

MODELO DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA CON ENFERMEDAD Y DOLOR CRÓNICOS



PLATAFORMA DE ORGANIZACIONES
DE PACIENTES

Edita: Plataforma de Organizaciones de Pacientes
CIF: G-87288627

www.plataformadepacientes.org

Realiza: Nephila Health Partnership, S.L.

Abril, 2021

Índice

1. Introducción y estado de la cuestión	5
1.1. Antecedentes	5
1.1.1. Definición y clasificación del dolor	5
1.1.2. Epidemiología del dolor crónico en España	5
1.1.3. Marco internacional del abordaje del dolor	6
1.1.4. Marco nacional del abordaje del dolor crónico	7
1.2. Justificación	8
1.3. Modelo de Atención Centrada en la Persona	9
1.3.1. El origen de la Atención Centrada en la Persona	9
1.3.2. Aproximación conceptual y características	9
1.3.3. La Atención Centrada en la Persona en el ámbito de la atención sanitaria	12
2. Objetivos	15
2.1. Objetivo general	15
2.2. Objetivos específicos	15
3. Metodología	16
3.1. Comité Asesor	16
3.2. Revisión bibliográfica	17
3.3. Focus groups y entrevistas	17
3.3.1. Objetivos	17
3.3.2. Composición	18
3.3.3. Metodología de trabajo	18
3.4. Taller con expertos/as en planificación sanitaria	20
4. Planes y estrategias para el abordaje del dolor crónico en España	21
5. Abordaje actual de la atención al dolor crónico en España	27
5.1. Circuito asistencial de la persona con dolor crónico	27
5.2. Barreras en el proceso asistencial de las personas con dolor crónico	29
5.2.1. Barreras en el diagnóstico de la enfermedad y el dolor crónicos	29
5.2.2. Barreras en el circuito de derivación de la persona con dolor crónico	30
5.2.3. Barreras en el manejo del dolor crónico	32
5.2.4. Barreras en el manejo del dolor crónico en unidades del dolor	33
5.3. Impacto psicosocial del dolor crónico	34
6. Modelo ideal de Atención Centrada en la Persona con enfermedad y dolor crónicos	37
6.1. Características del proceso asistencial en un modelo de Atención Centrada en la Persona con dolor crónico	37
6.1.1. Circuito asistencial	37
6.1.2. Rol de Atención Primaria	38
6.2. La Unidad del Dolor en un Modelo de Atención Centrado en la Persona	40
6.3. Evaluación del modelo de Atención Centrada en la Persona con dolor crónico	41
6.4. Implementación del modelo de Atención Centrada en la Persona con dolor crónico: propuestas de acción	43
7. Conclusiones y propuestas	46
8. Bibliografía	51
9. Anexos	59
9.1. Actividades para la mejora del abordaje del dolor en el Sistema Nacional de Salud	59
9.2. Composición de los focus group y entrevistas	65
9.3. Índice de figuras y tablas	67



Comité Asesor

M^a José Bueno Domínguez

Vocal de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA).

Pedro Juan Ibor Vidal

Coordinador del Grupo de Trabajo de Dolor de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen).

Carlos Mur de Viu

Vocal de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA).

Concepción Pérez Hernández

Jefa de sección de la Unidad de Dolor Crónico del Hospital Universitario de la Princesa de Madrid y ex miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Española del Dolor (SED).

Juana Sánchez Jiménez

Responsable del Grupo de Trabajo de Dolor y Paliativos de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG).

Francisco Vargas Negrín

Miembro del Grupo de Trabajo de Enfermedades Reumatológicas de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SemFYC).



01. Introducción y estado de la cuestión

1.1. Antecedentes

1.1.1. Definición y clasificación del dolor

Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (*Association for the Study of Pain* –IASP–), el dolor es “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada a una lesión tisular real o potencial”¹ y se clasifica en dolor agudo y crónico. Mientras que el dolor agudo es predominantemente un síntoma o manifestación de lesión tisular, el dolor crónico se considera como una enfermedad en sí misma². Por su parte, el dolor crónico es aquel que presenta una duración mayor de tres meses, lo cual permite que el dolor crónico sea claramente identificable independientemente de otros criterios como la intensidad del dolor, el impacto en la funcionalidad y el distrés relacionado con el dolor³.

En 2019 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió una nueva clasificación internacional del dolor crónico que lo divide en siete grupos: dolor crónico primario, dolor crónico oncológico, dolor crónico postquirúrgico o postraumático, dolor crónico neuropático, orofacial y cefalea, dolor visceral crónico y dolor crónico musculoesquelético. Esta clasificación conlleva el reconocimiento del dolor primario caracterizado por alteración funcional o estrés emocional no explicable por otra causa como una enfermedad en sí misma y su distinción del dolor crónico secundario, que supone un síntoma de una condición clínica subyacente. Asimismo, resulta clave la distinción incorporada entre el grupo de dolor crónico musculoesquelético y el del dolor crónico primario con condiciones como el dolor extendido crónico, la fibromialgia y el dolor crónico musculoesquelético, que se denominaba como “no específico” en clasificaciones previas (como también el dolor crónico pélvico, las cefaleas primarias y el síndrome de colon irritable)³.

1.1.2. Epidemiología del dolor crónico en España

El dolor crónico afecta en España a casi 7 millones de personas mayores de 16 años, esto es al 17% de la población, de las que, el 11% padecería dolor crónico discapacitante, mientras que el 6% tendría dolor crónico no discapacitante. El dolor crónico discapacitante es más prevalente entre las mujeres, incrementándose las diferencias por sexo conforme aumenta la edad⁴.

Entre los principales problemas de salud crónicos que cursan con dolor en el conjunto de la población mayor de 14 años destacan el dolor lumbar (18%), el dolor cervical (16%) y la migraña (11%)⁵. La prevalencia de las patologías asociadas al dolor es superior en la población de mujeres, entre quienes son más comunes la artrosis (24,3%), el dolor lumbar crónico (23,5%) y el dolor cervical crónico (21,5%), mientras que los hombres sufren principalmente dolor de espalda crónico lumbar (15,8%)⁵.



En cuanto al grado de dolor percibido por la población afectada por algún tipo de dolor, el 23% lo sufriría con una intensidad moderada, severa o extrema, siendo esta frecuencia superior en los grupos de edad más avanzados y en la población general de mujeres (especialmente a partir de los 65 años)⁵.

Concretamente, entre el 44% y el 49% de las personas mayores de 74 años habían padecido dolor moderado, severo o extremo en los últimos 15 días, frente al 32% de la población de entre 55 y 64 años (32%)⁵. Por otro lado, el 54% de las mujeres mayores de 74 años vivió con dolor entre moderado y extremo frente a entre el 30 y el 41% de hombres del mismo grupo de edad⁴.

En este contexto, el 54% de la población española mayor de 14 años habría tomado algún tratamiento farmacológico específico para el dolor en las dos últimas semanas (44% hombres y 61% mujeres) y el 5% antirreumáticos (3% hombres y 6% mujeres)⁶.

1.1.3. Marco internacional del abordaje del dolor

Internacionalmente varios organismos, entre los que destaca la OMS, han instado a los países a incluir el dolor entre sus prioridades políticas con la finalidad de que su población reciba la calidad de tratamiento adecuada. Asimismo, la Comisión Conjunta de Acreditaciones de Organizaciones Sanitarias (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* - JCAHO) ha desarrollado estándares para un adecuado manejo del dolor que incluyen la información al paciente, educación de los profesionales sanitarios, evaluación del dolor y protocolos analgésicos².

Por su parte, el organismo internacional que promueve el estudio del dolor es la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor la cual es a su vez el referente en los proyectos de dolor en la OMS.

A nivel europeo, el principal organismo que desarrolla acciones en el contexto del dolor crónico es la Federación Europea de Dolor (*European Pain Federation* - EFIC), que junto con la Alianza Europea del Dolor (*Pain Alliance Europe* -PAE) cuenta desde 2010 con el proyecto "Impacto Social del Dolor" (*Societal Impact of Pain* - SIP), que tiene por objetivo concienciar acerca de la relevancia de su impacto social, sanitario y económico, compartir las mejores prácticas en todos los estados miembros de la Unión Europea y desarrollar estrategias y actividades políticas para mejorar la atención del dolor en Europa⁷.

En España, su marco científico se encuentra bajo la responsabilidad de la Sociedad Española del Dolor (SED), asociación profesional, multidisciplinar y sin ánimo de lucro, cuyas principales funciones son promover trabajos científicos sobre los mecanismos y el tratamiento del dolor, sensibilizar a la sociedad sobre esta problemática, fomentar la mejora de la valoración y la terapia de los pacientes que sufren dolor⁷ mediante la coordinación transversal con otras sociedades científicas que tratan el dolor.



1.1.4. Marco nacional del abordaje del dolor crónico

En España, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSI) publicó en 2014 el “Documento Marco para la mejora del Abordaje del Dolor en el SNS” con el objetivo de constituir un marco de referencia global para garantizar la calidad, equidad y eficiencia de la atención a las personas con dolor en el Sistema Nacional de Salud (SNS), instando a las Comunidades Autónomas (CCAA) a contemplar el abordaje integral del dolor en las estrategias y planes de salud autonómicos, así como a la creación de Comités Técnicos Asesores multidisciplinares autonómicos².

En julio de 2019 el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS) llevó a cabo una evaluación de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS, entre cuyas líneas prioritarias de actuación se encontraba la de continuar con el proyecto de la mejora del abordaje del dolor crónico en el SNS, iniciada en 2014, mediante acciones que facilitaran la implantación de las recomendaciones recogidas en el “Documento marco para la mejora del abordaje del dolor en el SNS”. Concretamente, se proponía avanzar en la formación en dolor en Atención Primaria, en la valoración del dolor y su registro y en el desarrollo de Buenas Prácticas en el SNS⁸.

Igualmente, en lo que se refiere al funcionamiento de las Unidades del Dolor en España, en 2011 este Ministerio puso a disposición de las Administraciones y profesionales sanitarios el documento “Unidad de Tratamiento del Dolor. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad” que, aunque sin carácter normativo, establecía unos requisitos mínimos o estándares para la autorización de la apertura, funcionamiento o acreditación de centros².

Por otro lado, existen otras estrategias de salud de patologías en las que se contemplan aspectos concretos de cada tipo de dolor relacionados con su abordaje, tales como la Estrategia en Cáncer del SNS, la Estrategia en Cuidados Paliativos del SNS y la Estrategia de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas del SNS^{9,10,11}.

En sintonía con las líneas de trabajo para el abordaje del dolor crónico propuestas por el Documento Marco del Ministerio algunas Comunidades Autónomas han puesto en marcha planes autonómicos específicos en dolor, desarrollado experiencias piloto y/o creado comités técnicos a nivel autonómico o en el contexto de organizaciones o áreas sanitarias (información ampliada en el apartado 4, “Planes y estrategias para el abordaje del dolor crónico en España”).



1.2. Justificación

En la actualidad, el abordaje del dolor crónico en España resulta prioritario debido al considerable volumen de población que se encuentra afectada y al impacto que genera en la calidad de vida de quienes lo sufren.

En lo que respecta al desarrollo de las actividades cotidianas, en España un tercio de la población mayor de 14 años (34%) ha sufrido la interferencia del dolor en el desempeño de estas durante las últimas 4 semanas, siendo más frecuente en el grupo de mujeres (al 41% el dolor les afecta en su día a día bastante o mucho, frente al 27% en el caso de los hombres)⁵. A su vez, este impacto es mayor conforme avanza la edad, siendo las personas mayores de 64 años quienes experimentan tales limitaciones en mayor proporción (el 54%)⁵. Entretanto el 19% de las personas entre 15 y 24 años y el 30% de entre 25 y 64 años sufren la interferencia del dolor en su vida diaria⁵.

A menudo las personas que sufren dolor de forma crónica tienen problemas de movilidad y/o limitaciones en su funcionalidad, que interfieren a su vez en su bienestar emocional y en el de sus cuidadores y familiares. Se estima que la mayoría de las personas con dolor crónico (68%), presentan problemas para andar o son incapaces de ello¹².

Las limitaciones en la funcionalidad producida por el dolor conllevan un impacto añadido en el ámbito laboral y educativo de las personas que viven con él. En este sentido, el 70% de las personas que realizan alguna actividad laboral o formativa tienen un menor rendimiento por la falta de concentración originada por el dolor y durante el último año casi la mitad de las personas en edad de trabajar (48%) habían permanecido de baja debido a este¹².

Por otra parte, el dolor en su interpretación más amplia representa un problema de salud pública debido al impacto socioeconómico que produce, constituyendo uno de los motivos más frecuentes de consulta médica².

Se estima que el coste total (directo e indirecto) que ocasiona el dolor crónico en España es de 16.000 millones de € anuales (el 2,5% del PIB). Los costes directos se derivan de las consultas con los y las profesionales sanitarios y del uso más frecuente del sistema sanitario, mientras que los indirectos son la consecuencia del impacto en el mercado laboral, calculado en 2.500 millones de euros¹³. La demanda de atención al dolor ha venido mostrando una tendencia ascendente en lo relativo a la oferta de servicios específicos y el desarrollo de tratamientos nuevos y más eficaces para su control.

A pesar de la magnitud del problema y del interés profesional, científico y social que supone la atención y el tratamiento de la persona con dolor crónico, se considera que este problema está infravalorado o inadecuadamente tratado^{2,14}.

En la experiencia del dolor interaccionan, además de factores biológicos, aspectos emocionales y sociales que requieren ser analizados y evaluados en el marco de un abordaje del dolor integral y multidisciplinar a partir de una perspectiva biopsicosocial del dolor crónico².



Este nuevo enfoque requiere una transformación del actual modelo a través de un proceso de humanización de la asistencia sanitaria, que, en definitiva, contribuya a mejorar la calidad de vida de las personas con dolor crónico en España.

1.3. Modelo de Atención Centrada en la Persona

1.3.1. El origen de la Atención Centrada en la Persona

El origen del Modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP) se atribuye frecuentemente a Carl Rogers (1961), psicoterapeuta enmarcado en la corriente de psicología humanística, quien formuló la Terapia Centrada en el Cliente, cuyas propuestas han sido trasladadas a diferentes áreas de intervención en las cuales los equipos profesionales mantienen relaciones de ayuda como la educación, la salud o la discapacidad^{15,16}.

En los últimos años distintos organismos internacionales han venido apostando por un enfoque de Atención Centrada en la Persona como eje estratégico de la calidad de los servicios, dado el creciente envejecimiento poblacional a nivel mundial. En el entorno de los países occidentales se han desarrollado diferentes servicios de cuidado profesional dirigidos especialmente al colectivo de personas mayores en situación de dependencia y muy en particular a la atención de personas con demencia¹⁶.

El nivel de implantación de este nuevo enfoque en el ámbito de la atención a personas en situación de fragilidad o dependencia ha sido desigual en Europa, siendo pioneros en aproximarse a una atención integral centrada en la persona los países nórdicos, Holanda, Bélgica, Reino Unido, Alemania y Francia.

En España la presencia de la perspectiva de la ACP es aún limitada, dado que los recursos continúan orientándose desde los modelos asistenciales tradicionales que priorizan los cuidados sanitarios frente a los cuidados integrales¹⁵. No obstante, en el campo de los servicios gerontológicos, recientemente está surgiendo un creciente interés hacia la ACP como referente capaz de guiar un necesario cambio de modelo¹⁶.

1.3.2. Aproximación conceptual y características

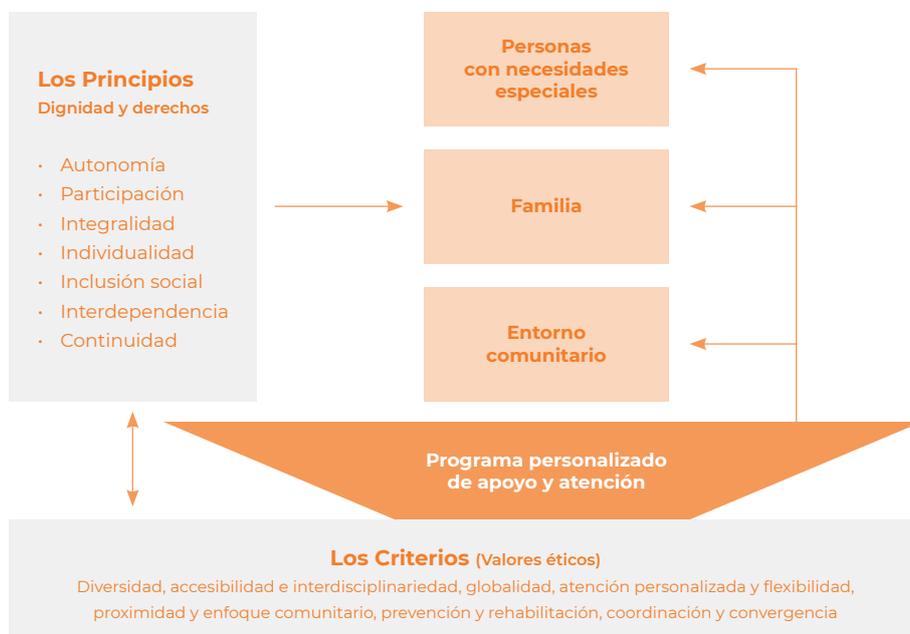
Actualmente, no existe una definición consensuada del término ACP ya que, si bien es posible señalar un enfoque común en relación con la ACP, no existe un único modelo y sus características y dimensiones varían en función del ámbito de desarrollo^{15,16}.



Históricamente la ACP nace en el ámbito de los servicios sociales y se define como el modelo de atención que pretende contribuir a un necesario cambio en el enfoque de la intervención, desde la perspectiva de la atención integral a las personas en situación de vulnerabilidad social, discapacidad o dependencia (entre otras situaciones posibles), situándolas en el centro del modelo a fin de cubrir sus necesidades y expectativas. Más recientemente ha crecido el interés por aplicar este modelo de atención en el ámbito sanitario. El propósito fundamental de la ACP es potenciar la independencia, autonomía y control del proyecto de vida de la persona atendida, así como alcanzar el máximo beneficio terapéutico posible^{17,18}.

Por su parte, la OMS define la ACP como “aquella que se consigue cuando se pone a la persona como eje sobre el que giran el resto de las dimensiones relacionadas con la intervención basada en evidencia científica, la organización del servicio, el equipo y la interdisciplinariedad y el ambiente”¹⁸.

Figura 1.
Modelo integral de Atención Centrada en la Persona en situaciones de discapacidad, fragilidad o dependencia.



Universidad Internacional Mendéndez Pelayo:
El modelo de Atención Integral y Centrado en la Persona (AICP). Bases científicas, principios y aplicaciones. Disponible en:
https://www.fundacionpilaes.org/docs/encuentro_PPT_Rodriguez.pdf, acceso 1 de marzo de 2021¹⁹.



La principal aportación de los denominados modelos de ACP frente a otros tradicionalmente diseñados desde la perspectiva del servicio, es que reconocen el papel central de la persona usuaria en su atención y, en consecuencia, proponen estrategias para que sea ella misma quien realmente ejerza el control sobre los asuntos que le afectan. A pesar de que en los modelos centrados en el servicio la atención personalizada se encuentra entre sus objetivos, la persona desarrolla un papel más pasivo como receptora de servicios, ya que son los y las profesionales quienes prescriben lo más adecuado a sus necesidades individuales¹⁷.

Figura 2.
Modelos centrados en la persona vs. modelos centrados en el servicio

Modelos centrados en la persona	Modelos centrados en el servicio
<ul style="list-style-type: none"> • Centrado en el/la paciente • La humanización como componente esencial • Decisiones compartidas. • Relación de ayuda y colaboración entre iguales • Personalización e individualización. • Trabajo en equipo, integrado y coordinado • Información comprensible y comunicación efectiva y afectiva • Intervención global, centrada en todas las dimensiones de las personas con patología crónica • Respeto a la libertad y autonomía • Centrados en la calidad de vida: cuida el bienestar físico emocional y social, considerando la importancia del entorno • Adecuación de procesos al mejor tiempo para el/la paciente • La familia acompaña y participa (cuidadores/familiares) • Cortesía, calidez y buen trato 	<ul style="list-style-type: none"> • Centrado en el profesional • Lo humano como cualidad accesoría • Paternalismo: las decisiones dependen de los profesionales • Distancia profesional sanitario - paciente • Estandarización • Individualismo en el trabajo de los profesionales • Lenguaje clínico y con tecnicismo • Su intervención prioriza patologías • Juicio profesional y poca participación del paciente • Lo importante es curar lo físico • La organización del servicio/unidad y sus tiempos, sin tener en cuenta el tiempo del/la paciente • Las familias entorpecen • El trato no es importante

Fuente: elaboración propia a partir de:

Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (2016); Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019 de la Comunidad de Madrid. Recuperado de:

https://www.comunidad.madrid/transparencia/sites/default/files/plan/document/881_232_bvcm017902_0.pdf²⁰

Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco y Matia Instituto: Modelo de atención centrada en la persona, cuadernos prácticos. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_ss/es_publica/adjuntos/cuaderno%201.pdf²¹



La transición hacia un modelo de ACP requiere una **serie de cambios tanto en la cultura y en el modelo de gestión de los roles de los y las profesionales sanitarios como de las organizaciones que prestan los servicios**, cuyo nivel y velocidad de implantación puede diferir entre centros²². Tal transformación consistiría básicamente en: 1) garantizar el acceso y provisión de unos servicios sociales y sanitarios especializados y de calidad para detectar problemas y riesgos y 2) capacitar a los y las profesionales que integran los equipos de atención para la detección y actuación ante las posibles necesidades²¹.

La práctica profesional debe ocupar una posición terapéutica no directiva en un contexto de toma de decisiones compartidas en el cual la persona atendida participe activamente y prevalezcan las preferencias y voluntades de las personas en lugar de los criterios técnicos y organizativos¹⁶. A tal efecto resulta fundamental mantener un profesional de referencia y preservar la independencia y autonomía de la persona usuaria para tomar sus propias decisiones a lo largo de ese proceso¹⁸.

En esta perspectiva de atención, los familiares y cuidadores/as informales son agentes claves en aquellos casos en que se precisan sus cuidados y ayuda. Por tanto, se deben planificar acciones formativas y/o de apoyo dirigidas a las familias con objeto de que se cumplan los principios de la ACP en el desempeño de estos cuidados y de favorecer el propio autocuidado y bienestar de las personas cuidadoras. La reducción del estrés y la sobrecarga de las familias cuidadoras debe constituirse como uno de los ejes de las políticas de atención y de la práctica profesional¹⁸.

En los modelos basados en la personalización resulta imprescindible tanto valorar la calidad de vida integral de la persona, como conocer a la persona, sus relaciones sociales y afectivas, sus capacidades, sus intereses, su proyecto de vida y su biografía mediante la elaboración de su historia de vida con el acercamiento y escucha activa, que permita diseñar el **plan personalizado de atención** (sujeto a revisión y modificación periódica)¹⁸.

1.3.3. La Atención Centrada en la Persona en el ámbito de la atención sanitaria

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades. A pesar de que este concepto de salud lleva implícito la idea de una atención integral y continuada que gire en torno a la persona, los sistemas de salud han sido objeto de una especialización excesiva y una atención fragmentada e incompleta que obliga a la derivación y peregrinación del paciente por los diferentes servicios y profesionales sanitarios, sin abordar la globalidad de la persona²³.

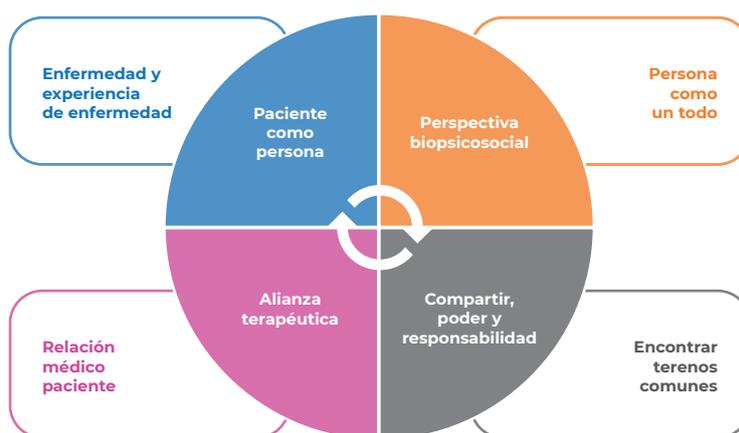


En la actualidad, el aumento de la esperanza de vida y el consiguiente incremento de la cronicidad y de las situaciones de dependencia está obligando a los sistemas de salud a plantearse el reenfoque del modelo tradicional basado en la interacción paciente-profesional hacia modelos de atención centrados en el paciente²³.

La perspectiva de la atención centrada en el paciente que surgió en los países anglosajones junto con los *patient-reported outcomes* (PRO) o resultados reportados por los pacientes, se define según el Instituto de Medicina de Estados Unidos (IOM, *Institute of Medicine*) como la provisión de cuidado que respeta y responde a las preferencias, necesidades y valores de los pacientes de manera individualizada, asegurando que estos guíen todas las decisiones clínicas¹⁵.

Según el Instituto Europeo Picker los principios de la atención centrada en el paciente deben ser el respeto a los valores, preferencias y necesidades del paciente; la atención integrada; la información, comunicación y educación del paciente; el confort; el apoyo emocional y la ayuda para reducir miedos y ansiedades; la implicación de la familia y personas allegadas; la continuidad asistencial; y el fácil acceso a la atención sanitaria. Igualmente, requiere aumentar la coordinación entre niveles y servicios, facilitar el acceso a una información comprensible, evitar demoras diagnósticas y de tratamiento o formar a los profesionales en habilidades en el trato y la información²³.

Figura 3.
Dimensiones de la Atención Centrada en la Persona en el sistema social y sanitario



Pascual López JA, et al (2019). Cuestionarios de Atención centrada en la persona en atención primaria. Una revisión sistemática. *Aten Primaria*. 2020;52(10):738---749. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-cuestionarios-atencion-centrada-persona-atencion-S0212656719302276>²⁴.



En el ámbito de la **dignificación y la humanización de la salud**, España promulgó la **Ley 41/2002, de Autonomía del paciente**, que supuso un avance en cuanto a la **garantía de la dignidad de la persona, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad** en toda actividad a través de derechos como el acceso del paciente a la información, al consentimiento informado, a la intimidad, a decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles o a negarse al tratamiento. Asimismo, esta ley obliga a los profesionales sanitarios al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente, entre otras.

En el plano de la atención social y sanitaria, **España cuenta con una organización muy consolidada y fragmentada de su Sistema Nacional de Salud y de los Servicios Sociales**, por lo que el despliegue de un modelo de ACP caracterizado por la integración social y sanitaria, implicaría importantes cambios organizativos, normativos y presupuestarios²⁵. En los últimos años se ha observado en nuestro país un creciente interés por parte del sector sociosanitario en los modelos de Atención Centrada en la Persona, especialmente en lo relativo a los cuidados de larga duración a personas mayores, que pone de manifiesto la progresiva toma de conciencia sobre la necesidad de transformación de los servicios actuales¹⁶.



02. Objetivos

2.1. Objetivo general

De acuerdo con la situación expuesta se plantea como objetivo general del proyecto **definir el modelo de atención centrada en la persona desde la perspectiva de los pacientes con enfermedad y dolor crónicos a fin de que pueda ser tenido en cuenta en la toma de decisiones de planificadores y gestores.**

2.2. Objetivos específicos

Así, los objetivos específicos del estudio han sido:

- Analizar qué entienden los pacientes por planificación y atención centrada en la persona (expectativas).
- Concretar qué aspectos son esenciales para garantizar este enfoque en el abordaje del dolor (necesidades).
- Identificar buenas prácticas en el ámbito de la planificación y atención.
- Dibujar qué acciones son prioritarias para garantizar el camino hacia un modelo centrado en las personas con enfermedad y dolor crónicos.



03. Metodología

Este proyecto se ha desarrollado mediante metodología cualitativa con el propósito de dar respuesta a sus objetivos. Concretamente, se creó un comité asesor, se realizaron tres focus group y dos entrevistas a profesionales sanitarios y se llevó a cabo una revisión bibliográfica. En la siguiente figura se pueden observar de manera gráfica las diferentes fases y actividades principales del proyecto.

Figura 4. Diagrama de las fases del proyecto



3.1. Comité Asesor

Este proyecto contó con un comité asesor que desempeñó diversas funciones a lo largo de las diferentes fases del proyecto. Fue el encargado de supervisar y validar todas las actividades y resultados del proyecto, desempeñando concretamente las siguientes funciones:

- Asesorar al equipo técnico del proyecto durante su desarrollo.
- Validar el avance del proyecto.
- Participar en reuniones virtuales.
- Revisar y validar los documentos de trabajo creados a lo largo del proyecto (informes de resultados preliminares y finales).
- Validar el documento final del proyecto.

La comunicación con el comité asesor se llevó a cabo vía correo electrónico y telefónica, de acuerdo con el calendario de actividades del proyecto.

La dinámica de trabajo de este grupo consistió en la realización de dos reuniones virtuales y en la validación de la documentación propia del proyecto vía correo electrónico (actas e informe final del proyecto).



3.2. Revisión bibliográfica

Con la finalidad de conocer la situación actual de la atención al dolor crónico en España se realizaron diversas búsquedas bibliográficas en las bases de datos de PubMed acerca de buenas prácticas en el contexto del manejo del dolor, además de una búsqueda de planes de salud y estrategias de cronicidad, en general, y de dolor crónico en particular, tanto a escala nacional como autonómica.

Dado que mediante esta revisión bibliográfica no fue posible identificar todos los planes o estrategias autonómicas de dolor desarrolladas en el ámbito autonómico, se llevó a cabo una consulta (telefónica y vía correo electrónico) a las consejerías y departamentos de salud de diferentes CC.AA. Concretamente, se contactó a sus respectivas direcciones y subdirecciones generales de planificación o asistencia sanitaria.

3.3. Focus groups y entrevistas

Para alcanzar los objetivos incluidos en el estudio se recurrió a la metodología cualitativa de los grupos focales, para cuyo desarrollo se crearon dos grupos, uno de representantes de organizaciones de pacientes afectados/as por patologías que pueden cursar con dolor crónico y otro grupo multidisciplinar de profesionales sanitarios implicados en el abordaje y manejo del dolor crónico. Con objeto de complementar la información recabada por medio del focus group de profesionales sanitarios, se realizaron dos entrevistas personales. Se escogieron ambas/ técnicas, puesto que permiten recoger la opinión y/o experiencia de los participantes sobre el tema central que supone el objeto de análisis.

Con la información obtenida mediante estos focus groups se ha obtenido una aproximación a la situación actual del abordaje social y sanitario del dolor asociado a la enfermedad crónica y al modelo ideal de atención del dolor crónico centrado en la persona, que permitirá diseñar la propuesta de modelo de atención centrado en la persona con dolor en España.

3.3.1. Objetivos

Los objetivos de ambos grupos focales consistieron en:

- Conocer y profundizar en la atención actual del dolor crónico en personas con una enfermedad crónica (EC) o síntomas cronificados.
- Definir el modelo de atención centrada en la persona para incorporarla en la toma de decisiones de planificadores y gestores (desde la perspectiva de las organizaciones de pacientes y de los y las profesionales sanitarios).



3.3.2. Composición

En conjunto han participado en los focus groups y entrevistas un total de 15 personas que fueron informadas del objetivo de la investigación y decidieron libremente participar en ellos, habiendo sido reclutadas por su experiencia y conocimiento acerca del abordaje y manejo del dolor crónico en el ámbito social y sanitario, así como de la propia experiencia de las personas afectadas a través de las entidades de pacientes.

La composición según focus group se detalla a continuación (detalle completo de perfil en el anexo 9.2.):

Tabla 1. Participantes en los grupos focales

Grupo focal y entrevistas de profesionales sanitarios
<ul style="list-style-type: none">• 2 anestesiólogos/as• 1 reumatólogo• 1 neurólogo• 1 pediatra• 1 médica rehabilitadora (entrevista)• 1 médico de cuidados paliativos (entrevista)
Grupo focal de organizaciones de pacientes
<ul style="list-style-type: none">• 5 pacientes/miembros de junta directiva• 1 médica de Atención Primaria• 1 fisioterapeuta• 1 psicóloga

3.3.3. Metodología de trabajo

Ambos focus group se realizaron en formato virtual mediante la plataforma Microsoft Teams los días 25 de enero del 2021 (organizaciones de pacientes) y 1 de febrero del 2021 (profesionales sanitarios) y tuvieron una duración de dos horas cada uno. Por su parte, las entrevistas se realizaron el 2 y 17 de febrero del 2021 con una duración de 30 minutos respectivamente.

Tanto los grupos focales como las entrevistas fueron conducidas por investigadoras con experiencia en dinamización de grupos y ajenas al objeto. Para ello, con anterioridad a las sesiones se diseñaron dos guiones estructurados por dimensiones de análisis que, a su vez, contenían una clasificación de preguntas de interés dirigidas a extraer el máximo de información posible de acuerdo con los objetivos del estudio.



Estas preguntas han permitido extraer información relevante que posteriormente ha sido analizada y categorizada de acuerdo con diferentes temáticas o barreras detectadas respecto al abordaje y manejo del dolor crónico en España. Algunos de los procesos descritos en el apartado del abordaje actual de la atención al dolor en España habían sido previamente contemplados en los guiones, mientras que otros fueron detectados en las sesiones dando lugar a nuevas variables de análisis.

Figura 5.
Dimensiones de análisis del grupo de profesionales sanitarios

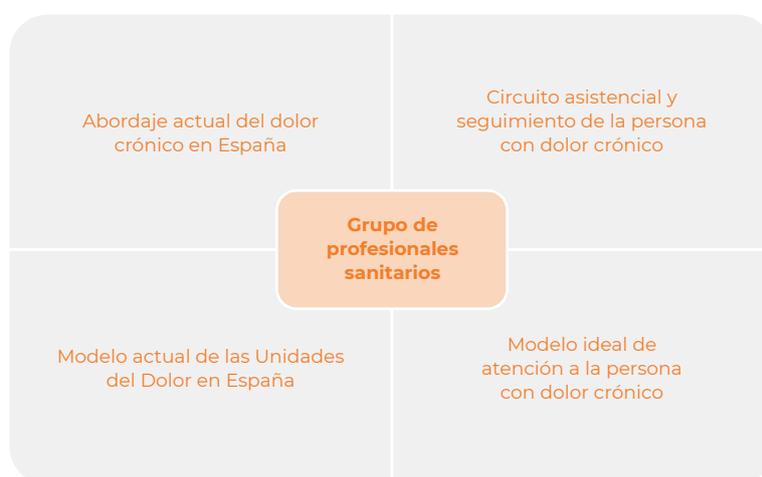
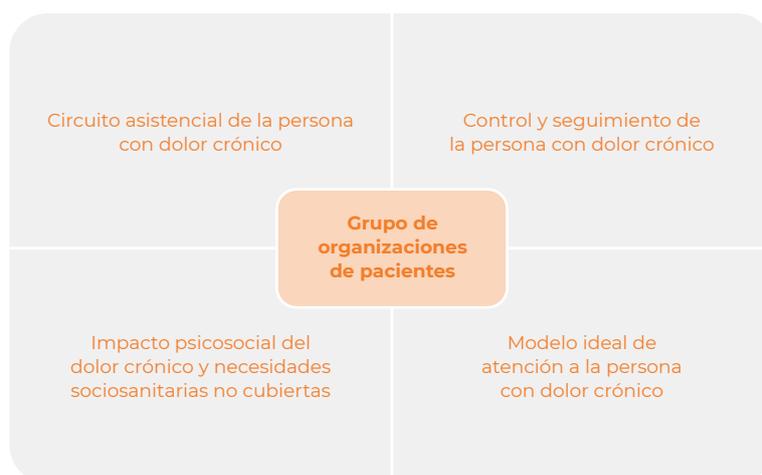


Figura 6.
Dimensiones de análisis del grupo de organizaciones de pacientes



3.4. Taller con expertos/as en planificación sanitaria

Paralelamente a la labor de consultoría desempeñada por el Comité Asesor del proyecto, se creó un grupo de expertos en planificación y asistencia sanitaria para participar en un taller virtual, que fue llevado a cabo el 23 de marzo de 2021 en la plataforma Zoom.

Este grupo estuvo compuesto por profesionales de diferentes Direcciones Generales de las Consejerías y Departamentos de Salud de aquellas Comunidades Autónomas que actualmente cuentan con un plan o estrategia específica para el abordaje del dolor crónico.

El principal objetivo de esta dinámica consistió en validar y complementar la propuesta de modelo de atención centrado en la persona con dolor crónico desde la perspectiva de la planificación en dolor crónico.

Tabla 2.
Composición del grupo de expertos/as

Participante	Perfil de los y las expertos/as
Paz Palos Zorrilla	Técnico de Apoyo de la Subdirección General de Calidad Asistencial y Cooperación Sanitaria de la Viceconsejería de Humanización Sanitaria de la Consejería de Sanidad de Madrid.
Alberto Pardo Hernández	Subdirector General de Calidad Asistencial y Cooperación Sanitaria de la Consejería de Sanidad de Madrid.
Sebastià J. Santaegènia González	Director del Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad y Plan Director Sociosanitario de la Dirección General de Planificación en Salud del Departamento de Salud de Cataluña.
Ignacio Velázquez Rivera	Director del Plan Andaluz de Atención a las Personas con Dolor de la Dirección General de Cuidados Sociosanitarios de la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía.



04. Planes y estrategias para el abordaje del dolor crónico en España

Tal como se avanzaba en la introducción de este documento, en 2014 el Pleno del Consejo Interterritorial del SNS aprobó el Documento Marco para la Mejora del Abordaje del Dolor en el SNS en el contexto de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS. Sus líneas estratégicas se centran en el dolor como elemento prioritario y transversal en el marco de las estrategias y políticas de salud del SNS, contemplando el dolor agudo y dolor crónico de origen oncológico y no oncológico, dolor perioperatorio y el relacionado con procedimientos; la prevención y atención sanitaria basada en la evidencia científica, el tratamiento del dolor y la coordinación y continuidad asistencial.

A nivel de las CCAA, se han desarrollado diferentes planes o estrategias que se encuentran en distinta fase de evolución en Andalucía, Cataluña, la Comunidad de Madrid y Galicia que se detallan, junto a un conjunto de buenas prácticas del SNS para la mejora del abordaje crónico, en la tabla 3.

Entretanto, otras Comunidades Autónomas como Canarias y la Comunidad Valenciana están actualmente desarrollando sus propias estrategias en materia de dolor crónico. La Consejería de Sanidad Universal y Salud Pública de la Comunitat Valenciana, en colaboración con Sociedades Científicas, está trabajando en la creación de una estrategia autonómica frente al dolor. Por su parte, la Consejería de Sanidad de Canarias está avanzando en la “Estrategia de abordaje al Dolor Crónico No Oncológico”.

Por otra parte, en las Comunidades Autónomas de Extremadura, Murcia y el País Vasco, a pesar de no contar con una estrategia específica del dolor, el abordaje del dolor crónico se integra en las líneas u objetivos estratégicos de sus diferentes planes de salud de forma transversal, así como la visión de la atención centrada en el paciente y la ciudadanía en el caso del País Vasco en un contexto de sus estructuras sanitarias de gestión integrada (tabla 4).



Tabla 3. Planes autonómicos para el abordaje del dolor crónico

Planes de Salud relacionados con el dolor (no específicos)	Planes específicos de dolor crónico
Andalucía	
<p>“Plan Andaluz de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas (ERyME)” (2018)²⁶</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impulsar e implantar en AP el Plan Terapéutico individualizado del dolor crónico musculoesquelético • Garantizar la formación continuada en el abordaje del dolor crónico • Asegurar la capacitación para la evaluación y el manejo del dolor crónico asociado a las ERyME. 	<p>“Plan Andaluz de atención a las personas con dolor 2010-2013”²⁷.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover el abordaje integral del dolor • Incorporar la política del dolor como estrategia transversal • Mejorar la calidad de vida de las personas con dolor y de sus allegados/as • Impulsar la participación de la ciudadanía en la prevención y manejo de dolor. • Potenciar la alianza de los profesionales para el desarrollo de una política integral de abordaje del dolor
Cataluña	
<p>“Icopraxi para el tratamiento médico y con irradiación del dolor oncológico” (2012)²⁸:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar, difundir, implementar y evaluar resultados de la ICOPraxi para el tratamiento médico y con irradiación del dolor oncológico • Disminuir la variabilidad terapéutica entre los pacientes tratados en los diversos centros • Implementar los resultados de la terapéutica en los pacientes con dolor oncológico tractados de acuerdo con las recomendaciones de la guía 	<p>“Modelo de Atención al Dolor Crónico de Cataluña: manejo del paciente con dolor neuropático en atención primaria. Criterios de Planificación de las Unidades de Dolor” (2010)²⁹. (Actualmente está siendo revisada y actualizada por un grupo de expertos/as).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la calidad de vida de las personas con dolor crónico • Ofrecer a los y las pacientes con dolor crónico una atención sanitaria accesible, efectiva y basada en la evidencia • Mejorar la sensibilización y capacitación del personal sanitario que interviene en la atención al dolor crónico <p>A partir de este modelo se han desarrollado los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Consenso catalán de dolor crónico no oncológico 2017”³⁰ • “Abordaje del dolor crónico no oncológico 2016”³¹ • “Guía de atención a los pacientes con dolor crónico no oncológico utilizando analgésicos opioides”³²



Planes de Salud relacionados con el dolor (no específicos)	Planes específicos de dolor crónico
Comunidad de Madrid	
<p>“Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid 2017-2020”³³:</p> <ul style="list-style-type: none"> Garantizar la seguridad del paciente y la atención al dolor, como indicador del confort del paciente e intervención paliativa con mayor grado de evidencia. Creación de grupo de mejora de la atención al dolor en los pacientes con necesidades paliativas. <p>“Estrategia de Seguridad del Paciente 2015 – 2020”³⁴:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mejorar la seguridad en la atención al dolor Mejorar la continuidad asistencial en el tratamiento del dolor <p>“Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019” que en cuanto al dolor tiene por objetivo minimizarlo, así como de los síntomas prevalentes acorde a la enfermedad²⁰.</p>	<p>“Estrategia de atención al dolor” (2017-2020)³⁵. (Actualmente la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid está elaborando la Estrategia 2021-2025).</p> <ul style="list-style-type: none"> Priorizar el dolor como elemento transversal en el marco de las estrategias y políticas de salud del SNS Mejorar la prevención y proporcionar una atención sanitaria integral centrada en el paciente Promover una atención sanitaria segura y adecuada en el uso de las medidas terapéuticas para aliviar el dolor Promover la comunicación y transferencia de información en las transiciones asistenciales y la coordinación entre profesionales y ámbitos asistenciales
Galicia	
<p>“Estrategia Sergas 2014: la sanidad pública al servicio del paciente”³⁶</p> <p>“Plan Gallego de Cuidados Paliativos” (2007)³⁷.</p> <ul style="list-style-type: none"> Divulgar las recomendaciones de la OMS para el tratamiento integral del dolor Estudios descriptivos de control de síntomas, epidemiología del dolor 	<p>“Estrategia de Atención Integral al Dolor” enmarcada dentro de la “Estrategia Sergas 2014: la sanidad pública al servicio del paciente”.³⁸</p> <ul style="list-style-type: none"> Está previsto evaluar todas las acciones incluidas en esta Estrategia y establecer las líneas de actuación prioritarias para este el 2021.



Tabla 4. Planes autonómicos de salud que contemplan el abordaje del dolor crónico

Planes de Salud relacionados con el dolor crónico
<p style="text-align: center;">Extremadura</p> <p>“Plan de Salud de Extremadura 2013-2020”³⁹</p> <p>En virtud de este plan se ha venido desarrollando el Programa Regional del Dolor con el objetivo general de disminuir el dolor evitable en sus diferentes patrones (dolor agudo y crónico), para mejorar así la calidad de vida de la población. Sus objetivos específicos son:</p> <ul style="list-style-type: none">• Formar a los y las profesionales sanitarios en el abordaje de la persona con dolor• Ofrecer educación sanitaria en materia de dolor• Realizar un abordaje multidisciplinar de la persona con dolor• Realizar un abordaje específico y diferenciado del dolor crónico y agudo• Homogenizar los criterios de actuación de las Unidades del Dolor implantadas• en el Servicio Extremeño de Salud (SES)• Colaborar con las asociaciones de pacientes afectados/as
<p style="text-align: center;">Castilla y León</p> <p>Comité técnico del Dolor de Castilla y León⁴⁰</p> <ul style="list-style-type: none">• Constituido en 2016, a partir del Documento Marco para la mejora del abordaje del dolor en el SNS, para la ampliación de conocimientos en profesionales sanitarios implicados en el abordaje del dolor, el refuerzo de la educación a pacientes para favorecer el autocuidado y la optimización del uso de analgésicos.
<p style="text-align: center;">Murcia</p> <p>“Plan de Salud 2010-2015”⁴¹</p> <p>Este contempla intervenciones en el dolor producido por enfermedades musculoesqueléticas, siendo sus objetivos para el abordaje de este:</p> <ul style="list-style-type: none">• Conocer las causas del dolor crónico musculoesquelético y los factores que influyen en la percepción del estado de salud de los pacientes.• Reducir la incapacidad funcional generada por el dolor crónico.• Mejorar la percepción del estado de salud de los pacientes afectados de dolor crónico y enfermedades musculoesqueléticas.



Planes de Salud relacionados con el dolor crónico

Navarra

“Plan de Salud de Navarra 2014-2020”⁴²

Este plan incorpora aspectos relativos al abordaje del dolor crónico, particularmente a su evaluación, control y coordinación. Destacan:

- Programa de Cuidados Paliativos y Dolor
- Programa de Atención Integrada al dolor crónico severo
- Programa de prevención en colectivos vulnerables (campaña frente al estigma social) asociado al dolor crónico)
- Protocolo de atención al dolor crónico de causa desconocida
- Unidad Funcional Multidisciplinar de Dolor Crónico Severo

País Vasco

“Retos y proyectos estratégicos de Osakidetza 2017-2020”⁴³

Entre sus retos estratégicos destacan:

- Humanización de la atención
- Atención integrada (adaptación de circuitos y recursos asistenciales a las necesidades de pacientes con dolor)
- Atención a colectivos con enfermedades específicas (rediseño de la atención del paciente con dolor agudo y crónico).

En el marco de esta estrategia algunas organizaciones sanitarias integradas (OSI) contemplan en sus propios planes estratégicos el abordaje de dolor (OSI Barrualde-Galdakao: “Plan Estratégico 2017-2020”, Hospital Santa Marina: “Plan Estratégico 2018-2022” y OSI Bilbao-Basurto: Plan Estratégico 2018-2021)^{44,45,46}.

Simultáneamente a los diferentes planes de salud y de abordaje de dolor crónico implementados a nivel nacional, determinadas Comunidades Autónomas (tanto aquellas que han diseñado planes o estrategias específicas como algunas que no lo han hecho) han puesto en marcha diversas actividades o intervenciones de acuerdo a las líneas estratégicas del Documento Marco para la mejora del abordaje del dolor en el SNS en materia de planificación, prevención y atención y coordinación asistencial del dolor crónico (para ampliar información consultar las tablas 9, 10, 11 y 12 del apartado de anexos).



Figura 7.

Tipos de actividades para la mejora del abordaje del dolor crónico desarrolladas por algunas Comunidades Autónomas clasificadas según línea estratégica del Documento Marco

Estrategias y políticas de salud del SNS (línea 1)	Prevención y atención sanitaria basadas en la evidencia (línea 2)	Coordinación y continuidad asistencial (línea 3)
<ul style="list-style-type: none"> • Comisiones clínicas • Comités Asesores • Formación • Participación ciudadana 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolos • Valoración del dolor • Indicadores de efectividad clínica • Medidas para la atención al dolor en la infancia 	<ul style="list-style-type: none"> • Procesos asistenciales integrados y/o rutas asistenciales que contemplan aspectos relacionados con el dolor

De estas, algunas han contado con el reconocimiento de buena práctica en el abordaje del dolor crónico por parte del SNS en la última convocatoria del año 2017, como se puede consultar en la tabla que se presenta a continuación (tabla 5).

Tabla 5. Buenas prácticas del SNS en el abordaje del dolor crónico

Tipo de intervención	CCAA	Buena práctica del SNS
Formación	Andalucía	“Desarrollo de un itinerario formativo en abordaje integral del dolor en la práctica clínica en un sistema sanitario público” ⁴⁷
	Comunidad de Madrid	“Guía de herramientas de autoayuda en dolor crónico” ⁴⁷
Participación ciudadana	Andalucía	“Programa de intervención enfermera grupal en pacientes con dolor crónico no oncológico” ⁴⁷
	Galicia	“Abordaje del Dolor como estrategia de mejora de la calidad asistencial en un área sanitaria integrada” ⁴⁷
Indicadores de efectividad clínica del dolor	Andalucía	“Desarrollo de un sistema de reconocimiento de Centros contra el Dolor Crónico” ⁴⁷ (en la actualidad 32 centros cuentan con el distintivo para la modalidad de dolor crónico).
	Comunidad de Madrid	“Implantación de un listado de verificación para técnicas intervencionistas en el Hospital de Día de la Unidad del Dolor para aumentar la seguridad del paciente” ⁴⁷
Procesos asistenciales integrados	Galicia	“Abordaje coordinado entre atención primaria y hospitalaria al dolor crónico no oncológico en una zona básica de salud de la Gerencia de Gestión Integrada de Santiago de Compostela” ⁴⁷
	País Vasco	“Los pacientes que subieron una montaña, pero bajaron una colina. Simplificando los circuitos de gestión asistencial de los pacientes con dolor crónico.” ⁴⁷

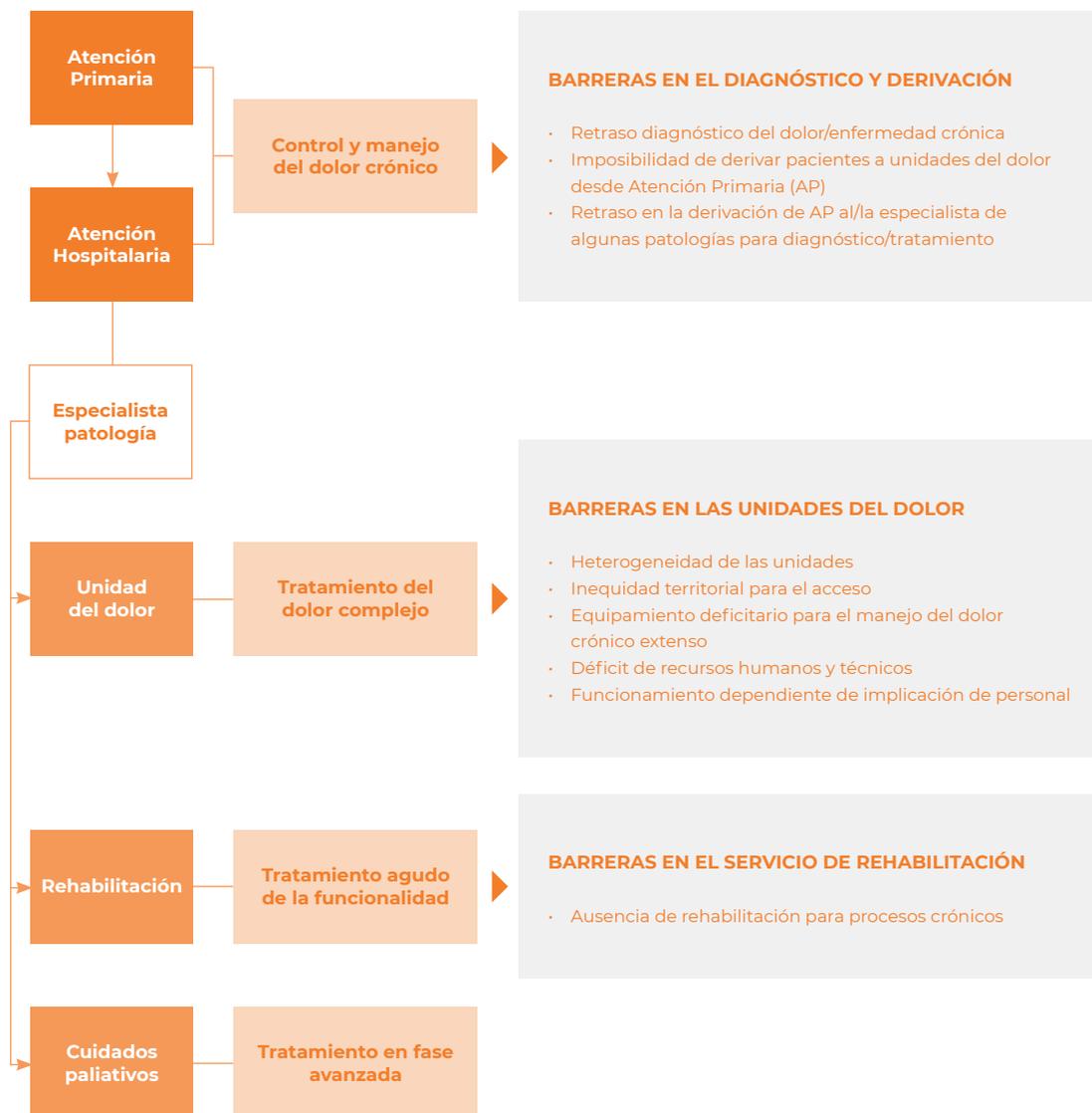


05. Abordaje actual de la atención al dolor crónico en España

5.1. Circuito asistencial de la persona con dolor crónico

Según el conjunto de profesionales sanitarios que han participado en este proyecto, el circuito actual de la persona con dolor crónico en el Sistema Nacional de Salud es el que se describe a continuación (figura 8).

Figura 8. Flujo actual de la persona con dolor crónico en el SNS y sus principales barreras



Fuente: elaboración propia a partir de la información recogida en los focus group.



1. El circuito asistencial habitual del dolor crónico comienza en Atención Primaria (AP), nivel que representa la principal puerta de entrada en el sistema sanitario, bien por consulta directa sobre el dolor o por su enfermedad crónica de base. Desde este nivel asistencial las personas suelen ser derivadas al especialista que corresponda, bien para tratar el dolor crónico si ya estuviera presente, o la patología que lo causa.
2. El seguimiento y control del dolor crónico suele realizarse tanto en AP como en Atención Hospitalaria (AH) en el contexto de la enfermedad crónica asociada al dolor.
3. A lo largo de este seguimiento, algunas personas con dolor son derivadas a las unidades del dolor desde su especialista de referencia en AH, ya que en la mayoría de CC.AA. no es posible realizar la derivación desde AP. El proceso de derivación a estos centros suele consistir en la realización de una interconsulta electrónica entre las unidades y AH. En este sentido, el conjunto de profesionales ha remarcado el avance que ha supuesto durante la pandemia el desarrollo de la vía telemática en la implementación de este tipo de consultas.
4. Paralelamente, las personas con dolor crónico pueden ser tratadas en servicios de rehabilitación y/o fisioterapia, a donde suelen ser referidas desde AP o AH.
5. Asimismo, algunas pueden requerir tratamiento en unidades de cuidados paliativos para el tratamiento del dolor crónico asociado a enfermedades progresivas e incurables que, no obstante, pueden tener un pronóstico de varios años de vida (como las enfermedades neurodegenerativas y el cáncer, entre otras), en cuyo caso son derivadas fundamentalmente desde AH. El flujo de derivación de pacientes entre los cuidados paliativos y las unidades del dolor suelen ser bidireccional.



5.2. Barreras en el proceso asistencial de las personas con dolor crónico

En el presente apartado se exponen las principales barreras apuntadas por el conjunto de participantes en los focus group en cuanto a la atención sociosanitaria recibida por las personas con enfermedad y dolor crónico, que fueron constatadas por el comité asesor del proyecto. Específicamente se describen las barreras relativas al proceso de diagnóstico, derivación y manejo del dolor crónico en el sistema público de salud.

5.2.1. Barreras en el diagnóstico de la enfermedad y el dolor crónicos

Desde la perspectiva de las organizaciones de pacientes y profesionales sanitarios la principal problemática a la que se enfrentan las personas con dolor crónico es el retraso en la identificación y/o diagnóstico del dolor o de la enfermedad que lo origina. En esta línea, según el estudio “El dolor en la enfermedad crónica desde la perspectiva de los pacientes” de la POP realizado en 2018 hasta el 40% de las personas que afirmaban padecer dolor crónico no contaban con un diagnóstico de dolor crónico, a pesar de llevar una media de 12 años padeciéndolo¹².

Entre las posibles causas de este fenómeno se encontrarían las descritas a continuación:

- **Déficit de formación o capacitación para el manejo del dolor crónico** que, según las organizaciones de pacientes y profesionales sanitarios consultados/as, favorece su banalización por parte de algunos/as clínicos/as. En la actualidad no se imparte formación en dolor en los estudios de grado en medicina, excepto en contadas facultades donde existe una asignatura optativa de dolor. Por tanto, la capacitación en dolor depende, en buena medida, del interés de cada profesional sanitario. En la formación MIR (Médico Interno Residente) únicamente Anestesiología y Reanimación tienen una rotación obligada en dolor.

Asimismo, las escasas alternativas farmacoterapéuticas efectivas para el tratamiento del dolor en el contexto de algunas patologías favorecen el desinterés en su abordaje (circunstancia habitual en las enfermedades musculoesqueléticas y raras).

“En el caso de las enfermedades raras, generalmente sabe más la propia persona afectada que el/la profesional sanitario.”



- **Sintomatología invisible** característica de algunas patologías que no es observable en las pruebas diagnósticas y que, determinados/as profesionales atribuyen a factores psicológicos (como, por ejemplo, en la fibromialgia que provoca dolor generalizado). El dolor de origen neuropático o las lesiones articulares resultan más fácilmente identificables y cuentan con mayor reconocimiento médico y social.

“Muchos/as profesionales no creen en la fibromialgia y en consecuencia tienen un gran desconocimiento sobre ella.”

- **Ausencia de especialista de referencia** para el manejo de ciertos problemas de salud crónicos, por lo que algunas personas con dolor realizan un largo recorrido por el circuito sanitario en busca de un/a referente asistencial que puedan brindarles un tratamiento efectivo (situación frecuente en el caso de las personas con enfermedad rara y/o sus familias).

Por su parte, **en lo referido a la población pediátrica con enfermedad crónica, el infradiagnóstico del dolor crónico es más frecuente que en la población adulta**, encontrándose entre sus posibles causas la dificultad de los niños/as para expresar el dolor que padecen y de los equipos médicos para interpretar el dolor, así como el habitual rechazo de las familias o cuidadores/as informales a iniciar ciertos tratamientos farmacológicos asociados a condiciones de salud graves. Así pues, el diagnóstico se suele cimentar en la percepción de la familia o cuidadores/as informales sobre el dolor del niño/a.

5.2.2. Barreras en el circuito de derivación de la persona con dolor crónico

En lo que respecta al flujo de las personas con dolor crónico en el sistema sanitario público, los principales obstáculos son la **imposibilidad de Atención Primaria tanto para tratar a algunas personas con dolor en sus centros, así como para derivarlas a las unidades del dolor** cuando corresponde, como consecuencia de la **ausencia de protocolos de derivación y de rutas de práctica clínica estandarizados** para el abordaje del dolor crónico como problema de salud específico.

Por un lado, en cuanto al tratamiento del dolor crónico en AP, a pesar de que se ha apuntado que la mayor parte de casos deberían ser controlados en AP, actualmente solo el 36% de las personas que padecen dolor crónico en España son tratadas de esta condición por su médico/a de AP¹².



Por otro, el actual modelo de derivación que únicamente permite referir pacientes a unidades del dolor desde AH, motiva el **retraso en la llegada a las unidades del dolor de aquellas personas que precisan técnicas intervencionistas**. De hecho, algo más de la mitad de las personas con dolor crónico en España (54%) esperan como mínimo 1 año a ser derivadas a una unidad del dolor desde el comienzo del dolor, siendo lo más frecuente haber tardado entre 1 y 5 años (el 38%)².

Igualmente, las personas que han participado en los focus groups consideran la existencia de otros motivos para este retraso, como:

- **Reticencia de especialistas a derivar a sus pacientes a las unidades del dolor.** La derivación del/la especialista a estas unidades se produce únicamente cuando fracasa el conjunto de opciones terapéuticas disponibles en AH, existe una extrema discapacidad física o necesidades paliativas.

“Muchos/as especialistas no derivan porque sienten que si dan ese paso han fracasado en el abordaje de dolor”

- **Déficit de coordinación entre la especialidad de referencia para la patología crónica y las unidades del dolor.**
- **Desconocimiento** de los y las profesionales sanitarios de AE sobre la cartera de servicios y la actividad realizada en las unidades del dolor.
- El **retraso diagnóstico**, anteriormente descrito, que afecta a algunas patologías crónicas que cursan con dolor.
- **Saturación de las listas de espera** en el proceso de derivación de AP al/la especialista de AH.



5.2.3. Barreras en el manejo del dolor crónico

Asimismo, se han detectado determinados obstáculos a lo largo del manejo del dolor en la enfermedad crónica que se detallan a continuación.

En la actualidad persiste una **clara tendencia a abordar principalmente el dolor de origen primario y a hacerlo como un síntoma secundario a la enfermedad que lo ocasiona**, en lugar de como un problema de salud en sí mismo. No obstante, las personas entrevistadas manifiestan que se observa un paulatino aumento de sensibilización entre el personal sanitario con respecto al reconocimiento y tratamiento del dolor como un problema de salud en sí mismo. La nueva clasificación internacional de enfermedades del dolor crónico de la OMS apuntada en la introducción de este documento podría suponer un punto de inflexión en el modelo de abordaje del dolor crónico, favoreciendo la concienciación sobre la necesidad de un nuevo manejo de este. Por ello, se ha apuntado la conveniencia de difundir esta nueva clasificación entre el colectivo de profesionales sanitarios con el fin de garantizar su implementación³.

“El dolor es el síntoma incapacitante para el/la paciente y la enfermedad es lo que le preocupa al médico/a”

En lo que respecta a la **evaluación del dolor crónico**, cabe subrayar que actualmente se evalúa la intensidad del dolor y se recogen determinados aspectos psicosociales de forma parcelada por parte de cada profesional sanitario, pero normalmente no se registran en la historia clínica. En lo que se refiere a la medición clínica del dolor, actualmente no existe consenso sobre cuál es la escala más adecuada y su uso no está extendido entre los profesionales sanitarios.

Por otra parte, el manejo de la pérdida de funcionalidad presenta cierto margen de mejora, ya que **los servicios de rehabilitación y/o fisioterapia no están incluidos en la cartera de servicios destinados al manejo del dolor crónico**, es decir, servicios continuados en el tiempo. A pesar de que la fisioterapia básica se encuentra integrada en la mayoría de los equipos de AP y las unidades de rehabilitación en los principales hospitales de referencia, las personas con dolor crónico únicamente pueden acceder a estas para recibir tratamiento rehabilitador durante episodios agudos de su enfermedad.

Respecto al ámbito del autocuidado en el dolor crónico, parece habitual que las personas afectadas tengan un gran desconocimiento acerca del manejo de la enfermedad que lo causa y del propio dolor. Los y las profesionales sanitarios han resaltado las barreras que las



personas con enfermedad crónica suelen mostrar a incorporar cambios en su estilo de vida y la preferencia por los tratamientos farmacológicos.

“No todo es llegar a una silla de la consulta y ver qué puede hacer el médico/a por mí, sino ver qué puedo hacer por mí mismo/a. Yo pido a los pacientes que me ayuden a ayudarles, porque si no el tratamiento va destinado al fracaso.”

5.2.4. Barreras en el manejo del dolor crónico en unidades del dolor

Las Unidades de Tratamiento del Dolor (UTD), comúnmente denominadas “unidades del dolor”, se definen como una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar, que cumple con los requisitos funcionales, estructurales y organizativos que garantizan condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender al paciente con dolor crónico que requiera asistencia especializada¹⁴.

Estas pueden ser de tres tipos en función de su grado de complejidad y especialización: “unidad multidisciplinar para el tratamiento del dolor”, “unidad del dolor (unidisciplinar) y unidad monográfica”, dedicada a técnicas relacionadas con una región corporal específica¹⁴. De acuerdo con la percepción del conjunto de profesionales sanitarios que han participado en este proyecto, la práctica clínica en estas unidades de tratamiento del dolor en España se ve afectada por una serie de circunstancias que dificultan el adecuado manejo del dolor crónico.

Entre las principales barreras destaca la **heterogeneidad en cuanto a su estructura y equipamiento, que no se encuentran definidos ni unificados en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud**. Por tanto, actualmente **no se garantiza un acceso equitativo a las prestaciones de estos servicios** en todos los ámbitos geográficos. Por lo general, predominan las unidades de tipo monográfico formadas tan solo por anestesiólogos/as, rehabilitadores/as o paliativistas, mientras que existen escasas unidades multidisciplinarias.

La mayor parte de unidades del dolor en España son dependientes de los servicios de anestesiología y reanimación, lo que dificulta la composición de un equipo multidisciplinar y la disposición de un presupuesto propio.

En relación con los recursos, se ha subrayado la **ausencia de la figura del psicólogo/a y de terapeuta ocupacional** en un importante volumen de unidades, la falta de capacitación del personal sanitario implicado en el manejo del dolor, la insuficiente dotación de



personal para atender adecuadamente al conjunto de pacientes que reciben y el déficit de determinadas técnicas de tratamiento, que en ocasiones tienen que ser solicitadas a centros de otras CC.AA.

Habitualmente **las unidades del dolor parecen estar técnicamente mejor equipadas para el manejo de las patologías que cursan con dolor crónico localizado** (con diversidad de procedimientos para bloqueos anestesiológicos, entre otras), frente al dolor crónico extenso que requiere un abordaje terapéutico más amplio y multidisciplinar consistente en la combinación del tratamiento farmacológico, el tratamiento psicológico, la terapia ocupacional y la fisioterapia.

Por otra parte, la activación de un **abordaje integral y multidisciplinar en estas unidades depende en gran medida de la implicación del equipo humano** que las forman. Como ejemplo de este tipo de iniciativas particulares, destaca la realización de interconsultas con los perfiles profesionales que no tienen integrados para complementar la atención a sus pacientes.

5.3. Impacto psicosocial del dolor crónico

Conforme han señalado las organizaciones de pacientes consultadas para este proyecto, si bien el dolor genera repercusiones funcionales en las personas que lo padecen, también puede impactar negativamente en su dimensión emocional y, en consecuencia, en su calidad de vida, que la OMS (1994) define como la «percepción que tiene un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive y en relación con sus objetivos, normas e inquietudes». Éste constituye un concepto complejo en el que se engloban factores físicos, psíquicos y sociales que varían según la percepción individual de cada persona afectada por una enfermedad.

La relación existente entre el estado de salud y la calidad de vida es recíproca, pudiendo influir el dolor crónico en la calidad de vida y viceversa.

La propia experiencia física del dolor y la pérdida de funcionalidad que en ocasiones conlleva, contribuyen a la pérdida **progresiva de la calidad de vida en forma de deterioro de las relaciones sociales y familiares, impacto en las esferas laboral y educativa y en la autonomía personal**, principalmente. En este sentido, el 70% de las personas que viven con dolor crónico manifiestan tener un menor rendimiento laboral o formativo por la falta de concentración causada por el dolor¹¹. Sin embargo, algo más de la mitad de las personas con enfermedad y dolor crónicos en España no tienen reconocido ningún grado de discapacidad (53%) y entre quienes cuenta con esta, lo más frecuente es que sea de entre el 33 y el 64% (31%)¹².



De acuerdo con la experiencia de las organizaciones de pacientes, el impacto global en la calidad de vida representa en sí mismo un tipo de dolor que puede desencadenar un sufrimiento emocional incluso mayor que la experiencia del dolor, que varía en función de la situación de la persona que lo experimenta. En este aspecto, el 74% de las personas con dolor crónico en España se muestran entre moderadamente y muy ansiosas o deprimidas como consecuencia de este¹².

“Si una persona te dice que tiene dolor, es porque hay dolor, sea físico o sea un dolor por el sufrimiento que le produce.”

Por otra parte, entre las personas con dolor crónico predomina un estado de insatisfacción respecto al manejo de su enfermedad o dolor, derivado de la sensación de que los tratamientos farmacológicos aplicados no son eficaces y a la percepción de falta de reconocimiento del dolor crónico en sus profesionales de referencia. A tal efecto, la mayoría de las personas que viven con dolor crónico en España se muestran insatisfechas con el tratamiento global recibido para este, en especial aquellas cuyo seguimiento es realizado en por su médico/a de familia¹², lo cual podría mantener cierta relación con el déficit de capacitación específica en dolor en este colectivo profesional.

“El dolor, como todos los síntomas que producen sufrimiento, depende no solo del síntoma en sí mismo, sino de la sensación de que no tenemos recursos para afrontarlo.”



Tabla 6.
Barreras identificadas en el abordaje y manejo del dolor

Diagnóstico y derivación
<ul style="list-style-type: none">• Retraso diagnóstico del dolor o enfermedad crónica de base.• Imposibilidad/dificultad de Atención Primaria para diagnosticar, tratar y derivar a servicios de atención hospitalaria como las unidades del dolor.• Dificultad o retraso en la derivación de pacientes a las unidades del dolor.• Infradiagnóstico del dolor en la población pediátrica con enfermedad crónica.
Manejo del dolor crónico
<ul style="list-style-type: none">• Abordaje del dolor crónico como síntoma secundario.• Ausencia de escalas o instrumentos de valoración biopsicosocial del dolor.• Inexistencia de rehabilitación para procesos crónicos en la cartera de servicios.• Heterogeneidad de las unidades del dolor.• Equipamiento deficitario de las unidades del dolor para el manejo del dolor crónico extenso.• Abordaje integral y multidisciplinar de unidades del dolor sustentado en la implicación personal del equipo social y sanitario• Rol pasivo de las personas con dolor crónico
Impacto psicosocial
<ul style="list-style-type: none">• Impacto en la calidad de vida de la persona con dolor crónico.



06. Modelo ideal de Atención Centrada en la Persona con enfermedad y dolor crónicos

El modelo de atención al dolor desplegado actualmente en el SNS requeriría ser transformado a un modelo de atención humanista centrado en la persona con dolor. Un modelo que tuviese en cuenta e incorpore a la persona como eje central.

El actual Documento Marco para la mejora del abordaje del dolor en el SNS no incorpora la perspectiva de los y las pacientes, así como tampoco contempla el tipo de evaluación a realizar de las intervenciones implementadas o el despliegue de recursos necesarios para implementarlas. Dado que el Documento Marco del SNS no tiene carácter normativo, sus líneas estratégicas se han implementado desigualmente en las diferentes Comunidades Autónomas (CCAA).

En este ámbito territorial se debería seguir avanzando en la definición de estrategias o planes específicos de dolor lejos de la mera inclusión de una línea u objetivo estratégico en planes de salud o de patologías concretas, que no permite el mismo nivel de despliegue de las diferentes actuaciones.

Por tanto, teniendo en cuenta las aportaciones realizadas por los y las pacientes con dolor crónico, los profesionales sanitarios que lo abordan, así como el grupo de expertos/as en planificación y el comité asesor del proyecto, se propone la implementación de un modelo de Atención Centrada en la Persona con dolor y enfermedad crónica en España que debería contener los elementos y características que se desarrollan a lo largo de este apartado, que **podrá implementarse de forma flexible en las organizaciones sanitarias y niveles asistenciales del Sistema Sanitario Público de acuerdo a su contexto particular.**

6.1. Características del proceso asistencial en un modelo de Atención Centrada en la Persona con dolor crónico

6.1.1. Circuito asistencial

El **circuito asistencial** propio de un modelo de atención centrado en la persona con dolor **debería ser circular** y girar en torno a esta, quien se situaría en el centro del sistema. Este tipo de circuito implicaría que el **flujo de la persona con dolor por el sistema se produjese de forma transversal**, esto es, que los y las profesionales sanitarios tuviesen la capacidad y los recursos para garantizar la **continuidad asistencial** mediante la coordinación, comunicación y derivación de las personas con dolor a los diferentes servicios (unidades del dolor, fisioterapia, psicólogo/a, trabajador social, ...).



En este modelo de ACP propuesto se aseguraría, asimismo, la **aproximación de los servicios sanitarios a la persona con dolor, la personalización de la atención y el respeto a sus preferencias**. La persona recibiría atención por parte del especialista que correspondiese en el nivel asistencial que mejor se adecuase a su situación y necesidades biopsicosociales particulares, manteniendo el mismo/a profesional de referencia en la medida de lo posible para favorecer la relación y comunicación profesional sanitario-paciente.

Con el objetivo de determinar el circuito individualizado de cada paciente, sería preciso estratificar a las personas con dolor crónico **según su capacidad funcional y su perfil biopsicosocial**, dado que el impacto del dolor no se produce uniformemente en todas las áreas de la vida (biológica, psicológica, social y espiritual).

La atención biopsicosocial y holística requeriría la inclusión de servicios más allá del SNS. En este sentido se debería garantizar la derivación y coordinación con servicios sociales cuando fuese necesario, así como a las organizaciones de pacientes cuando los recursos necesarios para el buen manejo del dolor crónico no pudiesen ser prestados en el marco del Sistema Nacional de Salud, tales como la rehabilitación/fisioterapia continuada, la asistencia domiciliaria, el abordaje psicológico y la orientación laboral, entre otras.

Por otra parte, este nuevo enfoque implicaría una **transformación del modelo de comunicación profesional sanitario-paciente** que exigiría, por un lado, facilitar la participación de la persona con dolor y su familia en la toma de decisiones sobre su proceso de salud y, por otro, contar con profesionales sanitarios sensibilizados con la problemática del dolor crónico y capacitados para ejercer la escucha activa, que representa un elemento clave para tener en cuenta las preferencias de las personas con dolor y aliviar el impacto emocional de la enfermedad.

6.1.2. Rol de Atención Primaria

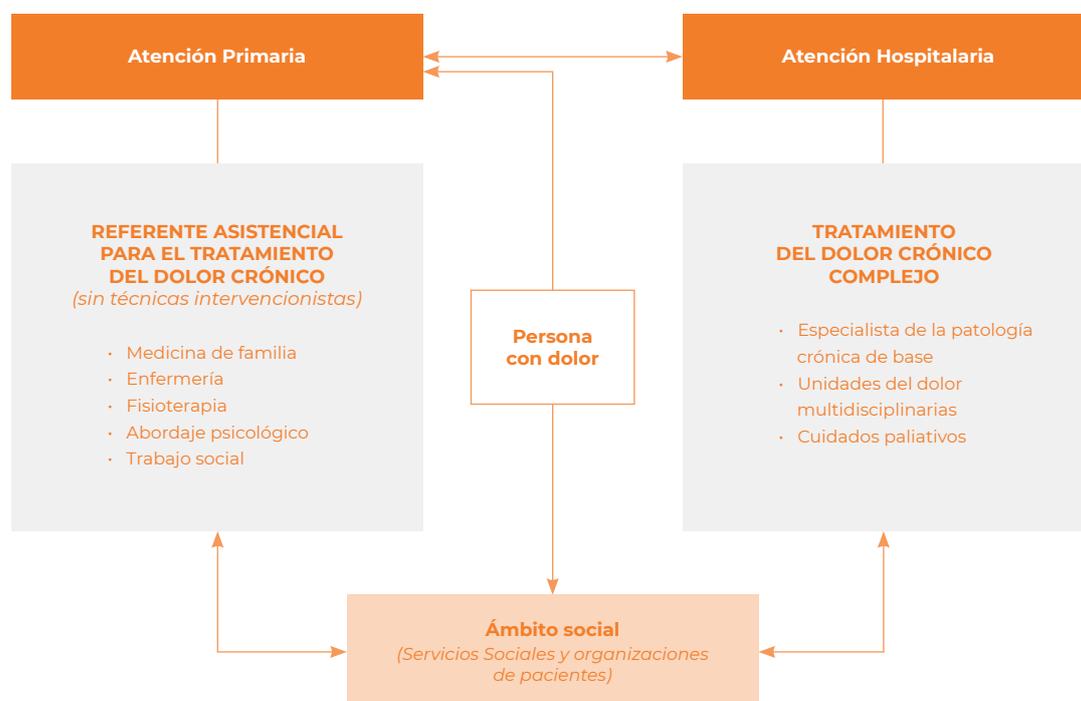
Atención Primaria se constituiría como el nivel asistencial referente en la atención integral a la persona con dolor crónico y ejercería el rol de coordinación entre los diferentes niveles asistenciales cuando se requiera.

Los equipos de Atención Primaria estarían formados por médicos/as de familia, personal de enfermería, fisioterapeutas y trabajadores/as sociales (entre otros posibles perfiles) que **contarían con formación o capacitación específica para garantizar el adecuado y pronto diagnóstico y tratamiento farmacológico y no farmacológico** del dolor crónico. En este ámbito de atención se facilitaría la derivación de pacientes **a las unidades del dolor** sin agotar sus opciones terapéuticas, para evitar la cronificación del dolor. La comunicación y coordinación entre AP y las unidades del dolor resulta esencial para el buen manejo y resultado del tratamiento.



Una vez iniciado el tratamiento en una unidad del dolor, **se priorizarían las necesidades de las personas con dolor**, haciendo posible la continuidad de ciertos tratamientos (como la fisioterapia y/o terapia psicológica) en AP cuando lo contrario supusiese un perjuicio (evitar desplazamientos a diferentes consultas, ...), mientras que en las unidades del dolor se realizarían técnicas intervencionistas concretas.

Figura 9.
Circuito asistencial en un modelo de Atención Centrada en la Persona con dolor crónico



Fuente: elaboración propia.



6.2. La Unidad del Dolor en un Modelo de Atención Centrado en la Persona

De acuerdo con la información extraída en el focus group con profesionales sanitarios, que ha sido ratificada por los y las expertos que han participado en el grupo de expertos/as, en un modelo de atención centrado en la persona con dolor las unidades del dolor deberían responder a las siguientes características:

- **Formadas por un equipo multidisciplinar compuesto por profesionales de diferentes servicios asistenciales que cuenten con capacitación certificada en manejo del dolor** complejo (anestesiólogo/a, médico/a rehabilitador/a o fisioterapeuta, médico/a internista y médico/a de familia, psicólogo/a, terapeuta ocupacional). El equipo estaría liderado por la figura del coordinador/a clínico que sería formado/a y evaluado/a periódicamente, pudiendo rotar a su servicio de origen.
- **Contar con una cartera de servicios definida, pública y común** en todas las CC. AA. y regiones/zonas sanitarias. La acreditación de las unidades de dolor facilitarían la homogeneidad de servicios y calidad de la atención.
- Desplegadas **en todos los hospitales** de referencia.

Las unidades del dolor atenderían de forma prioritaria a los siguientes perfiles de personas:

- Personas que tienen opciones de mejorar con las técnicas intervencionistas disponibles.
- Personas que no responden a los tratamientos convencionales y que son candidatos/as a recibir tratamientos específicos ofrecidos en los Hospitales de Día, tales como algunos tratamientos que se encuentran fuera de ficha técnica (fuera de indicaciones o condiciones de utilización aprobadas por las Autoridades Sanitarias) o que se ofrecen con escasa frecuencia.
- Pacientes con dolor neuropático en tratamiento con opioides que precisen un aumento de dosis y no hayan experimentado mejoría en el nivel de dolor ni en la calidad de vida.
- Personas con pluripatología, polimedicación o complejas (personas con alergias, con síndrome regional complejo, etc.).
- Personas con antecedentes de adicciones.
- Personas con dolor oncológico.



6.3. Evaluación del modelo de Atención Centrada en la Persona con dolor crónico

La medición o evaluación del dolor crónico es más compleja que la del dolor agudo, puesto que presenta una trayectoria mayor. En el contexto de un modelo de atención orientado a la persona con dolor resulta imprescindible medir, no solo el impacto psicosocial, sino también la funcionalidad de las personas afectadas. La valoración debe ser integral, multidisciplinar y registrarse en la historia clínica.

Se plantea, por tanto, la necesidad de que los y las profesionales sanitarios evalúen de forma sistemática el impacto biopsicosocial del dolor crónico en cualquier ámbito de atención. La evaluación se realizaría mediante un número reducido de indicadores que medirían el nivel de dolor crónico, la funcionalidad y las necesidades percibidas de la persona que lo padece.

La información, que sería registrada en la historia clínica compartida, no debería ser recogida obligatoriamente mediante escalas, si bien podría consistir en un registro de información cualitativa acerca del impacto observado en las diferentes dimensiones. El lenguaje de esta evaluación se adaptaría al perfil de la persona evaluada.

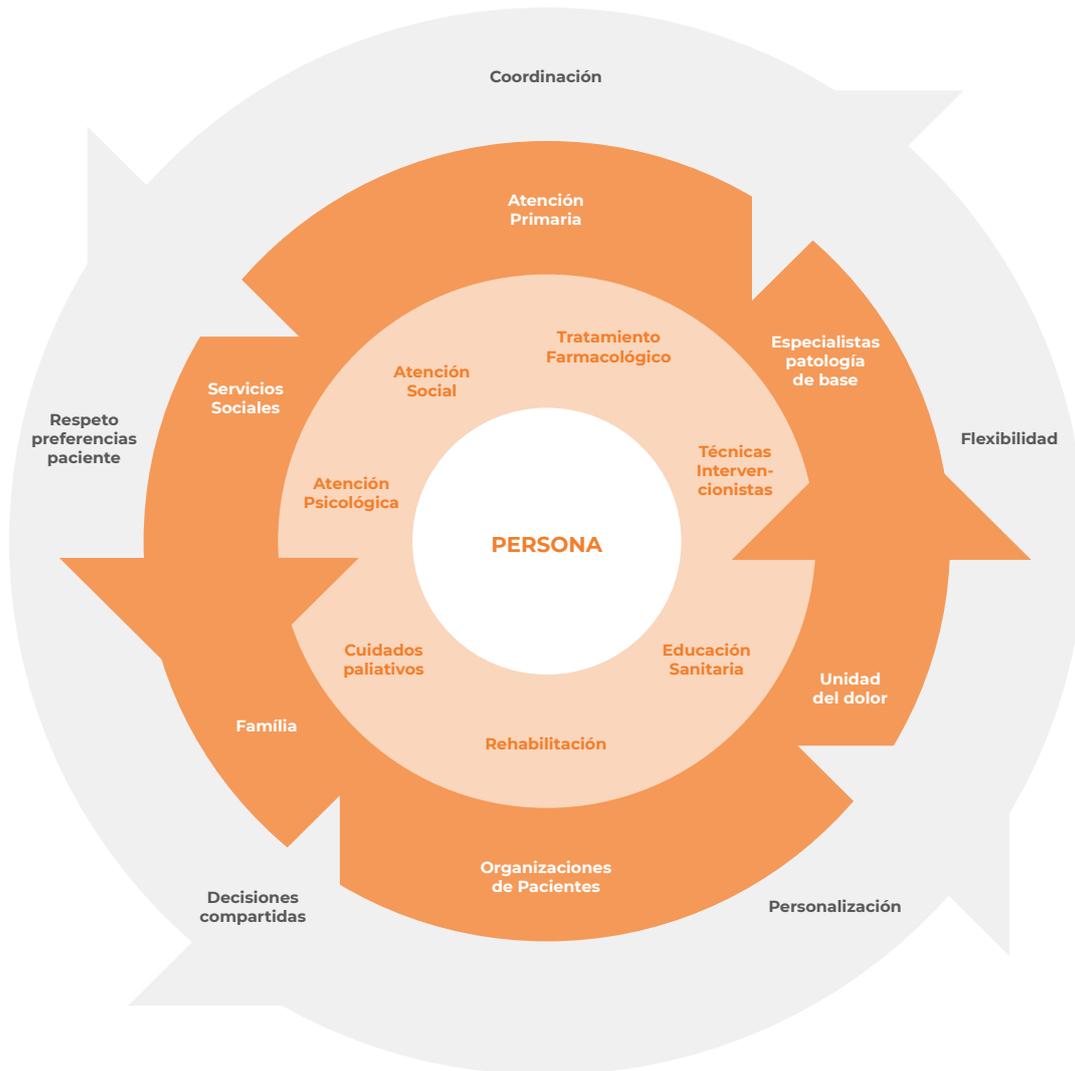
En la siguiente figura (10) se resumen las características básicas del modelo de ACP con dolor propuesto hasta ahora.

Figura 10. Características del Modelo de ACP con enfermedad y dolor crónicos

Modelo de Atención Centrado en la Persona con enfermedad y dolor crónicos
<ul style="list-style-type: none"> • Centrado en el paciente como eje del circuito social y sanitario • Círculo asistencial circular (derivación transversal) • Trabajo en equipo y coordinado de todos los niveles asistenciales • Coordinación con las organizaciones de pacientes • Continuidad de cuidados • Profesionales sanitarios capacitados en materia de dolor crónico • Valoración del dolor integral y multidisciplinar registrada en la historia clínica (impacto biopsicosocial y funcionalidad) • Estratificación de pacientes según su funcionalidad y perfil biopsicosocial • Atención integral del dolor crónico (dimensión biológica, psicológica y social) y personalizada • Unidades del dolor multidisciplinarias, desplegadas en todos los hospitales de referencia y con cartera de servicios pública y común • Respeto a las preferencias de las personas con dolor • Decisiones compartidas entre profesional sanitario y paciente y/o familia • Relación fluida profesional sanitario-paciente • La familia acompaña e interviene



Figura 11.
Modelo de ACP con enfermedad y dolor crónicos



Fuente: elaboración propia.



6.4. Implementación del modelo de Atención Centrada en la Persona con dolor crónico: propuestas de acción

Se presentan a continuación las propuestas de acción para hacer posible la transformación del modelo actual de atención al dolor crónico en España hacia el modelo de ACP expuesto en el bloque anterior.

Dada la composición de los grupos focales y del comité, estas propuestas se formulan desde la perspectiva de los profesionales sanitarios y sociales implicados en el abordaje del dolor crónico, así como desde la experiencia y realidad de las personas que los sufren, representadas por las organizaciones de pacientes.

Tabla 7. Propuestas de acción para la implementación de un modelo de atención centrado en la persona con dolor crónico

Despliegue y evaluación del modelo de ACP con dolor
<ul style="list-style-type: none"> • Definir y concretar una Estrategia nacional común para la mejora del abordaje del dolor crónico centrado en la persona, así como planes autonómicos que se adapten a la capacidad asistencial y necesidades de cada Comunidad Autónoma o región sanitaria. • Crear la estructura organizativa e infraestructura que garantice el diagnóstico y la atención al dolor con la identificación de profesionales responsables del despliegue del modelo. • Crear comisiones asesoras de dolor conjuntas entre AP y AH para la puesta en marcha y evaluación de acciones de mejora del diagnóstico, derivación y manejo del dolor crónico que estarían compuestas por expertos/as en el abordaje y manejo del dolor. La coordinación y comunicación entre AP y AH sería liderada por referentes de AP en cada ámbito geográfico, que recibirían formación continua para tales funciones.
Diagnóstico y derivación del dolor crónico
<ul style="list-style-type: none"> • Diseñar e implementar una capacitación específica de dolor accesible desde las diferentes especialidades tras la formación de especialista (MIR, PIR, EIR). Esta incluiría formación en materia de diagnóstico del dolor crónico y derivación, abordaje biopsicosocial y manejo de todos los tratamientos y técnicas que correspondan en cada servicio. • Crear circuitos de comunicación entre el sistema sanitario, los servicios sociales y las organizaciones de pacientes para posibilitar la prescripción y prestación de los servicios ofrecidos por estas cuando no sea posible hacerlo en el SNS (terapia física, asistencia domiciliaria, terapia psicológica, orientación laboral, derivación a Servicios Sociales...). • Implementar y fomentar la digitalización de la información entre los distintos niveles de atención del SNS y especialidades para la mejora del abordaje y evaluación de casos (historia clínica compartida, interconsultas, etc.). En el caso de la historia clínica, esta debería incluir un apartado específico para el registro y seguimiento del dolor. • Incorporar a los y las niños/as con dolor crónico en la toma de decisiones con el fin de facilitar la identificación y manejo del dolor y reducir el sesgo de la percepción de los padres/madres o tutores/as en su evaluación. En este proceso, se les facilitaría información acerca de su enfermedad adaptada a su perfil.



Manejo del dolor crónico

- **Incorporar la perspectiva de la prevención primaria (abordaje del dolor agudo), secundaria y terciaria en el abordaje tanto del dolor crónico como de la pérdida de funcionalidad** asociada a este, puesto que representa su principal consecuencia y comorbilidad. A tal efecto, el enfoque biopsicosocial resulta clave en el manejo de la pérdida de funcionalidad a través de programas interdisciplinarios integrados por profesionales del ámbito sanitario y social y psicólogos/as.
- **Evaluar el impacto biopsicosocial del dolor crónico a través de un conjunto mínimo de indicadores que pudieran ser integrados en la historia clínica compartida en cualquier nivel asistencial.** Según las organizaciones de pacientes consultadas, los y las especialistas no suelen tratar el tema de dolor durante las consultas, por lo que han puesto de relieve la necesidad de preguntar sistemáticamente sobre esta problemática.
- **Incluir en los contratos-programa los indicadores propios de un modelo de ACP con enfermedad y dolor crónicos** para evaluar periódicamente su implementación y el cumplimiento de objetivos (manejo del dolor, rutas asistenciales de las personas con dolor crónico, etc.).
- **Incorporar los servicios de rehabilitación (fisioterapia, terapia ocupacional...) en la cartera de servicios del SNS** para el manejo del dolor de forma continuada. Las organizaciones de pacientes que representan a personas que viven con dolor crónico han subrayado el papel clave de la terapia física y el tratamiento psicológico.
- **Ofrecer a los profesionales sanitarios formación sobre el abordaje biopsicosocial del dolor**, que les dote de herramientas para la adecuada identificación de las necesidades particulares e impacto del dolor en cada paciente, así como para su consiguiente estratificación.
- **Desarrollar programas de educación sanitaria para pacientes y familiares** dirigidos a potenciar y mejorar la gestión del dolor (gestión de expectativas respecto al tratamiento, puesta en marcha de estilos de vida saludables, etc.).

Unidades del dolor

- **Garantizar la existencia de unidades** del dolor en todas las regiones sanitarias con todas las técnicas intervencionistas de acuerdo con la prevalencia del dolor crónico en cada una de estas. Será imprescindible definir una cartera de servicios accesible, pública y adaptada/flexible al contexto local.
- **Crear unidades del dolor multidisciplinares** para el abordaje integral y coordinado del dolor crónico compuestas por anestesiólogos/as, médicos/as de familia, terapeutas ocupacionales, psicólogos/as, fisioterapeutas y médicos/as internistas, entre otros profesionales.
- **Integrar en la cartera de servicios de las unidades de dolor programas de actividad física** con el objetivo de prevenir o reducir la pérdida de funcionalidad, que se ofrezcan en paralelo a la fisioterapia y/o rehabilitación.
- **Desarrollar actividades informativas dirigidas fundamentalmente a los equipos sanitarios** y a las personas con dolor **acerca de los servicios y recursos disponibles en las unidades del dolor**, con el objeto de evitar derivaciones innecesarias y facilitar la derivación de los perfiles adecuados de acuerdo con los criterios anteriormente descritos.



Impacto psicosocial del dolor crónico

- **Implicar en el tratamiento psicológico a la familia de las personas afectadas con dolor mediante el desarrollo de intervenciones de terapia familiar.** El dolor generalmente causa ansiedad anticipatoria en quienes lo sufren. Se ha acentuado la importancia de tratar la ansiedad y la depresión para lograr la reducción de los niveles percibidos de dolor.
- **Desarrollar campañas de visibilización del dolor crónico** dirigidas a personas con enfermedades crónicas y a profesionales sanitarios con el objetivo de favorecer el diagnóstico precoz del dolor y su adecuado manejo.



07. Conclusiones y propuestas

El objetivo principal de este estudio era definir el modelo de atención centrada en la persona con enfermedad y dolor crónicos, con la finalidad de que sea tenido en cuenta en la toma de decisiones de planificadores y gestores públicos.

Para dar respuesta a este objetivo se constituyó un Comité Asesor, se llevó a cabo una revisión bibliográfica, dos focus group con organizaciones de pacientes y profesionales sanitarios y un taller con expertos/as en planificación sanitaria. A través de esta metodología se han podido concretar las características básicas de modelo ideal de Atención Centrada en la Persona con enfermedad y dolor crónicos, así como las propuestas de acción para la mejora del abordaje y manejo actual que permitan la transición a ese nuevo paradigma de la atención mediante la eliminación de las barreras detectadas en el diagnóstico, derivación y tratamiento.

Con el fin de materializar este modelo se propone crear una Estrategia nacional común para la mejora del abordaje del dolor crónico y dotar la estructura organizativa e infraestructura que garantice su despliegue.

Diagnóstico precoz del dolor

El retraso en el diagnóstico de la enfermedad y dolor crónicos representa uno de los principales obstáculos para las personas que los sufren. Aspectos como el déficit de capacitación para el manejo del dolor crónico, la presencia de sintomatología invisible en el curso de determinadas enfermedades que provocan dolor y la ausencia de especialistas de referencia para el manejo de ciertos problemas de salud crónicos, entre otros, conducen a esta situación.

Se propone, por tanto, **diseñar e implementar una capacitación específica de dolor que pueda ser cursada por los y las profesionales sanitarios tras la formación de especialista** (MIR, PIR, EIR,...) de manera que en el futuro cuenten con la formación precisa para diagnosticar y tratar el dolor crónico de forma precoz. La capacitación es especialmente importante en la medicina de familia dado que son la puerta de entrada de los pacientes al SNS y, por tanto, tienen un rol imprescindible en el diagnóstico y manejo del dolor crónico.

Derivación de la persona con dolor crónico

Actualmente **la adecuada derivación de las personas con dolor en el circuito sanitario se encuentra determinada por diversas problemáticas** como la imposibilidad de Atención Primaria para derivar pacientes a las unidades del dolor, la saturación de las listas de espera en el proceso de derivación de AP a las especialidades de Atención Hospitalaria, el déficit de coordinación asistencial y el desconocimiento de los y las profesionales sanitarios sobre la



cartera de servicios y actividades de las unidades del dolor. En consecuencia, el tratamiento del dolor en unidades del dolor suele estar sujeto a demoras.

A la vista de este déficit de conocimiento se propone **desarrollar actividades informativas dirigidas a los equipos sanitarios acerca de los servicios y recursos disponibles en las unidades del dolor.**

Por otra parte, en lo que se refiere a la coordinación asistencial y el flujo de la persona con dolor por el sistema se propone tanto **crear circuitos de comunicación entre el sistema sanitario, los servicios sociales y las organizaciones de pacientes** para posibilitar la prescripción y prestación de los servicios ofrecidos por estas cuando no sea posible hacerlo en el SNS, como **implementar la digitalización de la información** entre los distintos niveles de atención del Sistema y especialidades y **crear comisiones asesoras de dolor** para la puesta en marcha y evaluación de acciones de mejora en los diferentes niveles y procesos asistenciales, entre otras alternativas posibles.

Con el conjunto de acciones propuestas respecto al diagnóstico y el flujo de pacientes en el sistema sanitario público se pretende avanzar hacia un modelo de atención del dolor crónico en el que el/la paciente constituya el centro del sistema en el contexto de un **círculo sanitario circular y flexible, adaptado al contexto local, que garantice la continuidad asistencial mediante la coordinación, comunicación y derivación de las personas con dolor a los diferentes servicios y unidades.**

Manejo del dolor crónico en las unidades del dolor

La **práctica clínica en las unidades del dolor se encuentra limitada por la heterogeneidad de sus servicios que impide asegurar el acceso equitativo y da origen a distintos modelos organizativos con diversa dotación y capacitación de los profesionales.** En el marco de una atención ideal centrada en la persona con dolor crónico, se plantea **crear unidades del dolor multidisciplinarias para el abordaje integral y coordinado del dolor crónico, así como garantizar la existencia de estas unidades en todas las regiones sanitarias y hospitales** con servicios definidos y acreditados y equipos con capacitación certificada en el manejo del dolor.

Manejo del dolor crónico: síntoma vs. enfermedad

Tanto el tratamiento como la valoración del dolor crónico presentan deficiencias como consecuencia de distintos factores. Generalmente el dolor crónico es tratado como un síntoma secundario a la enfermedad que lo ocasiona, aunque recientemente se ha venido produciendo cierto aumento en la sensibilización entre el personal sanitario con respecto al reconocimiento y tratamiento del mismo como un problema de salud. En este sentido, se



plantea **incorporar la perspectiva de la prevención primaria, secundaria y terciaria en el abordaje del dolor crónico como una patología en sí mismo.**

Igualmente, el dolor crónico continúa estando infraevaluado ya que este **no se evalúa** desde una perspectiva holística de la persona, midiéndose únicamente la intensidad del dolor y algunos aspectos psicosociales de forma independiente. Se propone, pues, **evaluar el impacto biopsicosocial del dolor crónico a través de un conjunto mínimo de indicadores que pudieran ser integrados en la historia clínica compartida**, así como **incluir en los contratos-programa los indicadores de un modelo de ACP** con enfermedad y dolor crónicos para su evaluación. Para ello, se propone igualmente **ofrecer a los profesionales sanitarios formación sobre el abordaje biopsicosocial del dolor**, que les dote de las herramientas necesarias para llevar a cabo esta evaluación.

La **ausencia de rehabilitación y/o fisioterapia en la cartera de servicios del SNS para el manejo del dolor crónico**, supone otra de las deficiencias identificadas en vista del papel tan significativo que ejerce en el manejo de la funcionalidad. En este sentido, se considera esencial asegurar el acceso a la terapia física a lo largo de todo el proceso del dolor crónico, y no únicamente en episodios agudos, desde cualquier nivel asistencial, para lo cual se propone **incorporarla en la cartera de servicios del SNS.**

Por su parte, en lo que se refiere al autocuidado del dolor crónico, entre las personas afectadas suele predominar el desconocimiento y la actitud pasiva y reticente a la incorporación de cambios en su estilo de vida. Ante ello, se plantea la necesidad de **desarrollar programas de educación sanitaria dirigidos a pacientes y sus familiares que contribuyan a potenciar y mejorar la gestión del dolor.**

Impacto psicosocial del dolor crónico

El dolor crónico impacta negativamente tanto en la funcionalidad como en la dimensión emocional y calidad de vida de la persona que lo padece y sus familias o personas cuidadoras, además de generar insatisfacción respecto al tratamiento recibido para paliarlo. En este sentido, resulta imprescindible la incorporación de la figura del psicólogo/a en los equipos de abordaje multidisciplinar del dolor crónico y el fomento de la derivación a este/a profesional con el fin de reducir el impacto en las diversas dimensiones de la vida diaria en el mayor grado posible. Asimismo, se plantea la conveniencia de **implicar en el tratamiento psicológico a la familia de las personas** con dolor y de **desarrollar campañas de visibilización del dolor crónico.**



Hacia un modelo de Atención Centrada en la Persona con dolor crónico

En definitiva, el modelo que se propone contiene los elementos básicos que garantizarían la atención centrada en la persona. Un modelo flexible, centrado en la persona, que transitaría por el sistema sanitario y social de forma circular. Una atención integral basada en una valoración de las necesidades del paciente y adecuación de servicios teniendo en cuenta sus preferencias y contexto social, familiar y laboral.

Se deberían dotar recursos para asegurar la coordinación entre todos los niveles asistenciales con las organizaciones de pacientes, la capacitación de profesionales sanitarios y la creación de unidades del dolor multidisciplinarias, así como la educación sanitaria de pacientes y familiares que favoreciesen una buena comunicación con el profesional sanitario y la mejora de la gestión del dolor crónico.

La definición del modelo de Atención Centrada en la persona con enfermedad y dolor crónicos representa una herramienta global para planificadores, gestores y profesionales sanitarios diseñada a partir de la experiencia y conocimiento de los expertos/as en planificación y manejo del dolor, así como de la realidad de las propias personas con dolor. Este modelo posibilitaría además la concreción de una Estrategia o Plan para la mejora de su abordaje en sus distintas fases asistenciales (diagnóstico precoz, seguimiento y tratamiento).

La estrategia resultante debería abordar el dolor crónico de forma transversal y común a todas las patologías o problemas de salud crónicos en las que pudiera estar presente.

Tabla 8.
Propuestas de mejora del abordaje del dolor crónico desde la perspectiva de la atención centrada en la persona

Ámbito	Propuestas
Despliegue del modelo de ACP con dolor	<ul style="list-style-type: none"> Definir y concretar una Estrategia nacional común para la mejora del abordaje del dolor crónico centrado en la persona. Crear y dotar la estructura organizativa e infraestructura que garantice el despliegue del modelo.
Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> Diseñar e implementar una capacitación específica de dolor para los y las profesionales sanitarios.



<p>Derivación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Crear circuitos de comunicación entre el sistema sanitario, los servicios sociales y las organizaciones de pacientes. • Implementar y fomentar la digitalización de la información entre los distintos niveles de atención del Sistema y especialidades. • Crear comisiones asesoras de dolor conjuntas entre AP y AH para la puesta en marcha y evaluación de acciones de mejora del diagnóstico, derivación y manejo del dolor crónico. • Desarrollar actividades informativas dirigidas a los equipos sanitarios acerca de los servicios y recursos disponibles en las unidades del dolor.
<p>Ámbito</p>	<p>Propuestas</p>
<p>Manejo del dolor crónico en las unidades del dolor</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Crear unidades del dolor multidisciplinares para el abordaje integral y coordinado del dolor crónico. • Garantizar la existencia de unidades del dolor en todas las regiones sanitarias con todas las técnicas intervencionistas.
<p>Manejo del dolor crónico: síntoma vs. enfermedad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer formación a los profesionales sanitarios sobre el abordaje biopsicosocial del dolor crónico. • Evaluar el impacto biopsicosocial del dolor crónico a través de un conjunto mínimo de indicadores que pudieran ser integrados en la historia clínica compartida • Incluir en los contratos-programa los indicadores de un modelo de ACP con enfermedad y dolor crónicos para su evaluación. • Incorporar la rehabilitación/fisioterapia en la cartera de servicios destinados al manejo crónico del dolor. • Incorporar la perspectiva de la prevención primaria, secundaria y terciaria en el abordaje del dolor crónico. • Desarrollar programas de educación sanitaria para pacientes y familiares dirigidos a potenciar y mejorar la gestión del dolor.
<p>Impacto psicosocial del dolor crónico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Implicar en el tratamiento psicológico a la familia de las personas afectadas con dolor. • Desarrollar campañas de visibilización del dolor crónico dirigidas a personas con enfermedades crónicas y a profesionales sanitarios.



08. Bibliografía

1. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. (2020): *The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises*. Pain. 2020 Sep 1;161(9):1976-1982. doi: Disponible en: <https://pub-med.ncbi.nlm.nih.gov/32694387/>, acceso 12 de abril de 2021.
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014): *Documento Marco para la mejora del abordaje del dolor en el SNS*. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/CISNS_DocumentoMarcoDolor.pdf, acceso 1 de marzo de 2021.
3. Sociedad Española del Dolor (2018): *La nueva clasificación internacional de enfermedades (CIE-11) y el dolor crónico*. Implicaciones prácticas. Rev. Soc. Esp. del Dolor, 26; 4. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462019000400001, acceso 1 de marzo de 2021.
4. Cabrera-León A, Cantero-Braojos MA (2017): *Impacto del dolor crónico discapacitante: resultados de un estudio poblacional transversal con entrevista cara a cara*. Elsevier, 50, 9 (527-538). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-impacto-del-dolor-cronico-discapacitante-S0212656716305522>, acceso 1 de marzo de 2021.
5. Instituto Nacional de Estadística (2017): *Encuesta Nacional de Salud en España (en línea)*. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=resultados&idp=1254735573175#!tabs-1254736195650, acceso 23 de noviembre de 2020.
6. Instituto Nacional de Estadística (2017): *Encuesta Europea de Salud (Asistencia sanitaria: cifras relativas; consumo de medicamentos)*. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p420/a2014/p05/l0/&file=07012.px&L=0>, acceso 1 de marzo de 2021.
7. The Societal Impact of Pain (SIP) (2012): *A Multi-stakeholder Platform in Europe*. Disponible en: <https://www.sip-platform.eu/es>, acceso 31 de marzo de 2021.
8. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019): *Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud*. Informe de Evaluación y líneas prioritarias de actuación. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Evaluacion_E_Cronicidad_Final.pdf, acceso 12 de abril de 2021.
9. Ministerio de Sanidad y Política Social (2010): *Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud*. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ActualizacionEstrategiaCancer.pdf>, acceso 1 de marzo de 2021.



10. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011): *Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud*. Actualización 2010-2014. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/paliativos/cuidadospaliativos.pdf>, acceso 1 de marzo de 2021
11. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013): *Estrategia en enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud*. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Estrategia_en_enfermedades_reumaticas_Accesible.pdf, acceso 1 de marzo de 2021.
12. Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP) y Sociedad Española del Dolor (SED) (2018): *El dolor en la enfermedad crónica desde la perspectiva de los pacientes*. Disponible en: <https://www.plataformadepacientes.org/sites/default/files/informe-dolor.pdf>, acceso 30 de noviembre de 2020.
13. Grünenthal (2020): *Nuestro compromiso con el dolor*.
14. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011): *Unidad de Tratamiento del Dolor Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad*. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EERR/Unidad_de_tratamiento_del_dolor.pdf, acceso 1 de marzo de 2021.
15. Martínez, T (2013): *La atención centrada en la persona. Algunas Claves para avanzar en los servicios gerontológicos*). Fundación Caser para la dependencia. Disponible en: <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/ACPMartinezActasdependencia.pdf>, acceso 1 de marzo de 2021.
16. Martínez, T (2017): *Evaluación de los servicios gerontológicos: un nuevo modelo basado en la Atención Centrada en la Persona*. Rev. Arg. de Gerontología y Geriátrica; 31(3):83-89. Disponible en: <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/evaluacionACPRAGG.pdf>, acceso 1 de marzo de 2021.
17. Departamento de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco (2012): *Modelo de atención centrada en la persona mayor frágil institucionalizada*. Disponible en: <https://www.matiainstituto.net/es/publicaciones/modelo-de-atencion-centrada-en-la-persona-mayor-fragil-institucionalizada>, acceso 1 de marzo de 2021.
18. Rodríguez, P (2013): *La atención integral y centrada en la persona*. Papeles de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal, nº1. Disponible en: <https://tienda.fundacionpilares.org/es/pdf/44-la-atencion-integral-y-centrada-en-la-persona-pdf.html>, acceso 1 de marzo de 2021.



19. Universidad Internacional Mendendez Pelayo: *El modelo de Atención Integral y Centrado en la Persona (AICP)*. Bases científicas, principios y aplicaciones. Disponible en: https://www.fundacionpilares.org/docs/encuentro_PPT_Rodriguez.pdf, acceso 1 de marzo de 2021.
20. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (2016): *Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019 de la Comunidad de Madrid*. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/transparencia/sites/default/files/plan/document/881_232_bvcm017902_0.pdf, acceso 1 de marzo de 2021.
21. Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco y Matia Instituto. *Modelo de atención centrada en la persona, cuadernos prácticos*. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_ss/es_publica/adjuntos/cuaderno%201.pdf, acceso 1 de marzo de 2021.
22. Díaz-Veiga, P. (2020): *El Modelo de Atención Centrado en la Persona: qué es y por dónde empezar*. Matia Fundazioa. Disponible en: <https://www.matiainstituto.net/es/publicaciones/el-modelo-de-atencion-centrado-en-la-persona-que-es-y-por-donde-empezar>, acceso 1 de marzo de 2021.
23. Fundación MAPRFE (2017): *La gestión sanitaria orientada hacia la calidad y seguridad de los pacientes (2ª Edición)*. Disponible en: https://app.mapfre.com/documentacion/publico/es/catalogo_imagenes/grupo.do?path=1101694, acceso 1 de marzo de 2021.
24. Pascual López JA, et al (2019): *Cuestionarios de Atención centrada en la persona en atención primaria. Una revisión sistemática*. Aten Primaria. 2020; 52(10):738-749. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-cuestionarios-atencion-centrada-persona-atencion-S0212656719302276>, acceso 1 de marzo de 2021.
25. Rodríguez Rodríguez P (2010): *La atención integral centrada en la persona. Principios y criterios que fundamentan un modelo de intervención en discapacidad, envejecimiento y dependencia*. Informes Portal Mayores (106). Disponible en: <https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion%20de%20Calidad%20SEGG/Residencias/atencion%20CENTRADA%20EN%20PERSONA%202010.pdf>, acceso 1 de marzo de 2021.
26. Junta de Andalucía. Consejería de Salud (2018): *Plan Andaluz de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas*. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/PAERMEV4.pdf>, acceso 29 de marzo de 2021.



27. Junta de Andalucía. Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento (2010): *Plan Andaluz de atención a las personas con dolor desde 2010-2013*. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/plan_atencion_dolor-1_0.pdf, acceso 29 de marzo de 2021.
28. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut (2012): *Icopraxi para el tratamiento médico y con irradiación del dolor oncológico*. Disponible en: http://ico.gencat.cat/web/content/minisite/ico/professionals/documents/arxiu/icopraxi_dolor_2014.pdf, acceso 30 de marzo de 2021.
29. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut (2010): *Model d'atenció al Dolor Crònic a Catalunya*. Disponible en: https://salutweb.gencat.cat/web/content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Serveis-sanitaris/Altres-models-anteriors-datencio-sanitaria/Model-datencio-al-dolor-cronic-Catalunya/Que-es/atencio_dolor_cronic_2011.pdf, acceso 30 de marzo de 2021.
30. Societat Catalana de Dolor (SCD) i Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC) (2017): *Consens català de dolor crònic no oncològic*. Disponible en: <https://www.academia.cat/files/204-5345-FITXER/ConsenscatalaDolorcronic.pdf>, acceso 30 de marzo de 2021.
31. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut (2016): *Abordaje del dolor crónico no oncológico 2016*.
32. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (2018). Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. *Guía de atención a los pacientes con dolor crónico no oncológico utilizando analgésicos opioides*. Disponible en: https://aquas.gencat.cat/web/content/minisite/aquas/publicacions/2018/guia_atencion_pacientes_dolor_opioides_vc_aquas2018.pdf, acceso 30 de marzo de 2021.
33. Dirección General de Coordinación del a Asistencia Sanitaria Servicio Madrileño de Salud (2017): *Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid 2017-2020*. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020297.pdf>, acceso 30 de marzo de 2021.
34. Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid (2015): *Estrategia de Seguridad del Paciente 2015 – 2020*. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/estrategia_de_seguridad_del_paciente_2015-2020_sermas_rev.pdf, acceso 30 de marzo de 2021.



35. Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid (2017): *Estrategia de atención al dolor 2017-2020*. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/transparencia/sites/default/files/plan/program/bvcm017980.pdf>, acceso 30 de marzo de 2021.
36. Servicio Gallego de Salud (2014): *Estrategia Sergas 2014: la sanidad pública al servicio del paciente*. Disponible en: https://www.sergas.es/Docs/Conselleria/Estrategia_Sergas_2014.pdf, acceso 30 de marzo de 2021.
37. Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. Servizo Galego de Saúde (2007): *Plan Gallego de Cuidados Paliativos*. Disponible en: <https://docplayer.es/35647978-Plan-gallego-de-cuidados-paliativos.html>, acceso 30 de marzo de 2021.
38. *DECRETO 60/2012*. Diario Oficial de Galicia (DOG) (nº26), 7 de febrero de 2012. Disponible en: https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2012/20120207/AnuncioC3K1-010212-11726_es.html, acceso 30 de marzo de 2021.
39. Gobierno de Extremadura, Consejería de Salud y Política Social (2013): *Plan de Salud de Extremadura 2013-2020*. Disponible en: https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/CustomContent/PLAN%20DE%20SALUD%20DE%20EXTREMADURA%202013-2020.pdf, acceso 30 de marzo de 2021.
40. Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad (2018). *Comité técnico del Dolor de Castilla y León*. Disponible en: https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/dolor/comite-tecnico-dolor-cyl.ficheros/1279254-Resoluci%C3%B3n%20Comit%C3%A9%20Dolor%2026_Dic_2018.pdf, acceso 30 de marzo de 2021.
41. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo (2010): *Plan de Salud 2010-2015 de la Región de Murcia*. Disponible en: http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/185877-Plan_salud_2010-2015.pdf, acceso 30 de marzo de 2021.
42. Gobierno de Navarra, Departamento de Salud: Servicio de Investigación, Innovación y Formación Sanitaria (2014): *Plan de Salud de Navarra 2014-2020*, Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/21DDBA10-A8D3-4541-B404-7A48827D3CFF/303761/PLANDESALUD20142020versionfinalParlamento.pdf>, acceso 30 de marzo de 2021.
43. Osakidetza (2017): *Retos y proyectos estratégicos de Osakidetza 2017-2020*. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/buen_gob_planes/es_def/adjuntos/PE_2017_2020_web_ESP.pdf, acceso 30 de marzo de 2021.



44. Osakidetza (2017): *Plan Estratégico 2017-2020 OSI Barrualde-Galdakao*. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/adjuntos/OSI_BArrualde_Galdakao_Plan_Estrategico_2017-2020_CAS.pdf, acceso 30 de marzo de 2021.
45. Osakidetza (2018): *Hospital Santa Marina Plan Estratégico 2018-2022*. Disponible en: <https://www.osakidetza.euskadi.eus/adjuntos/resumen-plan-estrategico-2018-2022-hospital-santa-marina.pdf>, acceso 30 de marzo de 2021.
46. Osakidetza: Organización Sanitaria Integrada Bilbao-Basurto (2018): *Plan Estratégico 2018-2021*. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_bibas_bienvenida_ambito/es_def/adjuntos/Plan%20Estrat%C3%A9gico%20OSI%20Bilbao%20Basurto%202018-2021.pdf, acceso 30 de marzo de 2021.
47. Ministerio de Sanidad (2017): *Buenas Prácticas en Abordaje de la Cronicidad en el SNS (Abordaje del Dolor Crónico)*. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/BBPP_DOLOR_2017.htm, acceso 30 de marzo de 2021.
48. Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía (2019): *Dolor crónico no oncológico (origen musculoesquelético)*. Proceso Asistencial Integrado. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/PAI_DCnO.pdf, acceso 13 de abril de 2021.
49. Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía (2015): *Manejo perioperatorio de medicación crónica*. Documento de apoyo al PAI Atención al Paciente Quirúrgico. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956dab19d_manejo_perioperatorio_medicacion_cronica_2016.pdf, acceso 13 de abril de 2021.
50. Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía (2019): *Cuidados Paliativos. Proceso Asistencial Integrado*. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/PAI_Cuidados_Paliativos_4definitivo.pdf, acceso 13 de abril de 2021.
51. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía de la Consejería de Salud (2017): *Manual de estándares. Unidades de Gestión Clínica*. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/archivo/Manual-UGC.pdf>, acceso 13 de abril de 2021.
52. Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía y Iavante (2021): *Abordaje integral del dolor en Pediatría*. Disponible en: <http://www2.iavante.es/es/detalle-curso/2276>, acceso 13 de abril de 2021.



53. Comunidad de Madrid, Hospital Universitario de la Princesa (2016): *La mejora de la atención a los pacientes con dolor es un objetivo institucional*. Jornada de puertas abiertas para pacientes con dolor. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/laprincesa/noticia/mejora-atencion-pacientes-dolor-es-objetivo-institucional>, acceso 13 de abril de 2021.
54. *DECRETO 134/2019*. Diario Oficial de Galicia (DOG) (nº204), 25 de octubre de 2019. Disponible en: https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2019/20191025/AnuncioC3K1-181019-0003_es.html, acceso 13 de abril de 2021.
55. Xunta de Galicia, Servicio Gallego de Salud (2014): *Sistema de Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgos Sanitarios. Del modelo corporativo de gestión integrada de la calidad del Servicio Gallego de Salud*. Disponible en: https://www.sergas.es/Calidade-e-seguridade-do-paciente/Documents/6/SISTEMA%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20Y%20GESTION%20DE%20REISGOS-SERGAS_castellano.pdf, acceso 13 de abril de 2021.
56. Servizo Galego de Saúde (SERGAS) (2021): *Escola Galega de Saúde para cidadáns: atención á dor para pacientes e cidadanía*. Disponible en: <https://escolasaude.sergas.gal/Contidos/Curso-online-Atencion-a%20dor-para-pacientes-e-cidadans?votar=1>, acceso 13 de abril de 2021.
57. Servizo Galego de Saúde (SERGAS) (2021): *Escola Galega de Saúde para cidadáns: Evaluación del dolor: curso de dolor para pacientes*. Disponible en: https://escolasaude.sergas.gal/Docs/EGSPC/pilula/02_evaluacion/index.html#lc_es_p1, acceso 13 de abril de 2021.
58. Servizo Galego de Saúde (SERGAS) (2021): *Escola Galega de Saúde para cidadáns: Asociacións*. Disponible en: <https://escolasaude.sergas.es/Contidos/Asociacions>, acceso 13 de abril de 2021.
59. Pain Proposal Galicia (2013): *Documento de consenso sobre el abordaje del dolor crónico*. Disponible en: https://www.sefac.org/sites/default/files/sefac2010/private/documentos_sefac/documentos/Pain%20Proposal%20-%20Galicia.pdf, acceso 13 de abril de 2021.
60. Servizo Galego de Saúde (SERGAS) (2020): *Estrategia SERGAS 2020*. Disponible en: https://www.sergas.es/A-nosa-organizacion/Documents/557/SERGAS_ESTRA-TEXIA_2020_280316_cas.pdf, acceso 13 de abril de 2021.



61. Xunta de Galicia, Consellería de Sanidad (2019): *Plan Gallego de Hospitalización a Domicilio. Estrategia HADO 2019-2023*. Disponible en: <https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/1123/HADO%205%20FINAL%20CAS%20digital%20v3.pdf>, acceso 13 de abril de 2021.
62. Osakidetza (2020): OSI Eskerraldea Enkarterri Cruces ESI (EEC Blog). *La atención no presencial: Carpeta de Salud y Consejo Sanitario*. Disponible en: <https://osieec.osakidetza.eus/blog/la-atencion-no-presencial-carpeta-de-salud-y-consejo-sanitario/>, acceso 13 de abril de 2021.
63. Gobierno Vasco, Departamento de Salud (2013): *Datos relevantes Encuesta de Salud de País Vasco (ESCAV)*. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_enc_salud_2018/es_def/adjuntos/DatosRelevantes_ESCAV2018.pdf, acceso 13 de abril de 2021.
64. Osakidetza (2018): *III Jornada sobre el abordaje del dolor en Osakidetza: "Creemos en el dolor del otro"*. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/evento/cosk_jor_abordaje_dolor_osakid/es_def/adjuntos/programa_dolor_2018_es.pdf, acceso 13 de abril de 2021.
65. Osakidetza y Gobierno Vasco, Departamento de Salud (2020): *Curso: Reflexiones para profesionales sobre el manejo del dolor (Online)*. Boletín interno de la OSI Donostialdea. Disponible en: <http://info.osidonostialdea.eus/es/curso-reflexiones-para-profesionales-sobre-el-manejo-del-dolor-online-6/>, acceso 13 de abril de 2021.
66. Universidad del País Vasco, Facultad de Medicina y Enfermería (2019): *Participación en el proceso de implantación de la guía de buenas prácticas de valoración y manejo del dolor de la Registered Nurses' Association of Ontario en la OSI Donostialdea*. Disponible en: https://addi.ehu.eus/bitstream/handle/10810/36754/TFG_PACHECO_MU%c3%91OZ.pdf?sequence=4&isAllowed=y, acceso 13 de abril de 2021.
67. Gobierno Vasco, Departamento de Salud (2016): *Plan de Cuidados Paliativos Euskadiko Zainketa Aringarrien Plana 2016-2020 de Euskadi 2016-2020*. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/plan_departamental/46_plandep_xileg/es_def/adjuntos/cuidados_paliativos_plan_es.pdf, acceso 13 de abril de 2021.
68. Osakidetza y Gobierno Vasco, Departamento de Salud (2021): *Carpeta de Salud*. Disponible en: <https://www.osakidetza.euskadi.eus/servicios-on-line/-/carpeta-de-salud/>, acceso 13 de abril de 2021.



09. Anexos

9.1. Actividades para la mejora del abordaje del dolor en el Sistema Nacional de Salud

Tabla 9.
Actividades desplegadas en Andalucía para la mejora del abordaje del dolor

ANDALUCÍA
Línea 1: “El dolor como elemento prioritario y transversal en el marco de las estrategias y políticas de salud del SNS”
Comité Técnico Asesor
<ul style="list-style-type: none"> • Coordina los diferentes grupos de trabajo que existen para cuestiones relacionadas con el dolor (uso adecuado de fármacos para el dolor, formación y evaluadores/as del Distintivo Centros contra el Dolor y de la Cartera de Servicios de las Unidades de Tratamiento del Dolor)²⁷.
Comisiones Clínicas
<ul style="list-style-type: none"> • El abordaje del dolor se integra en las Comisiones de Calidad de los Hospitales y Distritos de AP. Sin embargo, no se aborda de forma diferenciada²⁷.
Participación ciudadana
<ul style="list-style-type: none"> • Escuela de pacientes un aula específica de Fibromialgia²⁷.



Línea 2: "Prevención y atención sanitaria basadas en la evidencia"

Protocolos

- Crónico de origen no oncológico⁴⁸.
- Perioperatorio⁴⁹.
- Crónico de origen oncológico⁵⁰.

Valoración del Dolor

- Escalas de intensidad analgésica^{48,49,50}.
- Cuestionarios de impacto y de detección de dolor neuropático^{48,49,50}.

Indicadores de efectividad clínica del dolor como estándares de calidad asistencial

- Incorporación de estándares específicos sobre dolor crónico en los manuales de las competencias generales y específicas de los profesionales implicados⁵¹.

Medidas para la atención al dolor en la infancia

- Formación global para la atención al dolor en el niño/a (curso online en 2018 "Abordaje integral del dolor en pediatría IAVANTE")⁵².

Línea 4: "Coordinación y continuidad asistencial"

Procesos asistenciales integrados y/o rutas asistenciales que contemplan aspectos relacionados con el dolor

- Procesos asistenciales integrados (PAI) de dolor crónico no oncológico, oncológico y paciente quirúrgico^{48,49,50}.



Tabla 10. Actividades desplegadas en la Comunidad de Madrid para la mejora del abordaje del dolor

COMUNIDAD DE MADRID
Línea 1: “El dolor como elemento prioritario y transversal en el marco de las estrategias y políticas de salud del SNS”
Comité de Atención al Dolor
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 ³⁵ .
Participación ciudadana
<ul style="list-style-type: none"> Se han realizado varias jornadas dedicadas a pacientes en diferentes Hospitales apoyadas por la Comunidad Autónoma de Madrid como la “Jornada de puertas abiertas del Comité de atención al dolor: Tu dolor nos importa” (2016)³⁵.
Actividades formativas
<p>Actividades formativas dirigidas a profesionales sanitarios y orientadas a la mejora del abordaje del dolor como:</p> <ul style="list-style-type: none"> Jornadas de Comités de atención al dolor (realizadas anualmente, en 2015 ha sido su tercera reunión)³⁵ 1 Curso de valoración diagnóstica del dolor realizado por la Consejería acreditado³⁵
Línea 2: “Prevención y atención sanitaria basadas en la evidencia”
Valoración del Dolor
Anualmente se mide el grado de implementación de la valoración sistematizada de la intensidad del dolor como la 5ª constante vital y su registro por los profesionales sanitarios en todos los hospitales de la CAM ³⁵ .
Línea 4: “Coordinación y continuidad asistencial”
Procesos asistenciales integrados y/o rutas asistenciales que contemplan aspectos relacionados con el dolor
En los comités de atención al dolor existe un apartado para la coordinación entre AE y AP y son parte integrante de los mismos ³⁵ .



Tabla 11. Actividades desplegadas en Galicia para la mejora del abordaje del dolor

GALICIA
Línea 1: “El dolor como elemento prioritario y transversal en el marco de las estrategias y políticas de salud del SNS”
Comité Asesor
En 2015 se constituyó la Comisión Gallega de Estrategia contra el Dolor (regulado por el “DECRETO 60/2012 del 26 de enero” ³⁸).
Comisiones Clínicas
Existen Comisiones Clínicas en todas las Estructuras Organizativas de Gestión Integrada ⁵⁴ .
Participación ciudadana
<ul style="list-style-type: none"> • Impartición del “Curso de atención al dolor para pacientes y ciudadanos” a través de la Escola Galega de Saúde para Cidadáns⁵⁶. • Aplicación móvil para la valoración del dolor dirigida a pacientes y disponible en la Escuela Gallega de Salud para Cidadáns y en la plataforma dirigida a pacientes y ciudadanos É-Saúde⁵⁷. • La Escuela Gallega de Salud pone a disposición de las asociaciones de pacientes cursos diseñados en función de sus necesidades. El Consejo asesor de pacientes puede proponer los cursos que consideren necesarios en el marco de sus competencias⁵⁸.
Actividades formativas
Talleres de formación y participan en “foros con el experto” en los que se tratan temas relacionados con el afrontamiento del dolor por parte del paciente y cuidadores, así como diferentes aspectos relacionados con la fisiopatología, diagnóstico, tratamiento y cuidados ⁵⁹ .
Línea 2: “Prevención y atención sanitaria basadas en la evidencia”
Protocolos
<ul style="list-style-type: none"> • Crónico de origen no oncológico³⁷
Valoración del Dolor
<ul style="list-style-type: none"> • Implantado desde 2010 el procedimiento corporativo de valoración del dolor como 5ª constante y registro en la gráfica de constantes del aplicativo de gestión de cuidados de enfermería (GACELA) para todos los pacientes hospitalizados⁵⁹. • Monitorización del indicador objetivo incluido en el Acuerdo de Gestión de las Estructuras Organizativas de Gestión Integrada⁵⁹.



Indicadores de efectividad clínica del dolor como estándares de calidad asistencial

- Se registra la efectividad del tratamiento del dolor (si no mejora/mejora/desaparece o si se requiere tratamiento de rescate) en los registros especiales del aplicativo GACELA⁵⁹.

Medidas para la atención al dolor en la infancia

- Programa "Tolerancia Zero al Dolor Infantil": sistematización, consenso, documentación e implantación de los procedimientos de atención al paciente que sufre dolor en edad pediátrica (destacando el abordaje psicológico de la atención al dolor en edad pediátrica)⁶⁰.

Línea 4: "Coordinación y continuidad asistencial"

Procesos asistenciales integrados y/o rutas asistenciales que contemplan aspectos relacionados con el dolor

- Interconsulta para el manejo de pacientes en hospitalización domiciliaria que requieren cuidados paliativos y/o control del dolor, a través de la Historia Clínica Informatizada. Mediante esta, para que los profesionales de AP y Hospital puedan hacer consultas y solicitar asesoramiento. La responsabilidad asistencial del paciente recae en el equipo de atención primaria⁶¹.



Tabla 12.
Actividades desplegadas en el País Vasco para la mejora del abordaje del dolor

PAÍS VASCO
Línea 1: “El dolor como elemento prioritario y transversal en el marco de las estrategias y políticas de salud del SNS”
Participación ciudadana
<ul style="list-style-type: none"> • Carpeta de salud del paciente como canal de atención no presencial bidireccional entre paciente y profesional (si lo autoriza) en la Unidad del Dolor del Hospital Universitario Araba⁶². • Encuestas corporativas de satisfacción de pacientes que contemplan 4 ítems sobre el dolor en 3 áreas de atención (estado de salud, calidad de vida relacionada con la salud y problema de salud de larga duración)⁶³. • Jornadas sobre el abordaje del dolor crónico en Osakidetza con la participación de pacientes y/o asociaciones y profesionales (tercera edición en 2018)⁶⁴.
Actividades formativas
<p>Curso “Reflexiones para profesionales sobre el manejo del dolor” dirigido a profesionales sanitarios implicados en la atención de pacientes con dolor en cualquiera de los posibles ámbitos de actuación⁶⁵.</p>
Línea 2: “Prevención y atención sanitaria basadas en la evidencia”
Protocolos
<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo de enfermería sobre “Valoración y Manejo del Dolor” en la OSI Donostialdea⁶⁶.
Valoración del Dolor
<ul style="list-style-type: none"> • Valoración del dolor y otros síntomas en el Plan Individualizado de Cuidados Paliativos (contrato programa)⁶⁷. • Formularios con escalas de valoración disponibles en la historia clínica compartida de Osakidetza y accesibles a los y las profesionales sanitarios⁶⁸.



9.2. Composición de los focus group y entrevistas

Organizaciones de pacientes

Participante	Perfil de los y las representantes
Mar Barbero Lázaro	Directora-Gerente de FEDACE (Federación Española de Daño Cerebral).
Marta Blanco Álvarez	Médico de AECC (Asociación Española Contra el Cáncer).
Isabel Colomina Casaus	Presidenta de AEMICE (Asociación Española de Migraña y Cefalea).
Marisa Gallardo González	Presidenta de FEXAF (Federación Extremeña de asociaciones de Fibromialgia, Sensibilidad Química Múltiple y Síndrome de Fatiga Crónica).
Rosa Elba González González	Vocal de la junta directiva de FEDER (Federación Española de Enfermedades Raras) y miembro de la Asociación Española del Síndrome Cornelia de Lange.
Saleta López Loira	Psicóloga en "DEBRA, piel de Mariposa".
Erika Otxoa	Fisioterapeuta y coordinadora del servicio de rehabilitación de ADEMBI (Asociación de Esclerosis Múltiple de Bizkaia).
Ana Vázquez Lojo	Presidenta de LIRE (Liga Reumatológica Española).



Profesionales Sanitarios

Participante	Perfil de los y las profesionales
Dra. Lidia Ayllón Gavira	Pediatra de la Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos del Hospital Universitario Son Espases de Palma de Mallorca.
Dr. Alfonso Carregal Ranó	Anestesiólogo de la Unidad del Dolor del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo y vocal de la junta directiva de la SED.
Dr. Antonio Collado Cruz	Reumatólogo y coordinador de la Unidad Multidisciplinar para el Estudio y Tratamiento de la Fibromialgia del Hospital Clinic de Barcelona.
Dr. Pablo Irimia Sieira	Neurólogo, especialista en el tratamiento de cefaleas de la Clínica Universidad de Navarra. Miembro del grupo de cefaleas de la SEN.
Dra. María Luz Padilla del Rey	Anestesióloga en el Servicio de Anestesiología, Reanimación y Unidad del Dolor del Hospital General Universitario Santa Lucía de Murcia. Vocal de la junta directiva de la Sociedad Española del Dolor (SED).
Dr. Alberto Alonso Babarro	Médico jefe de la Unidad de Cuidados Paliativos en el Hospital Universitario La Paz de Madrid.
Dra. Blanca Palomino Aguado	Jefe de Servicio en Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Ramón y Cajal y miembro del Grupo de Dolor de la SED.



9.3. Índice de figuras y tablas

Figura 1. Modelo integral de Atención Centrada en la Persona en situaciones de discapacidad, fragilidad o dependencia	10
Figura 2. Modelos centrados en la persona vs. modelos centrados en el servicio	11
Figura 3. Dimensiones de la Atención Centrada en la Persona en el sistema social y sanitario	13
Figura 4. Diagrama de las fases del proyecto	16
Figura 5. Dimensiones de análisis del grupo de profesionales sanitarios	19
Figura 6. Dimensiones de análisis del grupo de organizaciones de pacientes	19
Figura 7. Tipos de actividades para la mejora del abordaje del dolor crónico desarrolladas por algunas Comunidades Autónomas clasificadas según línea estratégica del Documento Marco	26
Figura 8. Flujo actual de la persona con dolor crónico en el SNS y sus principales barreras	27
Figura 9. Circuito asistencial en un modelo de Atención Centrada en la Persona con dolor crónico	39
Figura 10. Características del Modelo de ACP con enfermedad y dolor crónico	41
Figura 11. Modelo de ACP con enfermedad y dolor crónicos	42



Tabla 1. Participantes en los grupos focales	18
Tabla 2. Composición del grupo de expertos/as	20
Tabla 3. Planes autonómicos para el abordaje del dolor crónico	22
Tabla 4. Planes autonómicos de salud que contemplan el abordaje del dolor crónico	24
Tabla 5. Buenas prácticas del SNS en el abordaje del dolor crónico	26
Tabla 6. Barreras identificadas en el abordaje y manejo del dolor	36
Tabla 7. Propuestas de acción para la implementación de un modelo de atención centrado en la persona con dolor crónico	43
Tabla 8. Propuestas de mejora del abordaje del dolor crónico desde la perspectiva de la atención centrada en la persona	49
Tabla 9. Actividades desplegadas en Andalucía para la mejora del abordaje del dolor	59
Tabla 10. Actividades desplegadas en la Comunidad de Madrid para la mejora del abordaje del dolor	61
Tabla 11. Actividades desplegadas en Galicia para la mejora del abordaje del dolor	62
Tabla 12. Actividades desplegadas en el País Vasco para la mejora del abordaje del dolor	64





PLATAFORMA DE ORGANIZACIONES
DE PACIENTES

Colaboradores:

abbvie



Lilly

 Pfizer