unidades Directivas que sean responsables de cada una de las actuaciones establecidas.

En este sentido, cada unidad responsable elaborará una ficha para cada uno de los objetivos y actuaciones previstas en la estrategia, con la siguiente estructura:

- Línea estratégica
- Objetivo estratégico
- Actuación
- Nombre y descripción del Indicador
- Fórmula de cálculo y unidad de medida
- Observaciones

Junto con los indicadores, las unidades responsables deberán establecer un cronograma semestral para cada una de las sus actuaciones.

**2. Plan de Acción.** Estará conformado por el conjunto de fichas de seguimiento, en las que como acabamos de señalar se incluyen los objetivos, actuaciones y unidades responsables de puesta en marcha, así como los indicadores y el cronograma de implantación establecido por cada unidad directiva, para cada una de las líneas estratégicas.

El Plan de acción será revisado de forma anual, a partir de los resultados del seguimiento, con objeto de poder gestionar con mayor eficiencia los recursos destinados a la estrategia y establecer, si se consideran necesarios, nuevos objetivos o cambios en la definición y desarrollo de los ya existentes.

**3. Informes de seguimiento.** Los avances de la Estrategia de Atención al Dolor, se incluirán en los siguientes tipos de informe:

- Informe anual de actuaciones de atención al dolor, que incluirá el nivel de desarrollo de los objetivos estratégicos y las diferentes actuaciones para su consecución.
- Informes específicos, de acuerdo a las necesidades puntuales de información sobre el desarrollo de algún apartado o apartados, de la estrategia.

Cada unidad responsable remitirá a la Dirección General con competencias en calidad asistencial, un informe sobre el grado de consecución de sus objetivos de acuerdo a las fichas de seguimiento establecidas.

La Dirección General con competencias en calidad asistencial elaborará a su vez un informe, donde recogerá el grado de avance en la implantación de mejoras para el conjunto del Servicio Madrileño de Salud y se presentará al Comité Operativo.





**Tabla  
resumen de  
actuaciones**



## Línea 1: Fortalecer la estructura de la organización

### Objetivo estratégico 1.1. Promover la cultura de atención al dolor en la organización

- 1.1.1. Definir la política de atención al dolor en la organización.
- 1.1.2. Comunicar periódicamente y al menos de forma anual a la organización, el despliegue de la estrategia.
- 1.1.3. Potenciar la transmisión de información sobre atención al dolor.
- 1.1.4. Desarrollar reuniones institucionales para difundir las actividades realizadas en atención al dolor.
- 1.1.5. Promover la participación en reuniones o jornadas sobre atención al dolor.

### Objetivo estratégico 1.2. Desarrollar la estructura organizativa

- 1.2.1. Establecer un grupo institucional para coordinar el despliegue de la estrategia.
- 1.2.2. Impulsar la participación de expertos para asesorar en el desarrollo de la estrategia.
- 1.2.3. Actualizar las recomendaciones sobre objetivos, composición y funcionamiento de los Comités de Atención al Dolor.
- 1.2.4. Apoyar y coordinar el desarrollo de los Comités de Atención al Dolor.
- 1.2.5. Impulsar la creación de subcomisiones de dolor en la gerencia y las direcciones asistenciales de Atención Primaria.
- 1.2.6. Promover el establecimiento de referentes de dolor en servicios y unidades prioritarias.

### Objetivo estratégico 1.3. Impulsar la evaluación y el seguimiento de la atención al dolor

- 1.3.1. Establecer criterios e indicadores de medición de la atención al dolor.
- 1.3.2. Promover la valoración del paciente con dolor agudo y con dolor crónico.
- 1.3.3. Desplegar la utilización de escalas en los distintos niveles asistenciales.
- 1.3.4. Difundir los resultados de la evaluación y el seguimiento en la organización.

### Objetivo estratégico 1.4. Establecer objetivos institucionales

- 1.4.1. Elaborar objetivos de mejora de la atención al dolor para los distintos niveles asistenciales.
- 1.4.2. Coordinar el despliegue de los objetivos en las Gerencias Asistenciales.
- 1.4.3. Evaluar, de forma sistemática, el cumplimiento de los objetivos.
- 1.4.4. Realizar y difundir información anual, sobre los resultados de los objetivos institucionales.

## Línea 2: Promover los reconocimientos y buenas prácticas en atención al dolor

### Objetivo estratégico 2.1.

#### Promover la identificación y difusión de buenas prácticas en los centros sanitarios

- 2.1.1. Fomentar la identificación de buenas prácticas mediante convocatorias periódicas.
- 2.1.2. Revisar y mantener actualizado el banco de buenas prácticas.
- 2.1.3. Facilitar la accesibilidad al banco de buenas prácticas
- 2.1.4. Impulsar la implantación de buenas prácticas de atención al dolor en los centros sanitarios del SERMAS.
- 2.1.5. Desarrollar actuaciones para difundir el contenido del banco de buenas prácticas

### Objetivo estratégico 2.2.

#### Diseñar y desarrollar un sistema de reconocimientos de actuaciones relevantes en atención al dolor

- 2.2.1. Establecer reconocimientos para actuaciones relevantes en atención al dolor.
- 2.2.2. Convocar de forma periódica los reconocimientos.
- 2.2.3. Realizar jornadas de reconocimientos.

### Objetivo estratégico 2.3.

#### Establecer el distintivo de “Centros Excelentes en Atención al Dolor”

- 2.3.1. Elaborar requisitos para ser un centro excelente en atención al dolor.
- 2.3.2. Diseñar el sistema de concesión de los distintivos.
- 2.3.3. Convocar y desplegar la concesión del distintivo.
- 2.3.4. Desarrollar actos de entrega de distintivos.

## Línea 3: Desplegar la coordinación institucional entre niveles asistenciales

### Objetivo estratégico 3.1. Promover la coordinación institucional

- 3.1.1. Impulsar la elaboración e implementación de vías clínicas, procesos y / o protocolos consensuados entre los diferentes ámbitos asistenciales.
- 3.1.2. Promover la elaboración de planes de cuidados al alta en los que se incluya el abordaje del dolor.
- 3.1.3. Fomentar la coordinación de la atención al dolor.
- 3.3.4. Desarrollar criterios de derivación entre niveles asistenciales.
- 3.1.5. Actualizar y difundir el mapa de los recursos disponibles en atención al dolor.

### Objetivo estratégico 3.2. Establecer recomendaciones para mejorar las transiciones asistenciales

- 3.2.1. Elaborar recomendaciones para la prescripción de fármacos en pacientes con dolor agudo y dolor post-quirúrgico durante las transiciones asistenciales.
- 3.2.2. Elaborar recomendaciones para la prescripción de fármacos en pacientes con dolor crónico durante las transiciones asistenciales.
- 3.2.3. Elaborar recomendaciones para la prescripción de fármacos en las transiciones asistenciales en pacientes vulnerables.

### Objetivo estratégico 3.3. Impulsar la comunicación y transferencia de la información

- 3.3.1. Definir la información básica en las transiciones asistenciales de los pacientes con dolor.
- 3.3.2. Establecer procedimientos y/o canales de transmisión de información clínica entre los profesionales de diferentes niveles asistenciales.
- 3.3.3. Promover la comunicación y el intercambio de información con el ámbito socio-sanitario.

### Objetivo estratégico 3.4. Fomentar el desarrollo y la utilización de la e-consulta

- 3.4.1. Identificar servicios y unidades susceptibles de uso de la e-consulta para la atención al dolor.
- 3.4.2. Promover la implantación de la eConsulta, y su uso entre los profesionales de diferentes niveles asistenciales.
- 3.4.3. Impulsar el desarrollo de formularios para uso de la e-consulta en pacientes con dolor.
- 3.4.4. Definir las funciones del especialista consultor del dolor.

## Línea 4: Promover la participación y capacitación de los pacientes y personas significativas

### Objetivo estratégico 4.1.

#### Implicar a pacientes, personas que cuidan y personas significativas

- 4.1.1. Elaborar documentación que aporte información sobre prevención y control del dolor.
- 4.1.2. Crear un repositorio de documentación/ información dirigida a pacientes, personas que cuidan y personas significativas.
- 4.1.3. Fomentar el establecimiento de herramientas para facilitar la toma de decisiones compartidas.

### Objetivo estratégico 4.2.

#### Capacitar a pacientes, personas que cuidan y personas significativas en prevención y control del dolor

- 4.2.1. Desarrollar un itinerario formativo en la Escuela Madrileña de Salud.
- 4.2.2. Desarrollar contenidos formativos para facilitar la participación de los pacientes en grupos de trabajo y/o Comités de Atención al Dolor.
- 4.2.3. Promover el desarrollo de actuaciones formativas en los distintos niveles asistenciales.
- 4.2.4. Difundir los recursos de capacitación existentes para pacientes.

### Objetivo estratégico 4.3.

#### Promover la participación de pacientes, asociaciones de pacientes y ciudadanos

- 4.3.1. Elaborar recomendaciones institucionales para la participación de pacientes y/o asociaciones de pacientes en grupos de trabajo y/o Comités de Atención al Dolor.
- 4.3.2. Desarrollar canales para facilitar la comunicación de los intereses y expectativas de la ciudadanía sobre atención al dolor.
- 4.3.3. Potenciar las alianzas con asociaciones de pacientes.

## Línea 5: Potenciar la relación y las alianzas externas

### **Objetivo estratégico 5.1. Desarrollar relaciones y alianzas con instituciones públicas**

- 5.1.1. Participar en las reuniones y grupos de trabajo establecidos por el Ministerio de Sanidad.
- 5.1.2. Promover la coordinación y el intercambio de información con el ámbito socio-sanitario y específicamente con la Agencia Madrileña de Atención Social.
- 5.1.3. Promover la adhesión a proyectos relacionadas con la atención al dolor.
- 5.1.4. Elaborar y difundir informes periódicos que reflejen la actividad realizada.

### **Objetivo estratégico 5.2. Colaborar con sociedades científicas y organizaciones relacionadas con la atención al dolor**

- 5.2.1. Identificar sociedades científicas y organizaciones, nacionales e internacionales, que desarrollen actuaciones para mejorar la atención al dolor.
- 5.2.2. Promover la colaboración con sociedades científicas relacionadas con la atención al dolor.
- 5.2.3. Promover la adhesión a iniciativas nacionales e internacionales.
- 5.2.4. Desarrollar actuaciones para celebrar el "Día Mundial del Dolor".
- 5.2.5. Informar de las acciones desarrolladas a través de la Web institucional.

### **Objetivo estratégico 5.3. Promover acuerdos, convenios o alianzas para mejorar la atención al dolor**

- 5.3.1. Desarrollar acuerdos, convenios o alianzas con organizaciones alineadas con la estrategia institucional.
- 5.3.2. Promover el desarrollo de proyectos comunes centrados en el conocimiento y la mejora de la atención al dolor.
- 5.3.3. Difundir las actuaciones a través de reuniones, jornadas o informes.

## Línea 6: Impulsar la estandarización de los procedimientos de atención al dolor

### Objetivo estratégico 6.1. Identificar y difundir las guías y protocolos estandarizados

- 6.1.1. Realizar un análisis de situación, en el Servicio Madrileño de Salud.
- 6.1.2. Difundir documentos estandarizados sobre atención al dolor.
- 6.1.3. Elaborar una biblioteca breve sobre documentos relacionados con la atención al dolor.
- 6.1.4. Establecer un espacio en la intranet para incluir las guías, protocolos u otro tipo de documentos.

### Objetivo estratégico 6.2. Impulsar la estandarización de los procesos más frecuentes

- 6.2.1. Promover la formación de profesionales en la elaboración de guías o documentos basados en la evidencia científica.
- 6.2.2. Elaborar recomendaciones sobre dolor agudo.
- 6.2.3. Elaborar recomendaciones sobre dolor crónico oncológico y dolor crónico no oncológico.
- 6.2.4. Elaborar recomendaciones sobre atención paliativa al dolor.
- 6.2.5. Elaborar recomendaciones sobre la utilización de fármacos.
- 6.2.6. Elaborar recomendaciones sobre terapias no farmacológicas dirigidas al tratamiento del dolor.

## Línea 7: Desarrollar la atención al dolor en población vulnerable

### Objetivo estratégico 7.1. Impulsar la atención al dolor en población vulnerable

- 7.1.1. Identificar las poblaciones vulnerables en relación con la atención al dolor.
- 7.1.2. Analizar la situación de atención de poblaciones vulnerables con dolor en la Comunidad de Madrid.
- 7.1.3. Identificar barreras para el correcto diagnóstico y tratamiento del dolor en población vulnerable.
- 7.1.4. Revisar la coordinación inter-niveles en este tipo de pacientes.
- 7.1.5. Mejorar los circuitos relacionados con la población vulnerable.

### Objetivo estratégico 7.2. Desarrollar herramientas para la correcta atención al dolor en población vulnerable

- 7.2.1. Promover la inclusión de la población vulnerable en las guías, protocolos y procedimientos sobre atención al dolor.
- 7.2.2. Elaborar recomendaciones institucionales, sobre atención al dolor en población infantil.
- 7.2.3. Elaborar recomendaciones institucionales sobre atención al dolor en la persona mayor frágil.
- 7.2.4. Elaborar recomendaciones institucionales sobre atención al dolor en pacientes con dificultades comunicativas.
- 7.2.5. Elaborar recomendaciones institucionales sobre atención al dolor en pacientes con deterioro cognitivo.
- 7.2.6. Elaborar recomendaciones institucionales sobre atención al dolor en pacientes con trastorno del espectro autista.
- 7.2.7. Elaborar recomendaciones institucionales sobre atención al dolor en pacientes con trastorno mental grave.
- 7.2.8. Elaborar recomendaciones institucionales sobre atención al dolor en pacientes con adicciones.
- 7.2.9. Difundir los documentos con recomendaciones sobre población vulnerable.

### Objetivo estratégico 7.3. Facilitar el despliegue de la atención a la población vulnerable

- 7.3.1. Incluir aspectos específicos del paciente vulnerable en los cursos sobre atención al dolor.
- 7.3.2. Fomentar la información y sensibilización de los pacientes, a través de la Escuela Madrileña de Salud.
- 7.3.3. Impulsar la investigación de la atención al dolor en población vulnerable.

## Línea 8: Desarrollar prácticas seguras en atención al dolor

### Objetivo estratégico 8.1. Mejorar la seguridad en la atención al dolor

- 8.1.1. Incluir aspectos relacionados con la seguridad en los cursos de atención al dolor.
- 8.1.2. Elaborar listados de verificación para las técnicas invasivas de abordaje del dolor.
- 8.1.3. Fomentar el análisis de los incidentes relacionados con el tratamiento del dolor en CISEMadrid.
- 8.1.4. Favorecer la coordinación de los Comités de Atención al Dolor con las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios.
- 8.1.5. Elaborar mapas de riesgos en los ámbitos o unidades prioritarias, relacionadas con la atención al dolor.
- 8.1.6. Fomentar la inclusión de aspectos relacionados con la seguridad, en la elaboración de protocolos o guías sobre atención al dolor.
- 8.1.7. Identificar y difundir prácticas seguras sobre la atención al dolor en los distintos ámbitos asistenciales.

### Objetivo estratégico 8.2. Prevenir la aparición de eventos adversos ligados al tratamiento farmacológico del dolor

- 8.2.1. Fomentar la formación de pacientes y cuidadores, sobre el uso seguro de fármacos.
- 8.2.2. Implementar funcionalidades de seguridad en el Módulo Único de Prescripción (MUP) y en los sistemas de prescripción hospitalarios.
- 8.2.3. Impulsar la conciliación de la medicación para el dolor.
- 8.2.4. Elaborar recomendaciones, para el uso seguro de opioides.
- 8.2.5. Promover la utilización de escalas de riesgo en el uso de opioides.

### Objetivo estratégico 8.3. Desplegar la seguridad en patologías específicas

- 8.3.1. Elaborar recomendaciones para el abordaje y tratamiento seguro del dolor crónico en salud mental.
- 8.3.2. Fomentar la coordinación, entre profesionales, para el abordaje seguro del dolor, en pacientes con cuidados paliativos.

## Línea 9: Fomentar la investigación en atención al dolor

### Objetivo estratégico 9.1. Promover la visibilidad de la producción científica

- 9.1.1. Identificar la producción científica colaborativa entre centros de la Comunidad de Madrid en relación con la atención al dolor.
- 9.1.2. Desarrollar estrategias de búsqueda sobre la producción científica relacionada con la atención al dolor.
- 9.1.3. Desarrollar una base de datos en la Web institucional con la producción científica en atención al dolor.
- 9.1.4. Realizar un gráfico de colaboraciones entre centros.
- 9.1.5. Realizar un informe bibliométrico sobre atención al dolor.
- 9.1.6. Promover la difusión de revisiones sistemáticas sobre atención al dolor.

### Objetivo estratégico 9.2. Promover la visibilidad de los proyectos de investigación

- 9.2.1. Identificar los proyectos financiados sobre atención al dolor.
- 9.2.2. Identificar las colaboraciones entre centros en relación con el desarrollo de proyectos de investigación sobre atención al dolor.
- 9.2.3. Promover la difusión de proyectos de investigación relacionada con la atención al dolor.

### Objetivo estratégico 9.3. Fomentar la visibilidad de la innovación en la atención al dolor

- 9.3.1. Identificar y recopilar los proyectos de innovación que permitan mejorar la atención al dolor.
- 9.3.2. Desarrollar una base de datos con los proyectos de innovación sobre atención al dolor.
- 9.3.3. Difundir los proyectos de innovación sobre atención al dolor.

### Objetivo estratégico 9.4. Desarrollar estudios para conocer la situación de la atención al dolor en la Comunidad de Madrid

- 9.4.1. Desarrollar estudios sobre la prevalencia y características de la atención del dolor.
- 9.4.2. Promover estudios para conocer la percepción del dolor.
- 9.4.3. Difundir los resultados en la organización.

## Línea 10: Impulsar la formación y difusión del conocimiento

### Objetivo estratégico 10.1. Promover la formación transversal e integral, sobre atención al dolor

- 10.1.1. Realizar detección de necesidades de formación sobre atención al dolor para la elaboración de los planes de formación continuada anuales.
- 10.1.2. Promover la inclusión de actividades formativas sobre atención al dolor en los planes de formación continuada de los centros sanitarios.
- 10.1.3. Fomentar que los contenidos de las actividades formativas incluyan aspectos biológicos, clínicos, asistenciales y psicosociales.
- 10.1.4. Apoyar la difusión en avances y novedades sobre diagnóstico, evaluación y tratamiento sobre el dolor.
- 10.1.5. Impulsar la formación basada en los protocolos fundamentados en la evidencia científica, sobre el tratamiento de todos los tipos de dolor.
- 10.1.6. Fomentar la formación en la atención al dolor coordinada y consensuada entre niveles asistenciales.
- 10.1.7. Fomentar metodologías formativas a distancia que faciliten su accesibilidad.

### Objetivo estratégico 10.2. Fomentar actuaciones formativas sobre la atención al dolor en colectivos específicos

- 10.2.1. Fomentar la programación de itinerarios formativos.
- 10.2.2. Desarrollar píldoras formativas para profesionales sobre sensibilización en el abordaje de atención al dolor.
- 10.2.3. Desplegar cursos anuales sobre atención al dolor en población infantil.
- 10.2.4. Desplegar cursos anuales sobre atención dolor en población adulta.
- 10.2.5. Potenciar la formación sobre atención del dolor en grupos vulnerables.
- 10.2.6. Impulsar la formación sobre atención del dolor en la atención de pacientes paliativos.
- 10.2.7. Desarrollar actividades formativas dirigidas al uso de opioides en el dolor crónico.

## Línea 11: Fomentar la innovación tecnológica y salud digital

### Objetivo estratégico 11.1.

#### Desarrollar sistemas de ayuda para la valoración y tratamiento del dolor

- 11.1.1. Desarrollar Trigger para identificar situaciones de alerta en la historia clínica.
- 11.1.2. Desarrollar contenidos informativos y recomendaciones dirigidos a pacientes y asociaciones de pacientes con dolor dentro del espacio Web de la Comunidad de Madrid.
- 11.1.3. Desplegar un espacio en Horus donde se refleje información específica sobre atención al dolor.
- 11.1.4. Impulsar el desarrollo de herramientas digitales para mejorar la atención al dolor.
- 11.1.5. Promover el desarrollo de herramientas digitales para conocer resultados en salud de valor para el paciente.

### Objetivo estratégico 11.2.

#### Desarrollar las consultas no presenciales

- 11.2.1. Desarrollar la tele-consulta/video-consulta en servicios relacionados con la atención al dolor en los diferentes niveles asistenciales.
- 11.2.2. Realizar actividades para facilitar la formación, la responsabilización y la colaboración de los pacientes.
- 11.2.3. Elaborar recomendaciones para los profesionales para las consultas no presenciales.

### Objetivo estratégico 11.3.

#### Desarrollar y mejorar herramientas digitales para la coordinación asistencial

- 11.3.1. Identificar y monitorizar aspectos claves para el desarrollo y uso de herramientas digitales por parte de los profesionales.
- 11.3.2. Promover nuevas herramientas o funcionalidades de la e consulta que contribuyan a aumentar la calidad de la atención.





**Dirección,  
coordinación y  
participantes**



## Dirección

---

- **María Dolores Moreno Molino.** Directora General de Humanización y Atención al Paciente.
- **Alberto Pardo Hernández.** Subdirector General de Calidad Asistencial

## Grupo coordinador

---

- **Alberto Pardo Hernández.** Subdirector General de Calidad Asistencial.
- **Cristina Navarro Royo.** Jefa de Área de la Subdirección General de Calidad Asistencial.
- **Mª Paz Palos Zorrilla.** Técnico de Apoyo de la Subdirección General de Calidad Asistencial.

## Coordinadores y grupos técnicos de trabajo

---

### Línea estratégica 1: Fortalecer la infraestructura de la organización

---

- **Alberto Pardo Hernández.** Subdirector General de Calidad Asistencial. Coordinador LE 1.
- **Mª Paz Palos Zorrilla.** Subdirección General de Calidad Asistencial. Coordinador LE 1.
- **Pilar Sánchez-Pobre Bejarano.** Gerencia Asistencial de Hospitales.
- **Blanca Vázquez Quiroga.** Gerencia Asistencial de Hospitales.
- **Soledad Martín Fresneda.** Gerencia del SUMMA 112.
- **Gerardo Garzón González.** Gerencia Asistencial de Atención Primaria.
- **Javier Gómez Pavón.** Dirección General de Coordinación Sociosanitaria.

### Línea estratégica 2: Promover los reconocimientos y buenas prácticas

---

- **Asunción Colomer Rosas.** Gerencia del SUMMA 112. Coordinador LE 2.
- **Verónica Real Martínez.** Gerencia del SUMMA 112. Coordinador LE 2.
- **Alberto Barberá Gómez.** Gerencia del SUMMA 112.
- **Mariano Cristian Bartolomé Colussi.** Gerencia del SUMMA 112.
- **Lucía Díaz Gil.** Gerencia del SUMMA 112.
- **Nelva García García.** Gerencia del SUMMA 112.
- **Victoria Hernández Jaras.** Gerencia del SUMMA 112.
- **Gemma Izquierdo González.** Gerencia del SUMMA 112.
- **Margarita Isabel Mariscal Martín.** Gerencia del SUMMA 112.
- **Soledad Martín Fresneda.** Gerencia del SUMMA 112.
- **Susana Peñuela Melero.** Gerencia del SUMMA 112.
- **Inmaculada Rabanaque Vega.** Gerencia del SUMMA 112.
- **María Luisa Rosario Santiago García.** Gerencia del SUMMA 112.

### Línea estratégica 3: Desplegar la coordinación institucional entre niveles asistenciales

---

- **Guadalupe Olivera Cañadas.** Hospital Universitario Clínico San Carlos. Coordinador LE 3.
- **Gerardo Garzón González.** Gerencia Asistencial de Atención Primaria.
- **Cristina de Miguel Sánchez.** Oficina regional de Coordinación de Cuidados Paliativos.
- **Marta Alcaraz Borrajo.** Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.
- **Silvia Herrero Hernández.** Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.
- **Ana Cristina García Álvarez.** Gerencia Asistencial de Hospitales.
- **Soledad Martín Fresneda.** Gerencia del SUMMA 112.
- **M<sup>a</sup> Ángeles Gómez Mateos.** Subdirección General de Humanización de la Asistencia, Bioética e Información y Atención al Paciente.
- **Yumana Awad Parada.** Gerencia de Cuidados.
- **M<sup>a</sup> Carmen García Cubero.** Unidad de Continuidad Asistencial.
- **M<sup>a</sup> Carmen Jiménez Gómez.** Unidad de Continuidad Asistencial.
- **Sonia Jiménez Aguilar.** Unidad de Continuidad Asistencial.

### Línea estratégica 4: Promover la participación y capacitación de pacientes y personas significativas

---

- **M<sup>a</sup> Ángeles Gómez Mateos.** Subdirección General de Humanización de la Asistencia, Bioética e Información y Atención al Paciente. Coordinador LE 4.
- **Montserrat Hernández Pascual.** Subdirección General de Humanización de la Asistencia, Bioética e Información y Atención al Paciente.
- **Juana Mateos Rodilla.** Subdirección General de Humanización de la Asistencia, Bioética e Información y Atención al Paciente.
- **Margarita Salinero Aceituno.** Subdirección General de Humanización de la Asistencia, Bioética e Información y Atención al Paciente.
- **Alicia Sarabia Aránguez.** Subdirección General de Humanización de la Asistencia, Bioética e Información y Atención al Paciente.
- **Pilar Serradilla Corchero.** Subdirección General de Humanización de la Asistencia, Bioética e Información y Atención al Paciente.
- **Gema Vega González.** Subdirección General de Humanización de la Asistencia, Bioética e Información y Atención al Paciente.

### Línea estratégica 5: Potenciar la relación y las alianzas externas

---

- **Alberto Pardo Hernández.** Subdirección General de Calidad Asistencial. Coordinador LE 5.
- **M<sup>a</sup> Paz Palos Zorrilla.** Subdirección General de Calidad Asistencial. Coordinador LE 5.
- **Cristina Navarro Royo.** Subdirección General de Calidad Asistencial.

### Línea estratégica 6: Impulsar la estandarización de procedimientos

- **Gerardo Garzón González.** Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Coordinador LE 6.
- **Ana Cristina García Álvarez.** Gerencia Asistencial de Hospitales.
- **Enrique Claudio Romo.** Gerencia del SUMMA 112.
- **Marta Alcaraz Borrajo.** Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.
- **Silvia Herrero Hernández.** Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.
- **Verónica Real Martínez.** Gerencia del SUMMA 112.

### Línea estratégica 7: Desarrollar la atención al dolor en población vulnerable

- **Pilar Sánchez-Pobre Bejarano.** Gerencia Asistencial de Hospitales. Coordinador LE 7.
- **Blanca Vázquez Quiroga.** Gerencia Asistencial de Hospitales.
- **Margarita Salinero Aceituno.** Subdirección General de Humanización de la Asistencia, Bioética e Información y Atención al Paciente.
- **Gerardo Garzón González.** Gerencia Asistencial de Atención Primaria.
- **María Luisa Rosario Santiago García.** Gerencia del SUMMA 112.
- **Marta Alcaraz Borrajo.** Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.
- **Pilar Pérez Cayuela.** Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.
- **Javier Gómez Pavón.** Dirección General de Coordinación Sociosanitaria.
- **José Luis de la Calle Reviriego.** Hospital Universitario Ramón y Cajal.
- **Ana Esther López Pérez.** Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
- **Concepción Pérez Hernández.** Hospital Universitario de La Princesa.
- **Mercedes Alonso Prieto.** Hospital Universitario La Paz.
- **Javier de Andrés Ares.** Hospital Universitario La Paz.
- **Luisa González Pérez.** Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.
- **Ernesto Martínez García.** Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.
- **María Reyes Ávila Tato.** Hospital de Guadarrama.

### Línea estratégica 8: Desarrollar prácticas seguras

- **Pilar Pérez Cayuela.** Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Coordinador LE 8.
- **María Rocío García Valriberas.** Subdirección General de Calidad Asistencial. Coordinador LE 8.
- **Silvia Herrero Hernández.** Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.
- **Marta Alcaraz Borrajo.** Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.
- **Concepción Pérez Hernández.** Hospital Universitario de La Princesa.
- **Asunción Colomer Rosas.** Gerencia del SUMMA 112.
- **Ana Navarro Sigüero.** Dirección Asistencial Centro de Atención Primaria.
- **Mª Paz Palos Zorrilla.** Subdirección General de Calidad Asistencial.

### Línea estratégica 9: Fomentar la investigación

- **Elena González.** Dirección General de Investigación, Docencia e Innovación. Coordinador LE 9.
- **Ana Isabel González.** Dirección General de Investigación, Docencia e Innovación.
- **Victoria Ordoñez.** Dirección General de Investigación, Docencia e Innovación.
- **Cristina de Lorenzo.** Dirección General de Investigación, Docencia e Innovación.
- **Miguel Ángel Salinero.** Dirección General de Investigación, Docencia e Innovación.

### Línea estratégica 10: Impulsar la formación y difusión del conocimiento

- **María Jesús Fernández Luque.** Subdirección General de Formación y Acreditación Docente Sanitaria. Coordinador LE 10.
- **M<sup>a</sup> Dolores Arranz Alonso.** Subdirección General de Formación y Acreditación Docente Sanitaria. Coordinador LE 10.
- **Luis Carlos Arranz Santamaría.** Subdirección General de Formación y Acreditación Docente Sanitaria.
- **M<sup>a</sup> Ángeles Gómez Mateos.** Subdirección General de Humanización de la Asistencia, Bioética e Información y Atención al Paciente.
- **Asunción Colomer Rosas.** Gerencia del SUMMA 112.
- **Cristina Navarro Royo.** Subdirección General de Calidad Asistencial.
- **Gerardo Garzón González.** Gerencia Asistencial de Atención Primaria.
- **Silvia Herrero Hernández.** Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.
- **Marta Alcaraz Borrajo.** Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.
- **Pilar Pérez Cayuela.** Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.
- **M<sup>a</sup> Paz Palos Zorrilla.** Subdirección General de Calidad Asistencial.

### Línea estratégica 11: Fomentar la innovación tecnológica y salud digital

- **Concepción Pérez Hernández.** Hospital Universitario de la Princesa. Coordinador LE 11.
- **Alicia López Álvarez.** Subdirección General de Arquitectura de Sistemas y Sistemas de Información. Coordinador LE 11.
- **Francisco Luis Sánchez Prieto.** Subdirección General de Arquitectura de Sistemas y Sistemas de Información.
- **José Alberto Gamero Bordallo.** Subdirección General de Arquitectura de Sistemas y Sistemas de Información.
- **Mario Martín González.** Gerencia del SUMMA 112.
- **Zita Quintela González.** Gerencia del SUMMA 112.
- **Antonio Díaz Holgado.** Gerencia Asistencial Atención Primaria.
- **Sonia Jiménez Aguilar.** Unidad de Continuidad Asistencial.
- **José David Cerdeño Arconada.** Unidad de Continuidad Asistencial.
- **M<sup>a</sup> Paz Palos Zorrilla.** Subdirección General de Calidad Asistencial.

## Paneles de revisión

### Asociaciones de Pacientes

- Alianza General de Pacientes (AGP), **José Luis Baquero Úbeda.**
- Comité de Entidades de Representantes de Personas con Discapacidad de la Comunidad de Madrid (CERMI), **María Jesús Baile Gómez.**
- Foro Español de Pacientes (FEP), **Mónica de Elío de Bengy.**
- Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP), **Ana Castellanos Lozano.**

### Unidades Directivas

- Dirección General de Inspección, Ordenación y Estrategia Sanitaria, **Margot Cisneros Britto.**
- Dirección General de Investigación, Docencia e Innovación: **Marta Fernández Martín, Elena González Infante y M<sup>a</sup> Dolores Arranz Alonso.**
- Dirección General de Coordinación Socio-Sanitaria, **Teresa Sanz Bayona.**
- Dirección General de Proceso Integrado de Salud. Gerencia Adjunta de Ordenación e Innovación Organizativa: **Pilar Sánchez Pobre Bejarano y Blanca Vázquez Quiroga.**
- Dirección General de Sistemas de Información y Equipamientos Sanitarios, **Rafael de Celada Pérez.**
- Dirección General de Gestión Económico Financiera y Farmacia: **Ainhoa Aranguren Oyarzábal y M<sup>a</sup> José Calvo Alcántara.**
- Gerencia Asistencial de Atención Primaria, **Gerardo Garzón González.**
- Gerencia SUMMA 112, **Asunción Colomer Rosas.**
- Oficina Regional Oncológica, **Federico Longo Muñoz.**
- Oficina Regional de Salud Mental, **Mónica Leira Sanmartín.**
- Oficina Regional de Cuidados Paliativos, **Aurora Viloria Jiménez.**
- Unidad de Continuidad Asistencial: **M<sup>a</sup> Carmen García Cubero, M<sup>a</sup> Carmen Jiménez Gómez, Sonia Jiménez Aguilar y Guadalupe Olivera Cañadas.**
- Subdirección General de Humanización de la Asistencia, Bioética e Información y Atención al Paciente: **Raquel Mouro Reyero y M<sup>a</sup> Ángeles Gómez Mateos.**

### Comités de Atención al Dolor

- Hospital Universitario Infanta Cristina, **Ester Muñoz Borredá.**
- Hospital Universitario Infanta Elena, **Laura W. Alba Muñoz.**
- Hospital Universitario de Fuenlabrada, **María Dolores Bedmar Cruz.**
- Hospital Universitario de Getafe, **Rosa Carmen Fernández Lobato.**
- Hospital Universitario Infanta Leonor, **Alfredo Abad Gurumeta.**
- Hospital Universitario de Móstoles, **María Fe Muñoz Velázquez.**
- Hospital Universitario Príncipe de Asturias, **Beatriz Infante Crespo.**
- Hospital Universitario Severo Ochoa, **Gemma Márquez Garrido.**
- Hospital Universitario Rey Juan Carlos, **María Cruz Baquero y Carmen Plaza Nohales.**
- Hospital General de Villalba, **Marta Yus López.**
- Fundación Jiménez Díaz, **Antonio L. Noguera Tejedor.**

## Dirección, coordinación y participantes

- Hospital General Universitario Gregorio Marañón, **Ana Esther López Pérez.**
- Hospital Universitario de La Princesa, **Concepción Pérez Hernández.**
- Hospital Universitario Ramón y Cajal, **José Luis de la Calle Reviriego.**
- Hospital de Guadarrama, **M<sup>a</sup> Reyes Ávila Tato.**
- Hospital La Fuenfría, **Elena Romero Pisonero.**
- Hospital Virgen de la Poveda, **José Luis Morillo López.**
- Hospital Universitario José Germain, **María Teresa Muñoz Valera.**
- Dirección Asistencial Sur, **Alejandro Tejedor Varillas.**
- Dirección Asistencial Noroeste, **Diego Ruiz López y Antonio Sánchez Calso.**
- Dirección Asistencial Sureste, **Fátima Santolaya Sardinero.**
- Dirección Asistencial Norte, **María Cruz Martín García.**
- Dirección Asistencial Centro, **Ana Navarro Siguero.**
- SUMMA 112, **M<sup>a</sup> Luisa Santiago García, Asunción Colomer Rosas y Soledad Martín Fresneda.**



**Bibliografía**



1. Achterberg W, Lautenbacher S, Husebo B, Erdal A, Herr K. Pain in dementia. PAIN Reports. febrero de 2020;5(1): e803.
2. Alaba J, Arriola E, Navarro A, González MF, Buiza C, Hernández C, et al. Demencia y dolor. Revista de la Sociedad Española del Dolor. junio de 2011;18(3):176-86.
3. Alonso-García M, Sarría-Santamera A. The Economic and Social Burden of Low Back Pain in Spain: A National Assessment of the Economic and Social Impact of Low Back Pain in Spain. Spine (Phila Pa 1976). 15 de agosto de 2020;45(16): E1026-32.
4. Alvarado García AM, Salazar Maya ÁM. Descubriendo los sentimientos y comportamientos que experimenta el adulto mayor con dolor crónico benigno. Gerokomos. Diciembre de 2016;27(4):142-6.
5. Aragón ICP, Gómez L, Asturias P. Comité Institucional. 2019a; 94.
6. ASALE R, RAE. Vulnerable | Diccionario de la lengua española [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [Citado 10 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://dle.rae.es/vulnerable>
7. Cano-García FJ, Rodríguez-Franco L, Blanco-Picabia A, Sánchez-Blanco J, Cobos-Romana R. Pensamientos automáticos negativos e intensidad del dolor en pacientes con dolor crónico: el papel mediador de la catastrofización. MPJ [Internet]. 2021 [citado 10 de mayo de 2022]; Disponible en: <https://gestoreditorial.mpainjournal.com/fichaArticulo.aspx?iarf=220689768-747237419279>
8. Cohen SP, Vase L, Hooten WM. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. Lancet. 29 de mayo de 2021; 397(10289):2082-97.
9. Fernández M, A J. Gestión de la calidad total: El modelo EFQM de excelencia. Medifam. Diciembre de 2002;12(10):41-54.
10. Fine PG. Treatment Guidelines for the Pharmacological Management of Pain in Older Persons. Pain Medicine. 1 de abril de 2012; 13(suppl\_2): S57-66.
11. García Ameijeiras MC, Ribera Canudas MV, Gómez Garrido A, Medel Rebollo J, Márquez Martínez E, Buxó Masip X, et al. Valoración de la satisfacción con el proceso asistencial de pacientes adultos afectados de patología crónica del raquis. Revista de la Sociedad Española del Dolor. Agosto de 2011; 18(4):228-34.
12. García-Soler Á, Sánchez-Iglesias I, Buiza C, Alaba J, Navarro AB, Arriola E, et al. [Adaptation and validation of the Spanish version of the Pain Evaluation Scale in patients with advanced dementia: PAINAD-Sp]. Rev Esp Geriatr Gerontol. Febrero de 2014;49(1):10-4.
13. Gomis R, Mata Cases M, Mauricio Puente D, Artola Menéndez S, Ena Muñoz J, Mediavilla Bravo JJ, et al. Aspectos metodológicos de los procesos asistenciales integrados (PAI). Rev Calidad Asistencial. 1 de julio de 2017; 32(4):234-9.
14. González R, Alicia A. Modelos de gestión por procesos integrados en salud. Ene. 2014; 8(3):0-0.
15. González Vaca J, García Hernández M, Tortosa i Moreno A. El dolor en personas con demencia moderada o severa: revisión narrativa. Gerokomos. Septiembre de 2020;31(3):144-8.
16. Health AGD of. The National Strategic Action Plan for Pain Management [Internet]. Australian Government Department of Health. Australian Government Department of Health; 2021 [citado 10 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.health.gov.au/resources/publications/the-national-strategic-action-plan-for-pain-management>
17. Javier de Andrés A, Juan Pablo Acuña B, Alicia Olivares S. Dolor en el paciente de la tercera edad. Rev Med Clin Condes. 1 de julio de 2014; 25(4):674-86.

18. Jovell AJ, Navarro Rubio MD, Fernández Maldonado L, Blancafort S. Participación del Paciente: Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. *Aten Primaria*. 15 de septiembre de 2006; 38(4):234-7.
19. López CM. La Comunidad Valenciana comienza a trazar su estrategia frente al dolor [Internet]. *Gaceta Médica*. 2019 [citado 10 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://gacetamedica.com/politica/la-comunidad-valenciana-comienza-a-trazar-su-estrategia-frente-al-dolor-mc2361871/>
20. Margarit C, Margarit C. La nueva clasificación internacional de enfermedades (CIE-11) y el dolor crónico. Implicaciones prácticas. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. Agosto de 2019; 26(4):209-10.
21. Miró J, McGrath PJ, Finley GA, Walco GA. Pediatric chronic pain programs: current and ideal practice. *Pain Rep*. 21 de agosto de 2017; 2(5): e613.
22. Miró J, Reinoso-Barbero F, Escribano Subías J, Martí Yáñez L, Miró J, Reinoso-Barbero F, et al. El tratamiento del dolor en población infantojuvenil en España: datos de una encuesta sobre los programas especializados existentes. *Revista Española de Salud Pública* [Internet]. 2019 [citado 10 de mayo de 2022]; 93. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1135-57272019000100039&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272019000100039&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
23. Murillo AZ. La Figura Del Paciente Activo En Patologías Crónicas, El Presente Y El Futuro De La Asistencia Sanitaria. *Endocrinol Diabetes Nutr*. 1 de noviembre de 2019; 66(9):531-3.
24. Niebla R. Carme Valls: «Despreciar en la consulta el dolor de una paciente es violencia de género» | Feminismo [Internet]. *S Moda EL PAÍS*. 2020 [citado 10 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://smoda.elpais.com/feminismo/carme-valls-mujeres-invisibles-para-la-medicina-capitan-swing/>
25. Ojeda B, Salazar A, Dueñas M, Failde I. El deterioro cognitivo: un factor a tener en cuenta en la evaluación e intervención de pacientes con dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. Octubre de 2011; 18(5):291-6.
26. Pedrero-Pérez EJ, Morales-Alonso S, Álvarez-Crespo B, Benítez-Robredo MT. Consumo de fármacos opiáceos en la ciudad de Madrid: Factores sanitarios y sociodemográficos asociados. *Adicciones*. 6 de febrero de 2020a; 33(3):235-44.
27. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Healthcare Improvement Scotland. Management of chronic pain: a national clinical guideline. 2013.
28. Silva MCL, Ap M, Rouco ML. Manejo Del Dolor Agudo En Atención Primaria. :38.
29. Terraza Núñez R, Vargas Lorenzo I, Vázquez Navarrete ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gaceta Sanitaria*. Diciembre de 2006; 20(6):485-95.
30. Vallejo MA. Tratamiento Psicológico Del Dolor Crónico. 2005;(84):18.
31. Verghese ST, Hannallah RS. Acute pain management in children. *J Pain Res*. 15 de julio de 2010; 3:105-23.
32. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Improving outcomes in chronic illness. *Manag Care Q*. 1996; 4(2):12-25.
33. Zeeh J, Platt D. The aging liver: structural and functional changes and their consequences for drug treatment in old age. *Gerontology*. junio de 2002; 48(3):121-7.
34. WHO Guidelines on the Pharmacological Treatment of Persisting Pain in Children with Medical Illnesses [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2012 [citado 10 de mayo de 2022]. (WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK138354/>
35. RECOMENDACIONES CEVIHP/SE#8DB77. 2015; 108.

36. CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain — United States, 2016. MMWR Recomm Rep [Internet]. 2016 [citado 28 de abril de 2022]; 65. Disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/rr/rr6501e1.htm>
37. Aprender a “alejarse del dolor”. Entrevista a Antoni Castel, coordinador del GTSED de Psicología y Dolor [Internet]. Sociedad Española del Dolor. 2017a [citado 10 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.sedolor.es/aprender-alejar-dolor-la-agencia-efe-entrevista-antoni-castel-coordinador-del-gtsed-psicologia-dolor-motivo-la-celebracion-primera-jornada/>
38. Memorias e Informes del Servicio Madrileño de Salud [Internet]. Comunidad de Madrid. 2017b [citado 10 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/memorias-e-informes-servicio-madrileno-salud>
39. Contra la brecha de género en el tratamiento del dolor crónico [Internet]. EFE Salud. 2019a [citado 10 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://efesalud.com/brecha-genero-tratamiento-dolor-cronico/>
40. Expertos en dolor hacen un llamamiento a favor de las personas vulnerables [Internet]. Sociedad Española del Dolor. 2019b [citado 10 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.sedolor.es/expertos-en-dolor-hacen-un-llamamiento-a-favor-de-las-personas-vulnerables/>
41. Hombres y mujeres no responden de la misma manera al tratamiento contra el dolor crónico ni lo perciben igual [Internet]. Sociedad Española del Dolor. 2019c [citado 10 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.sedolor.es/hombres-y-mujeres-no-responden-de-la-misma-manera-al-tratamiento-contra-el-dolor-cronico-ni-lo-perciben-igual/>
42. III Jornada del GTSED de Psicología: Más de la mitad de los pacientes con dolor crónico presentan niveles de depresión moderados o severos [Internet]. Sociedad Española del Dolor. 2019d [citado 10 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.sedolor.es/iii-jornada-del-gtsed-de-psicologia-mas-de-la-mitad-de-los-pacientes-con-dolor-cronico-presentan-niveles-de-depresion-moderados-o-severos/>
43. Solo el 18% de las Unidades del Dolor españolas cubren toda la cartera de servicios necesaria para aliviar el dolor más complejo, que padece el 7% de la población [Internet]. Sociedad Española del Dolor. 2019e [citado 10 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.sedolor.es/solo-el-18-de-las-unidades-del-dolor-espanolas-cubren-toda-la-cartera-de-servicios-necesaria-para-aliviar-el-dolor-mas-complejo-que-padece-el-7-de-la-poblacion/>
44. Investigación y mayor formación específica, las grandes asignaturas pendientes de las unidades de dolor infantil en España [Internet]. Sociedad Española del Dolor. 2020a [citado 10 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.sedolor.es/investigacion-y-mayor-formacion-especifica-las-grandes-asignaturas-pendientes-de-las-unidades-de-dolor-infantil-en-espana-83a/>
45. Jornada Virtual Dolor 2020 | Escuela Andaluza de Salud Pública [Internet]. 2020b [citado 28 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.easp.es/project/jornada-dolor-2020/>
46. Dolor crónico y género: la influencia del sexo en los tratamientos médicos [Internet]. ElHuffPost. 2021a [citado 10 de mayo de 2022]. Disponible en: [https://www.huffpost.es/entry/dolor-cronico-genero-influencia-sexo-tratamientos-medicos\\_es\\_61607922e4b019644424bcf2](https://www.huffpost.es/entry/dolor-cronico-genero-influencia-sexo-tratamientos-medicos_es_61607922e4b019644424bcf2)
47. ¡El estudio del dolor infantil está de enhorabuena! [Internet]. Sociedad Española del Dolor. 2021b [citado 10 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.sedolor.es/el-estudio-del-dolor-infantil-esta-de-enhorabuena/>
48. Catálogo de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud (SNS) archivo [Internet]. GuíaSalud. [citado 10 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/gpc/>

49. Chronic Pain [Internet]. EIT Health. [Citado 10 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://eithealth.eu/product-service/eqsa/>
50. Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain. Chronic pain. :37.
51. Complejidad de la evaluación del dolor: La adaptación de nuevos instrumentos siguiendo las recomendaciones IMMPACT. Dr. Fco. Javier Cano, Universidad de Sevilla [Internet]. Sociedad Española del Dolor. [Citado 10 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.sedolor.es/download/complejidad-la-evaluacion-del-dolor-la-adaptacion-nuevos-instrumentos-siguiendo-las-recomendaciones-immpect/>
52. Cuidados paliativos y dolor - navarra.es [Internet]. [Citado 10 de mayo de 2022]. Disponible en: [http://www.navarra.es/home\\_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+Modelo+asistencial/Plan+Salud+Navarra/Plan+de+Salud+de+Navarra+2014-2020+Ciudadania/Estrategias+y+Programas/Cuidados+paliativos/](http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+Modelo+asistencial/Plan+Salud+Navarra/Plan+de+Salud+de+Navarra+2014-2020+Ciudadania/Estrategias+y+Programas/Cuidados+paliativos/)
53. Cursos de Verano UCM Sostenibilidad económica del abordaje del dolor crónico [Internet]. Sociedad Española del Dolor. [Citado 10 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.sedolor.es/evento/cursos-de-verano-ucm-sostenibilidad-economica-del-abordaje-del-dolor-cronico/>
54. Desirable Characteristics of National Pain Strategies [Internet]. International Association for the Study of Pain (IASP). [Citado 10 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.iasp-pain.org/advocacy/iasp-statements/desirable-characteristics-of-national-pain-strategies/>
55. Diario de Sesiones 29/2020, de fecha 11/3/2020 - Punto 5 - Parlamento de Canarias [Internet]. [Citado 28 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.parcn.es/pub/ds.py/2020/29/5/>
56. Dolor desde una perspectiva de género [Internet]. Blogs Quirónsalud. [Citado 10 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.quironsalud.es/blogs/es/doloralia/dolor-perspectiva-genero>
57. Dolor crónico en el anciano. [Citado 10 de mayo de 2022] Disponible en: <https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion%20de%20Calidad%20SEGG/Residencias/GBPCG%20DOLOR%20CRONICO.pdf>
58. EIT Health | Promoting innovation in health [Internet]. EIT Health. [Citado 10 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://eithealth.eu/>
59. El dolor como experiencia bio-psico-social: Fundamentos del abordaje interdisciplinar. Milena Gobbo, coordinadora del Grupo de Dolor del COP Madrid [Internet]. Sociedad Española del Dolor. [Citado 10 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.sedolor.es/download/dolor-experiencia-bio-psico-social-fundamentos-del-abordaje-interdisciplinar/>
60. Encuesta Europea de salud en España 2020 [Internet]. Disponible en: <https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?type=pcaxis&path=/t15/p420/a2019/p01/&file=pcaxis>
61. Endwomenspain.org [Internet]. [Citado 10 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://www.endwomenspain.org/>
62. IASP Announces Revised Definition of Pain [Internet]. International Association for the Study of Pain (IASP). [Citado 10 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>
63. International Association for the Study of Pain | IASP [Internet]. International Association for the Study of Pain (IASP). [Citado 10 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.iasp-pain.org/>
64. Las comunidades autónomas abordan estrategias comunes para la mejora del dolor | Solidaridad Digital [Internet]. [Citado 28 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.solidaridaddigital.es/noticias/nacional/las-comunidades-autonomas-abordan-estrategias-comunes-para-la-mejora-del-dolor>

65. Ley 11/2017, de 22 de diciembre, de Buen Gobierno y Profesionalización de la Gestión de los Centros y Organizaciones Sanitarias del Servicio Madrileño de Salud. :17.
66. Little NIRVANA [Internet]. EIT Health. [Citado 10 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://eithealth.eu/product-service/little-nirvana/>
67. Ministerio de Sanidad - Organización Institucional - Buenas Prácticas en Abordaje de la Cronicidad en el SNS (Abordaje del Dolor Crónico). Año 2017 [Internet]. [citado 10 de mayo de 2022]. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/BBPP\\_DOLOR\\_2017.htm](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/BBPP_DOLOR_2017.htm)
68. Overview | Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain | Guidance | NICE [Internet]. NICE; [citado 10 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng193>
69. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. Informe de Evaluación Final.
70. Resultado encuesta pacientes dolor crónico Covid-19 [Internet]. Sociedad Española del Dolor. [Citado 10 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.sedolor.es/download/resultado-encuesta-pacientes-dolor-cronico-covid-19/>
71. Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa «Pain Proposal» [Internet]. [Citado 28 de abril de 2022]. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462014000100003&script=sci\\_abstract](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462014000100003&script=sci_abstract)
72. WHO Guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents [Internet]. [Citado 28 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550390>





