

ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL DOLOR 2017-2020

**CONSEJERÍA SANIDAD
COMUNIDAD DE MADRID**





© Comunidad de Madrid
Edita: D.G. Coordinación de la Atención al Ciudadano
Y Humanización de la Asistencia Sanitaria. Consejería
de Sanidad
Soporte: Archivo electrónico
Año de edición: Julio 2017
Publicado en España – *Published in Spain*

Índice

| | |
|--|----|
| ○ Introducción..... | 2 |
| ○ Análisis de situación | 6 |
| ○ Misión, vision y valores | 25 |
| ○ Enfoque estratégico | 27 |
| ○ Líneas de actuación | 31 |
| ○ Línea estratégica 1: Cultura de la atención al dolor | 32 |
| ○ Línea estratégica 2: Desarrollo organizativo..... | 34 |
| ○ Línea estratégica 3: Estandarización y procesos específicos..... | 36 |
| ○ Línea estratégica 4: Participación del paciente | 38 |
| ○ Línea estratégica 5: Seguridad del paciente..... | 40 |
| ○ Línea estratégica 6: Continuidad y despliegue asistencial | 41 |
| ○ Línea estratégica 7: Formación e investigación..... | 43 |
| ○ Línea estratégica 8: Alianzas y reconocimientos..... | 45 |
| ○ Implantación, evaluación y aprendizaje..... | 47 |

Introducción

El dolor es uno de los motivos de consulta más frecuentes en los Servicios de Salud, con una notable influencia tanto en la salud percibida, cómo en la calidad de vida de los pacientes y con gran repercusión en el ámbito personal, social, económico y laboral¹.

Para la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (1986), la definición de éste es el de una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular presente o potencial, o descrito en términos de dicho daño².

Por tanto, puede tener un importante componente subjetivo y esta podría ser una de las razones de las diferencias que pueden presentar los pacientes al valorar el dolor que experimentan, aun teniendo un origen o causa similar. Por esta razón, también podemos entenderlo como “aquello que el paciente dice que es”³.

La prevalencia del dolor depende del tipo del que se trate y de la cultura en la que se inserte. Según la Encuesta Europea de Salud en España 2014⁴, el 44% de la población de 15 o más años declara haber padecido algún dolor en las últimas 4 semanas y el dolor lumbar (17,34%), el cervical (14,7%) y la cefalea (8,27%) forman parte de los diez problemas de salud que la población adulta refiere como más prevalentes.

Según este estudio, con la edad aumenta la proporción de personas que sufren dolor y la intensidad del mismo, siendo más frecuente la presentación de dolor intenso o extremo en mujeres, más del doble que en hombres en algunos grupos de edad. Los problemas de sueño (42.24%) y de ansiedad (40.62%) son los trastornos de comorbilidad más frecuentes¹

Ya en 1986, la OMS (Organización Mundial de la Salud), publicó una estrategia terapéutica para el control del dolor oncológico, revisada en 1996, basada en cinco pilares fundamentales entre los que está el uso escalonado de los fármacos, conocida como escalera analgésica. Una modificación posterior incorporó la "barandilla" de la escalera, en la que se incorporan medidas no farmacológicas (soporte emocional, comunicación, atención a la familia, tratamiento psicosocial, fisioterapéutico etc.). Posteriormente en 2002, se acuñó el término de “ascensor terapéutico”, más dinámico, con evaluación y medición continua del dolor, que permite una escalada terapéutica más rápida si así se

1 Langley P C, Ruiz-Iban MA, Tornero, De Andres J, González-Escalada JR (2011) The prevalence, correlates and treatment of pain in Spain, Journal of Medical Economics, 14:3, 367-380,

2 Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (International Association for the Study of Pain, IASP) 1986

3 Torres LM. El tratamiento del dolor como un derecho de todos. Rev. Soc. Esp. Dolor.12: 399-400, 2005

4 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2014Tendencias de salud en 30 indicadores. 2014

requiere. Actualmente se plantea como recomendación un tratamiento multimodal en relación al mecanismo etiopatogénico causante del dolor, y proporcional a su intensidad e impacto.

Si nos centramos en los fármacos más utilizados contra el dolor en España son los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y en los últimos años ha crecido el interés por el consumo y el uso adecuado de los opioides que en décadas anteriores (años 1980-1990) tenían una baja utilización, en relación con los países de nuestro entorno.

Sobre los costes directos e indirectos relacionados con el dolor, en nuestro país, no tenemos estudios globales y sólo disponemos de algunos trabajos, si bien, sus resultados sugieren el alto coste que supone. Por ejemplo, se estima que el tratamiento de la artritis reumatoide, en coste de cuidadores en el año 2002, supuso entre 2.000 y 4.500 millones de €uros, o como los pacientes con dolor crónico tienen una pérdida de calidad de vida valorada entre 34.000 y 51.000 millones de euros. Además, el dolor diario severo incrementa las visitas a las consultas y las urgencias, así como las hospitalizaciones⁵.

Por otra parte, existen segmentos de nuestra población que precisan de una atención especial, como por ejemplo el dolor en los niños que también es considerado un problema de salud pública de gran importancia en casi todo el mundo y, aunque existen conocimientos y medios para aliviarlo, es frecuente que se minimice⁶.

Otro de los grupos vulnerables sería la población mayor, en la que de forma incorrecta el dolor es considerado en ocasiones como un síntoma “normal” asociado al propio proceso de envejecimiento y no siempre se le presta suficiente atención, pudiendo ocasionar importantes limitaciones de la funcionalidad que a edades avanzadas puede contribuir al incremento de la dependencia, el empeoramiento de las enfermedades crónicas y el deterioro de la calidad de vida.

Además, y en relación con el abordaje del dolor, existen evidencias de que la atención adecuada al dolor debe ser transversal y multi e interdisciplinar, de tal manera que posibilite un seguimiento del paciente en aquellos procesos asistenciales por los que pasa, e involucre tanto a los pacientes como a los profesionales que participan en ellos⁷.

5 Langley P, Pérez Hernández C, Margarit Ferri C, Ruiz Hidalgo D, Lubián López M (2011). Pain, health related quality of life and healthcare resource utilization in Spain. *Journal of Medical Economics*, 14:5, 628-638

6 Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre el tratamiento farmacológico del dolor persistente en niños con enfermedades médicas. 2012

7 Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Pain assessment and management standards Hospitals. *Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals*.

The official Handbook (CAMH). Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2001.

Sin embargo, a pesar de la reconocida importancia y magnitud y del interés que suscita a nivel científico y social, este problema de salud se considera infravalorado e inadecuadamente tratado⁸. Por este motivo las diferentes organizaciones sanitarias han desarrollado documentos estratégicos para mejorar la atención al dolor. En este sentido, la asociación internacional para el estudio del dolor (IASP) recomienda como aspectos clave para la gestión integral del dolor los siguientes apartados:

- Formación sobre el dolor tanto para profesionales sanitarios, como para población general;
- Coordinación de la atención sanitaria para proporcionar una adecuada asistencia en los tiempos oportunos;
- Establecimiento de programas de mejora de la calidad con estándares de cuidados y accesibilidad;
- Investigación en materia de dolor.

En el caso de nuestro país, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad ha publicado en el año 2014, un documento que proporciona un marco de referencia para garantizar la calidad, equidad y eficiencia de la atención a las personas con dolor en el Sistema Nacional de Salud⁷.

Aunque el documento está dentro del Plan de implementación de la estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, establece un marco para la mejora del abordaje del dolor en el que se encuadran líneas de trabajo orientadas a un abordaje integral del dolor agudo, del dolor crónico oncológico y no oncológico, del dolor peri-operatorio, y del dolor relacionado con procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

A nivel de la Comunidad de Madrid, los centros sanitarios han trabajado en diversos aspectos relacionados con el dolor; por ejemplo, los Hospitales, que cuentan con un mayor número de especialidades, un mayor desarrollado tecnológico y por tanto un mayor grado de especialización tienen constituidas unidades para el tratamiento del dolor. A nivel de Atención Primaria, una de las líneas de trabajo prioritarias actualmente es el abordaje del dolor crónico no oncológico con el desarrollo de los roles de paciente activo y paciente experto, la elaboración de una guía clínica y la implantación de registros electrónicos.

Por todo lo anterior, con el presente documento, la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, establece de manera estructurada la planificación estratégica a seguir en los próximos años, de forma que confluyan organizadamente, las actuaciones necesarias para conseguir una mejor atención de los pacientes con dolor, en todos los ámbitos y procesos asistenciales.

⁸ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2014. Documento Marco para la mejora del abordaje del dolor en el SNS . Plan de Implementación. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS

Análisis de situación

Análisis interno

La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, a través de los centros sanitarios y sus profesionales, ha trabajado históricamente en el alivio del dolor, pero es a partir de 2011 cuando comienzan a definirse actuaciones de tipo estratégico a través de un grupo de trabajo central, con representantes asistenciales y no asistenciales, de atención primaria y hospitalaria, con la intención de mejorar la atención a pacientes con dolor.

Situación de partida en 2011

Según el informe sobre situación del dolor de los pacientes hospitalizados en media y alta complejidad, incluido en el proyecto estado de seguridad de los pacientes hospitalizados en la Comunidad de Madrid de 2011, se observó que el 56,3% de los hospitales del Servicio Madrileño de Salud tenían implantado un protocolo de atención al dolor, por encima del 39,4% de los hospitales del Sistema Nacional de Salud, incluidos en el proyecto Séneca⁹ (Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS) del Ministerio de Sanidad. El registro del dolor en los hospitales oscilaba en torno al 34% y un 64% de los pacientes y la media de 0 a 10 de puntuación del dolor era de 4,32, algo superior en los hospitales del grupo 3 (4,49) y algo inferior en los de grupo 2 (4,20).

Según el informe sobre la situación en el manejo del dolor en los hospitales de la Comunidad de Madrid realizado en 2011 a partir de encuestas a las que contestaron 26 de los 34 hospitales, se relacionaban 13 unidades del dolor, dependientes de los Servicios de anestesia en 9 casos, con una composición en cuanto a profesionales variable, que no se atenía a un patrón específico y con un funcionamiento igualmente variable, dado que no todas trataban dolor agudo y crónico (69% trataban los dos), ni atendían todas a pacientes ambulatorios (también el 69%, aunque no eran coincidentes con las anteriores).

A nivel de atención primaria, el abordaje del dolor se realiza por los profesionales sanitarios de los EAP como parte de la atención clínica habitual. Además la cartera de servicios estandarizada, en el servicio de atención en cuidados paliativos, evalúa el dolor de manera integral. También se trabaja para el reconocimiento del dolor crónico como una entidad con la relevancia suficiente (por sus datos epidemiológicos, de consumo de recursos, impacto en calidad de vida, etc.) como para pasar a suponer una prioridad que permita mejorar tanto la prevención, como el abordaje integral del dolor crónico en todo el SNS

⁹ Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009. Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto Séneca Informe Técnico Diciembre 2008

A partir del año 2006 se ha realizado un esfuerzo formativo en evaluación y tratamiento del dolor en atención primaria, tanto desde el nivel central como desde las direcciones asistenciales/ territoriales.

Igualmente se ha puesto en marcha un protocolo de valoración y seguimiento del dolor crónico no oncológico dentro de la historia clínica electrónica: AP Madrid. Además, la nueva revisión de cartera de servicios para atención primaria incluye la valoración del dolor de manera transversal en servicios de atención a pacientes mayores con fragilidad y deterioro funcional,

Constitución y desarrollo de Comités de atención al dolor de los Hospitales

En el año 2011, a partir del análisis de situación elaborado, se decidió constituir comités de atención al dolor en los hospitales del Servicio Madrileño de Salud que han configurado la estructura base en los hospitales de impulso a la mejora de la atención al dolor de los pacientes hasta el momento.

De esta forma, en el año 2012 se constituyeron como estructuras funcionales en todos los hospitales, partiendo del ejemplo desarrollado por centros que habían impulsado esta iniciativa años atrás como el Hospital de La Paz y el Hospital Infanta Sofía. Para facilitar su constitución se establecieron directrices sobre su composición, objetivos y funciones por parte de la Subdirección General de Calidad. Además del objetivo general de mejorar la atención a los pacientes con dolor se establecieron como objetivos específicos los siguientes:

1. Mejorar la sensibilización de los profesionales sobre la importancia de su contribución activa en el alivio del dolor.
2. Promover la información y formación sobre la atención adecuada al dolor.
3. Impulsar el desarrollo de procesos, estudios, vías clínicas, protocolos y/o guías para disminuir la variabilidad e incrementar la calidad en su abordaje.
4. Establecer una cultura basada en una atención sanitaria libre de dolor.
5. Servir de espacio de recogida, debate y análisis de problemas relacionados con la atención integral al dolor.
6. Identificar, evaluar y priorizar áreas de mejora en la atención al dolor, proponiendo las correspondientes actuaciones correctoras.

En el momento actual, todos los hospitales generales, de apoyo y media estancia (35 centros) tienen constituido un Comité de Atención al Dolor que promueve y lidera la atención integral al paciente con dolor en los hospitales, y desarrolla una línea de coordinación con Atención Primaria.

En el año 2012 formaban parte de los comités 334 profesionales y en el año 2015 el número de profesionales ha sido de 476¹⁰, con una media de 14 profesionales por hospital que realizaron un total de 136 reuniones, una media de 4 reuniones al año.

Están formados por representantes del equipo directivo, de la unidad de calidad, de continuidad asistencial y de las áreas asistenciales clásicamente relacionadas con el dolor (anestesiología, cirugía, oncología, paliativos...). En la actualidad su composición es muy variada y siempre multidisciplinar, además del área de anestesiología que clásicamente se ha dedicado al área de dolor, también forman parte miembros de servicios de cirugía (general, traumatología, ginecología, cirugía plástica, pediátrica...), y de medicina (oncología, paliativos, digestivo, neurología, nefrología, pediatría, rehabilitación, reumatología, geriatría, psiquiatría y psicología entre otros). Otros profesionales de servicios centrales como farmacia o radiología están representados cada vez más en los comités.

En el año 2015, los comités han desarrollado un total de 166 líneas de actuación, siendo tres de ellas obligatorias en todos los hospitales para el cumplimiento de los objetivos institucionales del centro (dolor agudo, dolor crónico y coordinación con la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos sobre seguridad en el tratamiento del dolor), y una cuarta obligatoria en los hospitales generales sobre coordinación con atención primaria. La evaluación del dolor, que se consideró línea de trabajo obligatoria en años previos, en 2015 adquiere un papel principal y se establece como objetivo propio del centro, a través de la implantación de escalas de valoración en al menos un 75% de los servicios o unidades.

Tabla 1. Perfiles profesionales de los componentes de los Comités de Atención al Dolor en 2015

| <i>Perfil profesional</i> | <i>Nº de componentes con perfil (N=456)</i> | <i>% del total de componentes</i> |
|----------------------------|---|-----------------------------------|
| Personal Médico | 267 | 59% |
| Personal de Enfermería | 90 | 20% |
| Directivos | 50 | 11% |
| Unidad de Calidad | 25 | 5% |
| Personal Farmacéutico | 12 | 3% |
| Otros (fisioterapeutas...) | 8 | 2% |

¹⁰ Subdirección General de Calidad Asistencial. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. 2016. Informe interno de comités de atención al dolor 2015.

Incorporación y desarrollo de la línea de Atención al Dolor a las Comisiones Locales de Calidad en Atención Primaria

En Atención Primaria se decidió que el impulso de la mejora de la atención al dolor se incorporase como línea de actuación a las 7 Comisiones Locales de Calidad de las Direcciones Asistenciales (D.A.).

Para favorecer el desarrollo de esta línea, se definieron como objetivos:

- Desarrollar actuaciones vinculadas a la atención al dolor al menos en una reunión trimestral de las Comisiones de Calidad en las que se abordaran aspectos relacionados con la atención al dolor en cada Dirección Asistencial.
- Actuaciones de medición del dolor
- Formación de los profesionales.

En relación con los objetivos marcados, en todas las Comisiones de Calidad de las Direcciones Asistenciales se ha abordado en al menos una reunión el tema de la “Atención al Dolor”. Forman parte de las Comisiones Locales de Calidad más de 50 profesionales, con perfil asistencial directivo y técnico.

En las Comisiones se ha trabajado en varias líneas:

- Se han realizado múltiples actividades formativas: actualización en cuidados paliativos para Equipos de Soporte de Atención Paliativa Domiciliaria (ESAPD), talleres de dolor, actualización en el tratamiento del dolor crónico no oncológico, fisioterapia invasiva, sesiones clínicas con profesionales de Unidad del Dolor y sesiones Equipos de Atención Primaria-ESAPD....
- Se han organizado Jornadas relacionadas con el dolor: segunda Jornada Multidisciplinar de Dolor Infantil, Jornadas de Continuidad Asistencial con el manejo del dolor crónico como tema central)
- Se ha creado la figura del médico referente del dolor dentro de los centros de salud, como profesionales especialmente formados en atención al dolor

Además, a través de la colaboración Atención Primaria-Atención Hospitalaria en algunos de los Comités de Atención al Dolor también se ha trabajado en varias líneas:

- Se ha realizado una guía farmacológica del dolor consensuada.
- Se han elaborado criterios de derivación y de valoración compartida de pacientes con dolor crónico
- Se ha elaborado un circuito de coordinación en materia de dolor crónico no oncológico mediante el especialista consultor.

Desde Atención primaria, por sus características de trabajo, como un equipo multidisciplinar (médico, enfermera, fisioterapeuta, trabajador social, etc.) y su papel de puerta de entrada al SNS, se está trabajando en una atención al Dolor centrada en el paciente y basada en el modelo bio-psico-social lo que obliga a abordar no solo los aspectos relativos a la enfermedad orgánica , sino también a abordar el alto impacto del dolor tanto sobre la persona como su familia y el grado de pérdida de las actividades personales y laborales, sin olvidar el aumento de la demanda de los servicios sanitarios (consultas, pruebas complementarias, consumo de fármacos, procedimientos intervencionistas, procedimientos quirúrgicos, etc.).

Objetivos institucionales de atención al dolor

Con objeto de hacer factible el compromiso por la mejora de la atención al dolor asumido estratégicamente por la organización desde el año 2011, se incorporan a los objetivos institucionales tanto de hospitales, como de atención primaria y del SUMMA 112, indicadores propios, dentro del área de calidad y seguridad del paciente.

En la tabla 2 se representa la evolución de los objetivos institucionales relacionados con el dolor desde el primero en 2011 hasta los actualmente en desarrollo. De forma paralela, en la tabla 3 se muestran los resultados en cuanto al cumplimiento de las metas establecidas en los objetivos de la tabla 2 correspondientes.

Estrategia de Atención al Dolor 2017-2020

Tablas 2 y 3. Evolución de indicadores de Objetivos institucionales de dolor en los Hospitales entre 2011 y 2016 y sus correspondientes resultados.

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|-------------|---|--|--|--|---|--|
| INDICADORES | | Protocolo de dolor en SP | Protocolo de dolor en SP | | | |
| | Escalas valoración dolor. Implantación en al menos 2 servicios | | | | Escalas valoración dolor. Implantación en el 75% de los servicios o unidades | Escalas valoración dolor. Implantación en el 80% de los servicios o unidades |
| | | Constitución Comité. | 5 Líneas actuación 3 obligatorias: evaluación, agudo y crónico | 5 Líneas y 3 en apoyo y ME. Obligatorias: evaluación, agudo, crónico y coordinación con AP | 5 Líneas y 3 en apoyo y ME. Obligatorias: agudo, crónico, coordinación con AP y coordinación con UFGR | 5 Líneas y 3 en apoyo y ME. Obligatorias: agudo y crónico actualización de protocolos, coordinación con AP y coordinación con UFGR, obligatoria inclusión de formación en dolor en planes de acogida |
| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
| RESULTADOS | | 28 centros de 35 protocolos implantados | Todos los centros | | | |
| | 97% centros cumplen la meta. 31% 2 servicios. 22% más de 10 servicios | | | | 32 de los 35 hospitales tienen implantadas escalas en 75% o más de unidades | En desarrollo |
| | | 94% de los hospitales Sobre todo cumplen EVA y agudo | 165 líneas 83% cumplen Sobre todo cumplen EVA y agudo | 158 líneas 76% cumplen dolor. Todos la línea de dolor agudo seguido de EVA y crónicos. | 166 líneas de actuación 91% cumplen todas las líneas | En desarrollo |

SP: Seguridad del paciente ME: Hospitales de Media Estancia UFGR: Unidad Funcional de Gestión de Riesgos



Estrategia de Atención al Dolor 2017-2020

Tablas 4 y 5. Evolución de indicadores de Objetivos institucionales de dolor en atención primaria entre 2013 y 2016 y sus correspondientes resultados.

| | 2013 | 2014 | 2015* | 2016 |
|--|--|---|--|---|
| I N D I C A D O R | Comités Atención al Dolor por Dirección Asistencial | Reuniones de las Comisiones de Calidad en las que se aborde Atención al Dolor por Dirección Asistencial | Reuniones de las Comisiones de Calidad en las que se aborde Atención al Dolor por Dirección Asistencial | Reuniones <i>trimestrales</i> de las Comisiones de Calidad en las que se aborde Atención al Dolor por Dirección Asistencial |
| | Medición del dolor | Medición del dolor | Medición del dolor | Medición del dolor |
| R E S U L T A D O S | Formación de profesionales | Formación de profesionales | Formación de profesionales | Formación de profesionales |
| | No se constituyeron Comités de Atención al Dolor en las DA | Reuniones en todas las comisiones de calidad específicas de las DAs sobre dolor. | Reuniones en todas las comisiones de calidad específicas de las DAs sobre dolor. | - |
| E S T A D O | Se elabora Protocolo informático integrado en la historia clínica para el abordaje y seguimiento integral del paciente con dolor crónico no oncológico | Se presenta protocolo de dolor crónico no oncológico en una DA | Pilotaje de protocolo informático para dolor crónico no oncológico a lo largo del año. Planificación de su difusión. | - |
| | Formación a 1088 profesionales a través de 1 curso presencial y dos on line dirigidos a enfermería, fisioterapia y medicina | 8 actividades formativas en las que se han formado 127 profesionales en atención al dolor | Actividades formativas acreditadas, (actualización en cuidados paliativos para (ESAPDs), talleres de dolor, actualización en el tratamiento del dolor crónico no oncológico y de fisioterapia invasiva (punción seca) en el manejo del dolor de origen musculoesquelético. | |

*Tres direcciones asistenciales realizan actividades específicas de atención al dolor con informe de resultados (ver informe transiciones asistenciales)

Los objetivos institucionales en calidad y seguridad también incluyen indicadores de atención al dolor en el SUMMA 112 desde 2013, año en el que, como ocurriera con los hospitales, se estableciera el protocolo del dolor como protocolo prioritario de seguridad del paciente, e igualmente con la constitución de un comité de atención al dolor.

Estrategia de Atención al Dolor 2017-2020

Tablas 6 y 7. Evolución de indicadores de Objetivos institucionales de dolor en el SUMMA 112 entre 2013 y 2016 y sus correspondientes resultados.

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|--------------------|--|---|--|---|
| INDICADORES | Protocolo de dolor en SP | | | |
| | Constitución de Comité. | Desarrollo de dos líneas de actuación, siendo una de ellas de formación. | Desarrollo de líneas de actuación Comité de Atención al dolor (al menos 3, siendo una de formación) | Desarrollo de líneas de actuación Comité de Atención al dolor (al menos 3, siendo una de ellas de evaluación del dolor) |
| RESULTADOS | Protocolo elaborado | | | |
| | Comité constituido. Planificación de actuaciones y revisión de protocolos. | formación en atención al dolor y cuidados paliativos en los cursos de acogida | Renovación de la Comisión del dolor Formación sobre actualización farmacológica, y control y transporte de grandes quemados | |
| | | Actualización y difusión de información sobre atención al dolor y evaluación y Difusión de la actividad PAL24 . | Revisión protocolos de sedoanalgesia, y ampulario en coordinación con la Comisión de Farmacia. | |

Línea de prácticas seguras en dolor en la estrategia de seguridad del paciente 2015-2020

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

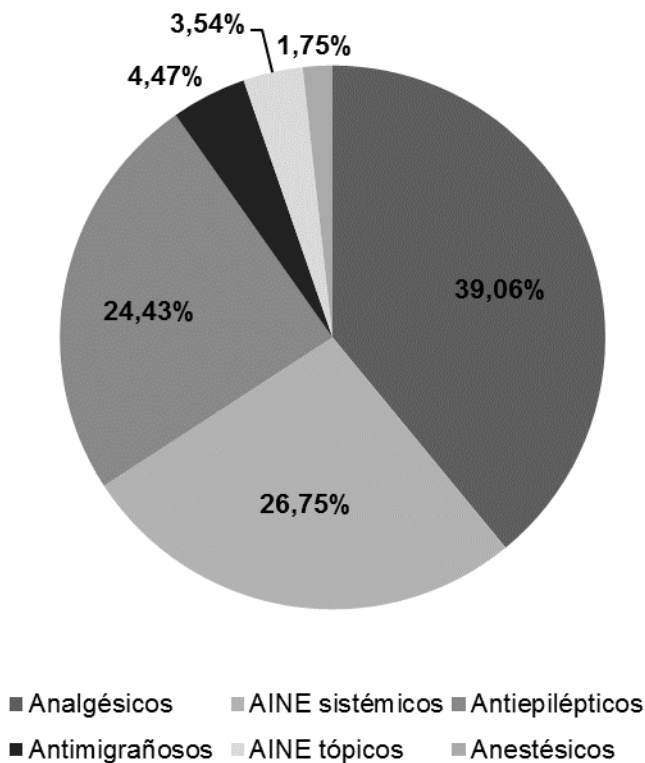
Uso de fármacos para el tratamiento del dolor

Para el tratamiento del dolor, los fármacos más empleados son los AINE (sistémicos y tópicos) y los analgésicos, sin olvidarse de aquellos que tienen indicaciones más específicas como los anestésicos, los antimigrañosos, algunos antiepilépticos o antidepresivos para neuralgias.

Estrategia de Atención al Dolor 2017-2020

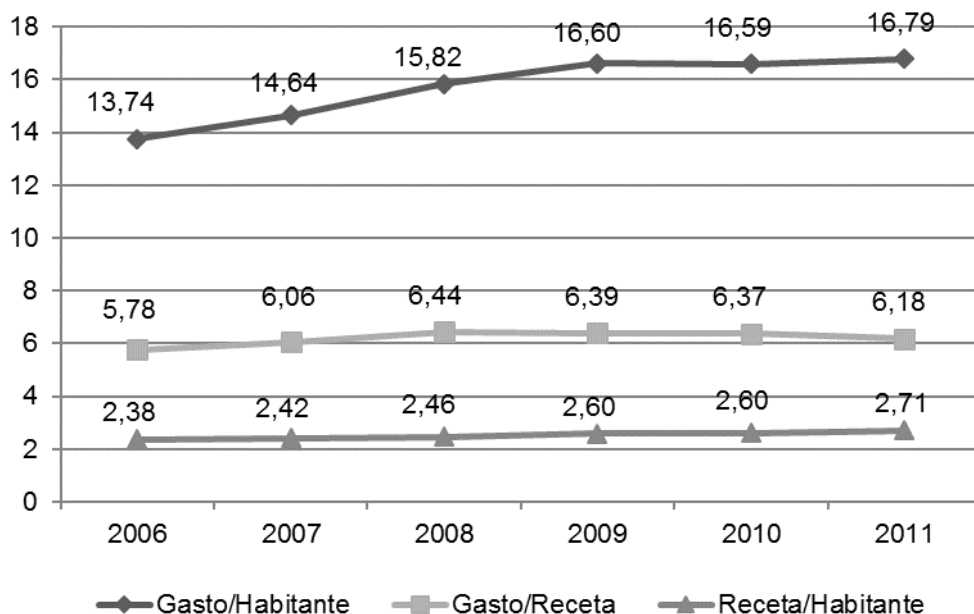
En conjunto, en el año 2011, el gasto en receta en la Comunidad de Madrid para medicamentos utilizados en el tratamiento del dolor fue de 104 millones de euros, lo que supone un 8,45% del gasto total.

Grafico 1. Porcentaje del gasto de cada subgrupo respecto al total (Datos de receta 2011, fuente: farm@drid)



En los últimos años, se observa un incremento del gasto en este grupo de medicamentos, lo cual es debido principalmente a un aumento paulatino del gasto/habitante y de la receta/habitante; sin embargo el gasto/receta ha disminuido desde 2009 por las medidas normativas de contención del gasto farmacéutico, si bien no en la magnitud esperable. Esta moderación del gasto indica que está aumentando la utilización de los medicamentos más costosos.

Grafico 2. Evolución de los indicadores de receta



En resumen, el dolor es un síntoma cuya prevalencia está aumentando desde el punto de vista de utilización de los medicamentos, lo cual tiene importantes repercusiones en el gasto farmacéutico.

Percepción de los pacientes con dolor y relación con la satisfacción.

Para aproximarnos a la experiencia del dolor de los pacientes del Servicio Madrileño de Salud y conocer su valoración sobre la atención recibida, desde el año 2012 se ha incorporado en la encuesta anual de satisfacción que se realiza a los usuarios preguntas relacionadas con el dolor y con la valoración del tratamiento.

Según la última encuesta de 2015, en la que se preguntó a 26.460 usuarios de atención primaria si habían padecido dolor en el último mes, el 35% respondió afirmativamente, con una frecuencia inferior a la referida los dos años previos en torno al 45%. El 18% de los pacientes lo valoraron como intenso (por encima de los que lo valoraron como moderado y leve). La intensidad que más ha descendido respecto a los años previos es en dolor moderado, que ha pasado del 20% al 15%. De los pacientes que referían dolor, un 78% manifestaron haber tenido tratamiento.

Por otra parte, en torno al 49% de los pacientes que habían estado hospitalizados (muestra de 5.511 personas) refirieron dolor durante su estancia, en la línea de lo referido en los estudios de años previos (50%). En cuanto a la intensidad del dolor, estos pacientes valoran el dolor como moderado (23%) y e intenso (22%) en un porcentaje similar.

En cuanto a la satisfacción con el tratamiento, de los pacientes atendidos en AP que referían haber presentado dolor en el último mes, un 67% manifiesta encontrarse satisfecho o muy satisfecho con el tratamiento. En cuanto a la satisfacción en Hospitales, un 88% de los pacientes hospitalizados refieren encontrarse satisfechos o muy satisfechos con el tratamiento pautado. Por tanto, queda un amplio rango de mejora para lograr una mejor calidad percibida en el tratamiento del dolor.

Según los resultados de la encuesta de satisfacción 2015, podemos relacionar de forma significativa la existencia de dolor en el último mes con el menor grado de satisfacción global en los pacientes de atención primaria y la recomendación del centro de salud, la proporción de pacientes satisfechos o muy satisfechos entre los que refieren dolor en el último mes, resulta inferior (87,6%) a la proporción de los satisfechos y muy satisfechos en los pacientes que no refieren dolor (90,1%).

En la misma línea, la proporción de pacientes que recomendarían su centro de salud entre los que refieren dolor en el último mes resulta inferior (94,5%) a la de los que no lo han padecido (95,6%) y esa diferencia es significativa.

Así mismo, los pacientes con dolor que refieren haber recibido tratamiento se encuentran más satisfechos con una diferencia importante de cinco puntos (88,9% frente al 83%) y recomendarían más el centro de salud que los que no refieren haber sido tratados (94,9% frente al 93,2%).

De manera paralela, según los resultados de la encuesta de satisfacción 2015 en pacientes hospitalizados, podemos relacionar de forma significativa la existencia del dolor durante la hospitalización con el menor grado de satisfacción global en los pacientes y la menor recomendación del servicio de hospitalización, la proporción de pacientes satisfechos o muy satisfechos entre los que refieren dolor durante la hospitalización, resulta inferior, (89,8%) a la proporción de los satisfechos y muy satisfechos en los pacientes que no refieren dolor (92,7%).

En la misma línea, la proporción de pacientes que recomendarían el servicio en el que fue hospitalizado entre los que refieren dolor en el último mes resulta inferior (94,6%) a la de los que no lo han padecido (95,9%) y esa diferencia es significativa. Así mismo, los pacientes con dolor que refieren haber recibido tratamiento se encuentran más satisfechos con una diferencia importante de tres puntos (94,8% frente al 91,8%) y recomendarían más el servicio de hospitalización que los que no refieren haber sido tratados (94,8% frente al 91,8%).

Valoración de aspectos a mejorar

En enero de 2016 se realizó una jornada de trabajo con profesionales miembros de los comités de atención al dolor, con el fin de profundizar en el análisis de situación y mejora de la atención al dolor de los pacientes del Servicio Madrileño de Salud. Asistieron 36 personas de 31 hospitales diferentes, (de hospitales generales de baja, media y alta complejidad, de los hospitales de apoyo, de media estancia y de psiquiatría), la mayoría de ellos profesionales asistenciales (28) directivos del área médica y de continuidad asistencial de los hospitales, vinculados a la mejora del dolor a través de los comités.

Se trabajó en dinámicas grupales, con una primera reflexión individual y priorización en plenaria. Se plantearon dos objetivos que orientaron las dos dinámicas de los grupos de trabajo. El primero de identificar los aspectos a mejorar en la atención al dolor y el segundo de proponer soluciones para la mejora de la atención al dolor.

En la tabla 7 se muestran las áreas de mejora identificadas y priorizadas por los profesionales participantes. Como se puede observar, los elementos que más preocupan a los profesionales en relación a la mejora de la gestión del dolor son aquellos que se relacionan con la falta de formación tanto del personal sanitario como de los pacientes y cuidadores/familiares, la falta de sensibilización entre los profesionales, la falta de continuidad asistencial fruto de la actual coordinación/comunicación entre profesionales y el abordaje de la gestión del dolor en pacientes con necesidades especiales como son los pacientes pediátricos, los de edad avanzada, los psiquiátricos, u otros.

Estrategia de Atención al Dolor 2017-2020

Tabla 8. Áreas de mejora identificadas y priorizadas por los participantes en los grupos de trabajo

| Orden de priorización | Aportación |
|-----------------------|--|
| 1 | Falta de formación en dolor tanto para profesionales como para pacientes y familiares |
| 2 | Falta de continuidad asistencial entre AP y AE y poca coordinación/comunicación entre profesionales (intra e inter-centros). |
| 3 | Es necesaria una mayor sensibilización de los profesionales respecto al dolor |
| 4 | Problemas en la atención a pacientes especiales: pediátricos, edad avanzada, psiquiátricos, otros. |
| 5 | Deficiencia de los registros de las actuaciones realizadas con los pacientes. |
| 6 | Falta de protocolos o incumplimiento de los existentes. |
| 7 | Heterogeneidad de la evaluación del dolor. |
| 8 | Deficiencia de una estructura definida de las U. Dolor: criterios de inclusión/alta y cartera servicios. |
| 9 | No se tiene en cuenta la vertiente psicológica en la atención al dolor. |
| 10 | Falta de gestión del conocimiento en atención al dolor. |

En la tabla 8 se muestran las propuestas de mejora presentadas y priorizadas por los grupos de trabajo. Como se observa, destaca la sinergia con las áreas de mejora detectadas, siendo el punto más apoyado la formación y sensibilización de los profesionales implicados en el manejo del dolor.

Por otro lado, se apoyan en gran medida en el aprovechamiento de las posibilidades de las tecnologías de la información y la comunicación, especialmente como vehículo de gestionar y compartir la información entre agentes. De un modo parecido, la elaboración consensuada de protocolos entre los profesionales y el planificador, así como su implantación se considera un elemento clave para superar las limitaciones actuales.

Tabla 9. Propuestas de mejora en la atención al dolor priorizadas en los grupos de trabajo

| Orden de priorización | Aportación |
|-----------------------|--|
| 1 | Formación estructurada y efectiva para profesionales, pacientes y familiares/cuidadores |
| 2 | Mejorar la gestión de la información sobre el dolor y compartirla entre profesionales incorporando herramientas y tecnologías al efecto. Consultas no presenciales |
| 3 | Implantación de protocolos consensuados entre los profesionales y la Consejería. Difusión y medición de esta implantación |
| 4 | Incentivar el cumplimiento de los protocolos y de los estándares de calidad ya existentes |
| 5 | Optimizar las estructuras de atención al dolor. Cartera de servicios |
| 6 | Creación de la figura del “experto en dolor” en cada centro de salud que esté también presente en la U. Dolor que le corresponda |
| 7 | Llevar a cabo acciones para sensibilizar a los profesionales sobre una atención al dolor adecuada |
| 8 | Elaborar un plan regional de dolor en el que se tenga en cuenta una acreditación del “experto en dolor” y una sectorización de la población |
| 9 | Creación de un Observatorio regional de dolor |
| 10 | Creación de una guía clínica para el manejo de pacientes con dolor crónico consensuada entre AP y AE |

Formación y difusión de la información

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, de acuerdo a los planes de formación continuada. Como ejemplo, en 2015, se formaron más de 3100 personas en diferentes actividades docentes con un total de 596 horas lectivas.

Al menos tres cuartas partes de los cursos formaban parte de los planes formativos propios de cada hospital y los restantes se organizaron mayoritariamente por la gerencia de atención primaria y, en menor medida, por otras direcciones generales del Servicio Madrileño de Salud. En la mayor parte de las ocasiones, los cursos eran multidisciplinares y se dirigían a profesionales de medicina, enfermería,

Estrategia de Atención al Dolor 2017-2020

fisioterapia, odonto-estomatología y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.

Un estudio reciente desarrollado por la Sociedad Madrileña de Atención al dolor¹¹, con respuesta de 16 unidades de dolor de hospitales del Servicio Madrileño de Salud revela que la mayoría tienen un grado de complejidad de tipo II, (según la categorización del Ministerio¹² en cuatro niveles), y que muchas son multidisciplinares en cuanto a participación de profesionales de varios departamentos.

Cómo resumen podemos decir que la atención al dolor es un objetivo institucional, que organizativamente está basada en los comités de atención al dolor. A nivel asistencial, en la actualidad no se dispone de un registro de unidades de tratamiento del dolor de los hospitales.

¹¹ Sociedad Madrileña del dolor. 2016. Acciones estratégicas dirigidas al paciente con dolor Crónico en la Comunidad Autónoma de Madrid
¹² Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2011. Unidad de Tratamiento del Dolor. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad

Análisis externo

Para realizar el análisis externo vamos a diferenciar las actuaciones realizadas en nuestro país (ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y las diferentes Comunidades Autónomas) y las desarrolladas a nivel europeo.

En este último caso, y a nivel europeo, podemos encontrar iniciativas a nivel de los diferentes países y algunas iniciativas globales como el proyecto multidisciplinar denominado "Impacto Social del Dolor" (SIP-Societal Impact of Pain) creado en 2010 que tiene el objetivo de concienciar acerca de la relevancia del impacto que el dolor tiene en nuestra sociedad y en los sistemas sanitarios y económicos, en la que participa la Federación Europea de Delegaciones de la IASP (EFIC)

Entre las dimensiones en las que demandan trabajar a los Estados Europeos, a través de su hoja de ruta destacan las siguientes:

- Reconocimiento del dolor como un factor importante que limita la calidad de vida.
- Disponibilidad de información y acceso al diagnóstico del dolor y su abordaje.
- Mayor conciencia de las repercusiones médicas, económicas y sociales que tiene el dolor y su abordaje.
- Mayor sensibilización sobre la importancia de la prevención, el diagnóstico y el abordaje del dolor.
- Llevar a cabo investigación en dolor.
- Establecimiento de una plataforma de la Unión Europea para el intercambio y la evaluación comparativa de las mejores prácticas.

En cuanto al desarrollo de estrategias específicas de abordaje del dolor en la Unión Europea, existen pocos países, además del nuestro, en los que encontramos experiencias: Dinamarca, Alemania, Portugal e Italia (SIP 2016).

Como ejemplos de estas actuaciones podemos citar el Decreto Ministerial de 26 de Marzo de 2001, en el que se aprobó el "Plan Nacional de lucha contra el Dolor" que evolucionó en 2008 al "Programa Nacional Control del Dolor" en Portugal o la Ley 38 de 2010, del 15 de Marzo, "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", publicada el 19 de Marzo de 2010 en Italia.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha publicado en 2014 un documento que establece un marco de referencia para mejorar la atención a las personas con dolor en el Sistema Nacional de Salud⁷, estando incluido en la estrategia de enfermedades crónicas, si bien también se incluyen actuaciones sobre el dolor agudo.

En el documento Marco se establecen cuatro líneas de trabajo para impulsar la mejora de la atención al dolor de los pacientes en los sistemas de salud:

- En la línea 1, centra el dolor como elemento prioritario y transversal en el marco de las estrategias y políticas de salud del SNS. En esta línea trata de establecer un marco de las estrategias y políticas, impulsar la participación ciudadana y la capacitación del paciente, disminuir las desigualdades en salud y promover la formación e investigación
- En la línea 2, orientada a la prevención y atención sanitaria basada en la evidencia científica, trata de mejorarse la prevención, impulsar la valoración y proporcionar una atención sanitaria integral centrada en el paciente
- En la línea 3, sobre tratamiento del dolor, se promueve una atención sanitaria segura y adecuada en el uso de las medidas terapéuticas para aliviar el dolor
- Finalmente, en la línea 4 de coordinación y continuidad asistencial, trata de promover la comunicación y transferencia de información en las transiciones asistenciales y la coordinación entre profesionales y entre ámbitos asistenciales

Comunidades Autónomas

De las diferentes Comunidades Autónomas de nuestro país hemos identificado aquellas que tienen las experiencias más relevantes en la atención al dolor:

Andalucía

La Comunidad andaluza elaboró una estrategia integral de atención al dolor: el Plan Andaluz de Atención a las Personas con Dolor 2010-2013¹³. Los objetivos de este plan abarcan el abordaje integral del dolor, la incorporación transversal de la atención del dolor en el sistema sanitario y la mejora de la calidad de vida de las personas afectadas. Sus seis líneas estratégicas son las siguientes:

1. Incorporar la atención al dolor como un valor ético en el SSPA,

13. Plan Andaluz de Atención a las Personas con Dolor 2010-2013 Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/plan_atencion_dolor-1_0.pdf

Estrategia de Atención al Dolor 2017-2020

2. Establecer una estrategia activa de intervención integral en la persona con dolor, garantizando la coordinación y la continuidad en el SSPA,
3. Garantizar una atención sanitaria de calidad, adecuada a las necesidades de la persona con dolor favoreciendo la accesibilidad y la personalización,
4. Potenciar la participación de la ciudadanía en el manejo del dolor fomentando una cultura y actitud proactiva mediante la información, la comunicación y la participación,
5. Potenciar la transferencia del conocimiento sobre el dolor en todos los profesionales del SSPA implicados en la atención al dolor,
6. Impulsar la investigación e innovación en el manejo efectivo del dolor,

Extremadura

En el análisis de situación del vigente Plan de Salud de Extremadura 2013-2020¹⁴, se describe el programa de atención al dolor desarrollado en los siete años previos, basado especialmente en la formación a los profesionales, la información a los pacientes y la mejor atención al dolor, en sus patrones agudo y crónico.

Además de la coordinación a través del programa regional, la Unidades del Dolor se presentan como centro del eje asistencial, en coordinación con atención primaria, y son responsables de promover las actuaciones formativas, asistenciales y de investigación en torno a la atención al dolor, desarrolladas en el conjunto del sistema.

En el plan actual, se alude a la mejora del dolor en el capítulo de cáncer y de cuidados paliativos, marcando de nuevo el Plan Regional del Dolor como elemento guía de la mejora de la atención al dolor, y como referencia para la evaluación de las actuaciones en este área en el Plan de Salud en vigor.

Galicia

En Galicia se viene implantando desde 2010 la Estrategia de Atención Integral al paciente con Dolor. Se ha constituido una Comisión Gallega del Dolor¹⁵, presidida por el Director de Asistencia Sanitaria del Servicio Gallego de Salud (Sergas), que asesora a la Consejería de Sanidad en lo relacionado al dolor, y es el órgano de referencia para los comités de dolor de centros sanitarios que se han creado. Así mismo, es la encargada de unificar criterios de utilización de recursos, promueve la implantación de procedimientos y guías y su evaluación y propone los indicadores de seguridad y calidad para la atención al dolor, además de las acciones formativas dirigidas a profesionales y a pacientes.

¹⁴ Gobierno de Extremadura 2013. Plan de Salud 2013-2020. Disponible en: http://saludextremadura.gobex.es/c/document_library/get_file%3Fuuid%3Df44d486b-c253-4807-bc37-ade1b464b155%26groupid%3D19231&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ved=0ahUKEwig4fG30srNAhVC2RoKHSIsDUUsQFggUMAA&usg=AFQjCnHGwOcv669xd_HsK54nubQd5WhHTQ

¹⁵ Consellería de Sanidad. 2012. DECRETO 60/2012, de 26 enero, por el que se crea la Comisión Gallega de Estrategia contra el Dolor y se establece su composición, organización y funcionamiento. Disponible en: http://www.xunta.gal/dog/Publicados/2012/20120207/AnuncioC3K1-010212-11726_es.html

Entre las actuaciones en desarrollo¹⁶ está la incorporación del dolor agudo como quinta constante en todos los hospitales, la priorización, sistematización e implantación de los procesos de atención a los diferentes tipos de dolor y el diseño e implantación de indicadores en el cuadro de mandos integral para el seguimiento y evaluación de la efectividad de la estrategia. En la actual Estrategia de Salud 2014 del Sergas, se incorpora la atención al dolor a la gestión de procesos como un valor ético más, dentro del sistema sanitario.

Cataluña

En Cataluña el modelo de atención al dolor crónico se inició en enero del 2009 con la misión de mejorar la atención que se da en los servicios sanitarios a los pacientes que sufren dolor crónico en Cataluña y los siguientes objetivos:

- Mejorar la calidad de vida de las personas que sufren dolor crónico.
- Mejorar la sensibilización y capacitación de los profesionales que intervienen en la atención al dolor crónico (atención primaria, especialistas y hospitales).
- Ofrecer a los pacientes que padecen dolor crónico una atención sanitaria accesible, efectiva, basada en la evidencia, con criterios de equidad, subsidiariedad y sostenibilidad.

El modelo se desarrolla de forma coordinada con el plan director de enfermedades reumáticas y del aparato locomotor y el mapa sanitario. La coordinación con el Plan director se lleva a cabo mediante la participación en la comisión permanente del plan director y en el grupo de trabajo del modelo asistencial.

16 Dominguez N. Estrategia de Atención Integral al Dolor Servicio Gallego de Salud. 2014. Disponible en: <http://www.plataformasindolor.com/cms/cda/file/N.+Dominguez-SERGAS- Estrategia+Dolor.pdf?fileID=197900251&cacheFix=1326105456000& k=09604626a39ffaf5092d44195c8ab764>

Misión, visión y valores

Misión

Proporcionar una asistencia adecuada a todos los pacientes con dolor que son atendidos en los dispositivos sanitarios del Servicio Madrileño de Salud (Madrid SIN Dolor).

Visión

Alcanzar una organización excelente y de referencia en la atención adecuada al dolor, dando respuesta adecuada a las necesidades de todos sus grupos de interés (Ciudadanos, pacientes, profesionales, gestores y la sociedad en general)

Valores

- **Satisfacción del paciente:**

Trabajamos para satisfacer las necesidades de nuestros pacientes, promovemos su participación y nos orientamos a su proceso asistencial.

- **Eficiencia y efectividad:**

Utilizamos de forma responsable nuestros recursos adecuándolos a la necesidad de nuestros pacientes, evitando las actuaciones innecesarias, promoviendo la seguridad clínica y utilizando la mejor evidencia clínica disponible.

- **Organización y trabajo en equipo**

Impulsamos el apoyo, la colaboración y coordinación con y entre profesionales, la colaboración interinstitucional, la implicación de los profesionales de la organización, así como la participación de los agentes de la sociedad y las alianzas con otras organizaciones.

- **Atención integrada, integral y colaborativa:**

Tenemos un enfoque de atención integrada (agentes de salud, servicios sociales...), integral (prevención, promoción, autocuidado, rehabilitación) y colaborativa (equipos multidisciplinares, criterios, objetivos y protocolos compartidos), entendiendo que el objetivo terapéutico debe ser, no solo la disminución del dolor, sino la mejora de la capacidad funcional y la calidad de vida del paciente

- **Continuidad en la asistencia:**

Entendemos la continuidad asistencial intra e inter ámbitos como un elemento clave para poder proporcionar una atención adecuada a nuestros pacientes.

- **Conocimiento e innovación:**

Promocionamos la transmisión del conocimiento, impulsando la generación y difusión de la innovación.

Enfoque estratégico

Cómo hemos señalado en el apartado sobre metodología, con 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. En la siguiente tabla se recogen cada uno de estos apartados:

Tabla 10. Análisis DAFO

| Análisis DAFO. Estrategia de atención al dolor. | |
|--|---|
| FORTALEZAS | <ol style="list-style-type: none">1. El apoyo institucional a través de la implantación de objetivos de atención al dolor con carácter anual.2. La implantación y consolidación de los comités de atención al dolor.3. La infraestructura de unidades de dolor en nuestros hospitales.4. El incremento de la sensibilización sobre la atención al dolor en el ámbito asistencial.5. El portal institucional (Intranet), con un espacio específico sobre atención al dolor.6. La alineación de las actuaciones del Servicio Madrileño de Salud con la estrategia del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.7. El despliegue de la continuidad asistencial como elemento de coordinación entre niveles asistenciales.8. El seguimiento de indicadores y resultados sobre efectividad clínica por centro, y por profesional y paciente en atención primaria. |

| | |
|----------------------|---|
| DEBILIDADES | <ol style="list-style-type: none">1. El despliegue sistemático de una cultura de atención adecuada al dolor en el conjunto de la organización.2. El liderazgo y la concienciación de los directivos y profesionales asistenciales en el desarrollo de la atención al dolor.3. La participación de los pacientes en las actuaciones para la mejora de la atención al dolor.4. El conocimiento y adecuada difusión de las actuaciones desarrolladas en los centros sanitarios por el conjunto de los profesionales asistenciales.5. El despliegue de información sobre prácticas clínicas avaladas por la evidencia científica.6. La aplicación de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) para el impulso de la atención al dolor.7. El cumplimiento efectivo de las recomendaciones sobre uso de algunos fármacos.8. El desarrollo de la formación e investigación sobre atención al dolor en el ámbito asistencial. |
| OPORTUNIDADES | <ol style="list-style-type: none">1. El creciente interés en la atención al dolor como dimensión de la calidad en el ámbito científico técnico y profesional.2. La existencia de un marco para la mejora del abordaje del dolor en el Sistema Nacional de Salud.3. La colaboración con sociedades científicas organizaciones nacionales e internacionales.4. La publicación de la evidencia científica en prácticas clínicas por los organismos de referencia a nivel internacional.5. La financiación de líneas de investigación promovidas por organizaciones públicas y privadas.6. El avance en el campo de la innovación tecnológica y el desarrollo de las tecnologías de la información como la historia clínica electrónica.7. La cultura de transparencia en la difusión y divulgación de resultados.8. La aplicación de recomendaciones sobre la identificación y no realización de intervenciones sanitarias innecesarias, inefectivas o inseguras. |

| | |
|-----------------|---|
| AMENAZAS | <ol style="list-style-type: none">1. Falta de enfoque de mejora de atención al dolor desde organismos financiadores y entidades relevantes en este campo de actuación.2. El impacto de la situación económica en el impulso de la Investigación y Desarrollo (I+D).3. La incorporación imprevista de recursos humanos que requieren formación y capacitación efectiva de los mismos en cortos periodos de tiempo.4. Incremento de la comorbilidad clínica de los pacientes.5. El desarrollo de tecnología e intervenciones sanitarias de complejidad creciente.6. La falta de cultura social en relación al dolor.7. El incremento y la repercusión de eventos adversos relacionados con la atención al dolor.8. El escaso desarrollo de estrategias de atención al dolor en las CCAA. |
|-----------------|---|

Una vez identificados cada de uno de los cuadrantes del análisis DAFO, se elaboró y posteriormente se revisó y refrendó con los integrantes de los diferentes grupos de trabajo 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 Emprender (estrategias ofensivas). Todas ellas se presentan en la siguiente figura:

Tabla 11. Análisis DAFO – CAME

| | | EXTERNO | |
|---------|--|---|---|
| INTERNO | <ol style="list-style-type: none"> 1. El apoyo institucional a través de la implantación de objetivos de atención al dolor con carácter anual. 2. La implantación y consolidación de los comités de atención al dolor. 3. La infraestructura de unidades de dolor en nuestros hospitales. 4. El incremento de la sensibilización sobre la atención al dolor en el ámbito asistencial. 5. El portal corporativo en la intranet, con un espacio específico sobre atención al dolor. 6. La alineación de las actuaciones del Servicio Madrileño de Salud con la estrategia del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 7. El despliegue de la continuidad asistencial como elemento de coordinación entre niveles asistenciales. 8. El seguimiento de indicadores y resultados sobre efectividad clínica por centro, y por profesional y paciente en atención primaria. | <ol style="list-style-type: none"> 1. El creciente interés en la atención al dolor como dimensión de la calidad en el ámbito científico técnico y profesional. 2. La existencia de un marco para la mejora del abordaje del dolor en el Sistema Nacional de Salud. 3. La colaboración con sociedades científicas, organizaciones nacionales e internacionales. 4. La publicación de la evidencia científica en prácticas clínicas por los organismos de referencia a nivel internacional. 5. La financiación de líneas de investigación promovidas por organizaciones públicas y privadas. 6. El avance en el campo de la innovación tecnológica y el desarrollo de las tecnologías de la información como la historia clínica electrónica. 7. La cultura de transparencia en la difusión y divulgación de resultados. 8. La aplicación de recomendaciones sobre la identificación y no realización de intervenciones sanitarias innecesarias, inefectivas o inseguras. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de enfoque de mejora de atención al dolor desde organismos financiadores y entidades relevantes en este campo. 2. El impacto de la situación económica en el impulso de la Investigación y Desarrollo (I+D). 3. La incorporación imprevista de recursos humanos que requieren formación y capacitación efectiva de los mismos en cortos periodos de tiempo. 4. Incremento de la comorbilidad clínica de los pacientes. 5. El desarrollo de tecnología e intervenciones sanitarias de complejidad creciente. 6. La falta de cultura social en relación al dolor. 7. El incremento y la repercusión de eventos adversos relacionados con la atención al dolor. 8. El escaso desarrollo de estrategias de atención al dolor en las CCAA. |
| | | <p>EMPRENDER Estrategias OFENSIVAS</p> <p>Fortalecer el desarrollo organizativo de las actuaciones para mejorar la atención al dolor en nuestros centros</p> <p>Facilitar el despliegue de las actuaciones para mejorar la continuidad asistencial</p> <p>Impulsar las buenas prácticas en atención al dolor</p> | <p>AFRONTAR Estrategias DEFENSIVAS</p> <p>Desplegar la estrategia de seguridad del paciente en las líneas relacionadas con la atención al dolor</p> <p>Desarrollar la atención a procesos específicos (población vulnerable, etc).</p> <p>Potenciar la estandarización de los procedimientos de atención al dolor</p> |
| | | <p>MODIFICAR Estrategias DE REORIENTACIÓN</p> <p>Fortalecer la cultura de institucional de atención adecuada al dolor</p> <p>Incorporar y facilitar la participación de los pacientes</p> <p>Desarrollar el reconocimiento de las unidades y profesionales excelentes en la atención al dolor</p> | <p>CORREGIR Estrategias DE SUPERVIVENCIA</p> <p>Establecer y desarrollar alianzas para mejorar la atención al dolor.</p> <p>Potenciar el conocimiento y capacitación profesional en la atención adecuada al dolor</p> <p>Promover la investigación en las áreas relacionadas con la atención al dolor</p> |
| | | <ol style="list-style-type: none"> 1. El despliegue sistemático de una cultura de atención adecuada al dolor en el conjunto de la organización. 2. El liderazgo y la concienciación de los directivos y profesionales asistenciales en el desarrollo de la atención al dolor. 3. La participación de los pacientes en las actuaciones para la mejora de la atención al dolor. 4. El conocimiento de las actuaciones desarrolladas en los centros sanitarios por el conjunto de los profesionales asistenciales. 5. El despliegue de información sobre prácticas clínicas avaladas por la evidencia científica. 6. La aplicación de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) para el impulso de la atención al dolor. 7. El cumplimiento efectivo de las recomendaciones sobre uso de algunos fármacos. 8. El desarrollo de la formación e investigación en el ámbito asistencial. | |

Una vez desarrollado este análisis y cruzando los diferentes factores identificados, con las distintas estrategias de actuación resultantes, se elaboró una propuesta inicial de Marco Estratégico que se expone en el siguiente apartado.

Líneas de actuación

Para desarrollar de forma operativa estas estrategias, y teniendo como base las cuatro perspectivas modificadas del cuadro de mando integral (en el entorno público las perspectivas financiera y de cliente vienen determinadas por factores reguladores externos, y por ello se ha considerado de más interés utilizar en su lugar otras más relevantes para el funcionamiento de una organización en este entorno) se han establecido ocho líneas de actuación estratégica, agrupadas en cuatro perspectivas (Organización, Agentes/Grupos de interés, Procesos internos y Aprendizaje y desarrollo) según se recoge en la siguiente tabla:

Tabla 12. Perspectivas y líneas estratégicas

| Perspectivas | Líneas Estratégicas |
|----------------------------------|--|
| Organización | LE1. : Cultura de la atención al dolor LE2. : Desarrollo organizativo |
| Agentes/Grupos de interés | LE3.: Estandarización y procesos específicos. LE4. : Participación del paciente |
| Procesos internos | LE5.: Seguridad del paciente LE6.: Continuidad y despliegue asistencial |
| Aprendizaje y desarrollo | LE7.: Formación e investigación LE8.: Alianzas y reconocimientos. |

LÍNEA ESTRATÉGICA 1:

CULTURA DE LA ATENCIÓN AL DOLOR

INTRODUCCIÓN

El término de cultura en una organización se entiende como la combinación de creencias, valores y competencias que comparten sus componentes, y que coloquialmente sería la forma habitual de hacer las cosas.

Para caminar en su desarrollo debemos tener en cuenta la lentitud de los cambios culturales, que necesitan de compromisos y actuaciones mantenidas en el tiempo. Todo ello, con el fin de establecer un entorno de trabajo que facilite y promueva una atención adecuada a los pacientes con dolor.

OBJETIVOS DE LA LÍNEA

Los objetivos de esta línea son:

- Promover una atención sanitaria libre de dolor (Madrid SIN Dolor)
- Mostrar de forma explícita el compromiso de la organización para impulsar y promover la atención adecuada al dolor.
- Desarrollar acciones en todos los niveles de nuestra organización.

ACTUACIONES DE LA LÍNEA

Para poder alcanzar los objetivos establecidos se proponen las siguientes actuaciones:

1. Elaborar material para concienciar y sensibilizar, para gestores, profesionales y pacientes sobre la importancia de la atención adecuada al dolor.
2. Desarrollar actividades y reuniones para desplegar la cultura de atención al dolor.
3. Establecer una política de atención al dolor en la organización.
4. Promover la adhesión de la organización a iniciativas nacionales e internacionales relacionadas con el dolor.
5. Difundir las líneas de actuación a través del desarrollo de un espacio dedicado a la atención al dolor en la Web institucional.
6. Comunicar periódicamente a la organización el desarrollo de la estrategia.

LÍNEA ESTRATÉGICA 2:

DESARROLLO ORGANIZATIVO

INTRODUCCIÓN

La Consejería de Sanidad creó en el año 2012 comités de atención al dolor en sus diferentes gerencias como base de su despliegue organizativo. De forma complementaria, a lo largo de este periodo temporal, se han establecido objetivos institucionales para su despliegue y perfeccionamiento en los diferentes centros sanitarios.

Con este enfoque, cada centro ha ido desarrollando sus actuaciones de forma creciente, si bien el nivel de desarrollo y madurez es heterogéneo. Por esta razón, es necesaria una convergencia basada en un desarrollo organizativo institucional básico que sirva para un progresivo avance hacia la excelencia.

Para hacer más efectiva esta visión integrada de la organización debemos contemplar los niveles macro, meso y micro, estableciendo responsables, objetivos y estructuras de apoyo para potenciar el desarrollo organizativo en relación a la mejora de la atención al dolor.

OBJETIVOS DE LA LÍNEA

Los objetivos de esta línea son:

- Desarrollar nuestra estructura organizativa básica para promover la mejor atención al dolor
- Establecer, desplegar y difundir los diferentes mecanismos y elementos en los diferentes niveles de la organización.

ACTUACIONES DE LA LÍNEA

Para poder alcanzar los objetivos establecidos se proponen las siguientes actuaciones:

1. Constituir una comisión técnica asesora, a nivel institucional, que incluya expertos y representantes organizativos y gestores.
2. Definir una estructura multiprofesional de coordinación y referentes para mejorar la atención al dolor.
3. Consolidar, promover y coordinar el desarrollo de los comités de atención al dolor.
4. Establecer objetivos institucionales de actuación.
5. Desarrollar la monitorización y evaluación del dolor en los distintos niveles asistenciales (quinta constante en hospitales, escalas en primaria, SUMMA 112...).
6. Elaborar indicadores sobre atención al dolor.

LÍNEA ESTRATÉGICA 3:

ESTANDARIZACIÓN Y PROCESOS ESPECÍFICOS

INTRODUCCIÓN

La atención del dolor abordada desde una perspectiva de mejora continua de la calidad es clave para proporcionar una atención centrada en la mejor evidencia posible que estandarice las prácticas clínicas más seguras y efectivas, que realice un seguimiento y valoración sistemático del dolor y que establezca indicadores y estándares que evalúen periódicamente los procesos y resultados, para efectuar actuaciones de mejora en aquellos aspectos que sea necesarios.

Por otra parte, en la atención al dolor debemos tener en cuenta que no todas las poblaciones y pacientes son iguales y que por tanto debemos desarrollar actuaciones específicamente diseñadas para el abordaje del dolor en grupos de población más vulnerable, entendiendo por grupos de población más vulnerables aquellos que precisan un abordaje diferenciado por su complejidad en su evaluación, tratamiento, seguimiento... (p. ej. población infantil, pacientes con necesidades de atención paliativa, pacientes de edad avanzada, drogodependientes, pacientes con situaciones clínicas especiales...)

OBJETIVOS DE LA LÍNEA

Los objetivos de esta línea son:

- Impulsar el desarrollo de la estandarización de procesos para disminuir la variabilidad e incrementar la calidad en su abordaje.
- Establecer actuaciones específicas para grupos de pacientes más vulnerables.

ACTUACIONES DE LA LÍNEA

Para poder alcanzar los objetivos establecidos se proponen las siguientes actuaciones:

1. Identificar los procesos o actuaciones clínicas relevantes en las que se precisa estandarizar las actuaciones clínicas.
2. Elaborar guías / protocolos /vías en atención al dolor agudo y crónico.
3. Elaborar guías / protocolos /vías en la atención paliativa al dolor.
4. Elaborar guías / protocolos /vías sobre la utilización de fármacos en la atención al dolor (ejemplo opioides)
5. Identificar las poblaciones o pacientes especialmente vulnerables.
6. Elaborar guías / protocolos /vías sobre la atención al dolor en población infantil.
7. Elaborar guías / protocolos /vías sobre la atención al dolor en otras poblaciones o pacientes más vulnerables.

LÍNEA ESTRATÉGICA 4:

PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE

INTRODUCCIÓN

La estrategia para mejorar la atención al dolor está centrada en el paciente. Por ello, es esencial que proporcione a los enfermos, a las familias y a los cuidadores las herramientas necesarias para lograr estilos de vida saludables, y dirigir el autocuidado, la formación y el control de la enfermedad y de aquellos síntomas, como el dolor, que pueden afectar a todas las esferas de la persona (física, psicoemocional, social y de valores y creencias).

Asimismo, el Servicio Madrileño de Salud debe evaluar a través de las diferentes fuentes de información de que dispone (encuestas, asociaciones de pacientes, Servicios de Información y Atención al Paciente, grupos focales con pacientes...) cómo consideran los ciudadanos que los servicios sanitarios responden a sus necesidades de prevención y control del dolor. Esta información debe revertir en las actuaciones que se implementen en la estrategia, de modo que esta sea un plan dinámico y que responda continuamente a las necesidades de los ciudadanos.

OBJETIVOS DE LA LÍNEA

Los objetivos de esta línea son:

- Implicar a los pacientes a través de su sensibilización y formación.
- Desarrollar actuaciones para promover su participación bien sea a nivel individual, grupal o a través de asociaciones de pacientes.

ACTUACIONES DE LA LÍNEA

Para poder alcanzar los objetivos establecidos se proponen las siguientes actuaciones:

1. Elaborar información a pacientes/cuidadores sobre prevención y control del dolor
2. Incluir preguntas sobre dolor en las encuestas de satisfacción a los usuarios del Servicio Madrileño de Salud.
3. Crear un banco de preguntas frecuentes y un curso formación básica en Intranet / Internet
4. Establecer alianzas con asociaciones de pacientes.
5. Desarrollar las habilidades necesarias para poder participar en la gestión de su proceso.
6. Identificar áreas de mejora revisando las fuentes de comunicación con los pacientes (por ejemplo reclamaciones y quejas de pacientes relacionadas con control inadecuado del dolor).

LÍNEA ESTRATÉGICA 5:

SEGURIDAD DEL PACIENTE

INTRODUCCIÓN

El dolor se considera un evento adverso en cuanto puede aumentar la comorbilidad y la institucionalización, prolongar la hospitalización, disminuir la calidad de vida de los pacientes, incrementar la morbilidad peri-operatoria y ser un factor de riesgo para desarrollar dolor crónico en el futuro.

También, en la atención del dolor, los tratamientos farmacológicos, las intervenciones y los procedimientos empleados en su tratamiento y control pueden conducir a interacciones y efectos secundarios que den lugar a eventos adversos.

OBJETIVOS DE LA LÍNEA

Los objetivos de esta línea son:

- Coordinar y desplegar la estrategia SP SERMAS 2015-2020
- Establecer actuaciones que mejoren la seguridad de las actuaciones clínicas relacionadas con la atención al dolor

ACTUACIONES DE LA LÍNEA

Para poder alcanzar los objetivos establecidos se proponen las siguientes actuaciones:

1. Identificar los eventos adversos relacionados con el dolor con el fin de prevenirlos, minimizarlos o tratarlos.
2. Potenciar la coordinación con las unidades funcionales de gestión de riesgos sanitarios y comités de seguridad del paciente
3. 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.
4. Promover la inclusión de contenidos de seguridad del paciente en los cursos sobre la atención al dolor.
5. Promover la cumplimentación normalizada y el registro, de informes y tratamientos (principio activo, dosis, pauta y duración) relacionados con la atención al dolor.

LÍNEA ESTRATÉGICA 6:

CONTINUIDAD Y DESPLIEGUE ASISTENCIAL

INTRODUCCIÓN

En el contexto actual, la continuidad asistencial es un elemento clave en cualquier estrategia asistencial. Esta continuidad asistencial es una necesidad que surge en un sistema sanitario fragmentado y busca dar respuesta a las expectativas y necesidades del paciente en el continuo de la atención, a través de la coordinación del trabajo de los profesionales de los diferentes ámbitos.

En este sentido, en el Servicio Madrileño de Salud se ha desarrollado un modelo específico de gestión de la continuidad asistencial que persigue el desarrollo de una atención integral e integrada, percibida por el paciente y su entorno como continua y coherente, gestionada por procesos asistenciales que integran a todos los profesionales implicados, con el paciente en el centro del proceso y añadiendo valor al modelo de atención.

OBJETIVOS DE LA LÍNEA

Los objetivos de esta línea son:

- Promover y desarrollar la coordinación e integración de la atención a los pacientes con dolor entre los diferentes ámbitos de atención.
- Garantizar una adecuada comunicación y transferencia de la información en las transiciones asistenciales de los pacientes con dolor.

ACTUACIONES DE LA LÍNEA

Para poder alcanzar los objetivos establecidos se proponen las siguientes actuaciones:

1. Elaborar un mapa de recursos relacionados con la atención al dolor.
2. Incluir contenidos relacionados con la atención segura del dolor en los planes de acogida a los profesionales de los centros sanitarios.
3. Mejorar la continuidad asistencial en los pacientes con dolor, adecuando los procesos y procedimientos e incorporando las herramientas tecnológicas disponibles (SIS)
4. Incorporar en las rutas y Procesos Asistenciales Integrados los aspectos relacionados con el abordaje del dolor.
5. Definir la información básica para disminuir la variabilidad, mejorar la seguridad y garantizar la continuidad en las transiciones asistenciales de los pacientes con dolor
6. Establecer canales formales y estructurados que faciliten la comunicación y la transferencia de información para mejorar la continuidad asistencial en los pacientes con dolor.
7. Desarrollar criterios de derivación entre niveles asistenciales (Por ejemplo desde atención primaria a las unidades de atención al dolor hospitalarias)

LÍNEA ESTRATÉGICA 7:

FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN

INTRODUCCIÓN

La adecuada gestión y difusión del conocimiento es un aspecto crítico para poder mejorar la atención a nuestros pacientes. Además debe verse complementada por el intercambio de experiencias de implementación de mejoras por diferentes centros en el ámbito del dolor.

En este sentido, en los últimos años, se ha venido trabajando en mejorar la formación de todos los profesionales, siendo un momento adecuado para de afianzar sus conocimientos, utilizando las diferentes tecnologías y metodologías disponibles que incluyen la intranet corporativa.

Por otra parte, también debemos trabajar en un elemento crítico en cualquier organización: la investigación en el campo del dolor, y la consiguiente transformación del conocimiento generado en valor, desarrollando soluciones innovadoras que les ayuden a reaccionar de la forma más efectiva posible ante los problemas existentes

OBJETIVOS DE LA LÍNEA

Los objetivos de esta línea son:

- Promover la información y formación sobre la atención adecuada al dolor
- Mejorar la investigación en la atención al dolor.

ACTUACIONES DE LA LÍNEA

Para poder alcanzar los objetivos establecidos se proponen las siguientes actuaciones:

1. Definir estrategia formativa específica para profesionales (cursos básicos, cursos de perfeccionamiento, etc.) de todos los ámbitos y procesos asistenciales.
 - 1.1. Detección de necesidades de formación de todos los grupos de interés de la estrategia.
 - 1.2. Diseño de actividades de formación adaptadas a la especificidad de cada perfil profesional.
 - 1.3. Utilizar metodologías formativas que faciliten de forma eficiente el acceso a la formación de todos los destinatarios de la estrategia (metodología on-line, formación de formadores, desarrollo de jornadas...).
 - 1.4. Fomentar la colaboración y coordinación entre las unidades implicadas en el proceso de formación.
 - 1.5. Promover periodos de formación y reciclaje de los profesionales sanitarios en los servicios involucrados en el tratamiento integral del dolor.
2. Realizar anualmente eventos científico-técnicos (jornadas, talleres y/o reuniones científicas, etc.).
3. Fomentar investigación (Identificar líderes y grupos investigación, fuentes de investigación, etc.).
4. Promover, coordinar y difundir estudios sobre el dolor en la Comunidad de Madrid.
5. Elaborar estudios sobre aspectos específicos del dolor en la Comunidad de Madrid.

LÍNEA ESTRATÉGICA 8:

ALIANZAS Y RECONOCIMIENTOS

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. En este sentido en los últimos años la Consejería de Sanidad ha participado en los grupos de trabajo desarrollados por el Ministerio de Sanidad, y ha mantenido contactos con Sociedades Científicas del dolor. Además, se ha establecido un convenio con la plataforma sin dolor.

Junto a estas actuaciones, buscando alianzas externas a nuestra organización, es necesario promover las alianzas internas mediante la identificación, difusión y reconocimiento de las buenas prácticas y experiencias desarrolladas por nuestros centros, servicios, unidades y profesionales. Un ejemplo son los modelos de gestión de Hospital sin dolor que pretenden impulsar y promover la atención del dolor de forma integral.

OBJETIVOS DE LA LÍNEA

Los objetivos de esta línea son:

- Desarrollar relaciones con agentes relacionados con la atención al dolor.
- Promover el reconocimiento institucional.

ACTUACIONES DE LA LÍNEA

Para poder alcanzar los objetivos establecidos se proponen las siguientes actuaciones:

1. Establecer alianzas con organizaciones, sociedades y asociaciones interesadas en promover la mejora de la atención al dolor.
2. Identificar buenas prácticas y experiencias en atención al dolor.
3. Crear y desarrollar un banco de consulta de buenas prácticas en atención al dolor.
4. Desarrollar reconocimientos a los centros y actuaciones excelentes en atención al dolor.

Implantación, evaluación y aprendizaje

La estrategia se enmarca dentro de los objetivos y líneas de actuación de la Dirección General de Coordinación de Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria, a través de la Subdirección General de Calidad Asistencial.

Por tanto el liderazgo y coordinación de la actividad recae bajo su compromiso, si bien se dispondrá del apoyo, coordinación y recursos del resto de unidades directivas de la Consejería de Sanidad y del Servicio Madrileño de Salud y de profesionales con experiencia en la atención al dolor para su desarrollo.

Para la evaluación y seguimiento de la estrategia se establecen los siguientes elementos:

I. Elementos de la organización para la implantación

Los elementos de la organización para la implantación son los siguientes:

- Comité operativo
- Responsables de unidades directivas implicadas

II. Elementos de evaluación, seguimiento y aprendizaje

Cómo elementos para realizar la monitorización y aprendizaje se utilizarán los siguientes:

- Indicadores
- Cronograma
- Informes de seguimiento

A continuación se describen los elementos anteriores:

I. Implantación

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

1. Comité Operativo (CO), como estructura funcional de asesoramiento permanente para impulsar la implantación efectiva de las actuaciones, así como la evaluación y

seguimiento de la estrategia.

El CO, incluirá representantes de las unidades responsables de los diferentes objetivos y actuaciones, propuestos por la Dirección General de Coordinación de Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria, que será 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 Coordinación de Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria.
2. Responsables del despliegue de los objetivos por Unidad Directiva, con la función de liderar y coordinarlos con los participantes en el despliegue efectivo de las actividades de la estrategia se establecerán responsables de cada una de sus 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.

II. Evaluación y aprendizaje

El seguimiento de las líneas establecidas se realizará mediante la evaluación anual del cumplimiento de las actuaciones a través de los indicadores que se establecerán para cada una de ellas. 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 los responsables de cada una de las actuaciones establecidas.
2. Cronograma de actuación: se elaborará un cronograma de actuaciones que será revisado de forma anual, a partir de los resultados del seguimiento, con objeto de poder gestionar con mayor eficiencia sus acciones y poder establecer, si se consideran necesario, nuevos objetivos o cambios en la definición y desarrollo de los ya existentes.
3. Informes de seguimiento: los avances de la estrategia se incluirán en los siguientes tipos de informe:
 - Informe anual de seguimiento: que incluirá el nivel de desarrollo de las diferentes actuaciones.
 - Informes específicos de seguimiento: según establezcan los órganos de dirección de la Consejería de Sanidad.



**Comunidad
de Madrid**