

Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad del Sistema Nacional de Salud

DOCUMENTO DE DESARROLLO 2025-2028

SANIDAD 2025

MINISTERIO DE SANIDAD

SUBDIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD ASISTENCIAL



DOCUMENTO APROBADO PENDIENTE DE NIPO



MINISTERIO DE SANIDAD

Paseo del Prado, 18-20, 28014 Madrid.

Pendiente de NIPO

Ministerio de Sanidad

COORDINACIÓN TÉCNICA

Subdirección General de Calidad Asistencial. D.G. de Salud Pública y Equidad en Salud:
(poner nombres)

COORDINACIÓN CIENTÍFICA

(poner nombres)

COMITÉ INSTITUCIONAL

(poner nombres)

Comunidades Autónomas

(poner nombres)

PAIS VASCO

CATALUÑA

GALICIA

ANDALUCÍA

PRINCIPADO DE ASTURIAS

CANTABRIA

COMUNIDAD VALENCIANA

CANARIAS

REGIÓN DE MURCIA

CASTILLA Y LEÓN

EXTREMADURA

COMUNIDAD DE MADRID

ISLAS BALEARES

ARAGÓN

CASTILLA-LA MANCHA

COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA

LA RIOJA

Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030

(poner nombres)

Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN)

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)

Ministerio de Sanidad

(poner nombres)

Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud.

- Subdirección General de Calidad Asistencial.
- Subdirección General de Promoción, Prevención y Equidad en Salud

Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)

Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA)

Instituto de Salud Carlos III (ISCIII)

Observatorio de la Salud de la Mujer Subdirección General de Cartera de Servicios del SNS y Fondos de Compensación Dirección General de Salud Digital y Sistemas de Información para el SNS

- Subdirección General de Servicios Digitales de Salud
- Subdirección General de Información Sanitaria

COMITÉ TÉCNICO

(poner nombres)

Representantes de:

Sociedades Científicas

Asociación Enfermería Comunitaria (AEC)

Asociación Española de Enfermería Pediatría (AEEP)

Asociación Española Fisioterapeutas (AEF)

Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH)

Asociación Española Pediatría (AEP)

Asociación Española Pediatría de Atención Primaria (AEPap)

Asociación Española Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP)

Asociación Española Trabajo Social y Salud (AETSyS)

Federación Asociaciones Enfermería Familiar y Comunitaria (FAECAP)

Federación de Asociaciones Científico Médicas (FACME)

Grupo de Enfermería de la AEEH

Sociedad Científica Española de Trabajo Social Sanitario (SCETSS)

Sociedad Española de enfermería nefrológica (SEDEN)

Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio (SEHAD)

Sociedad Española de Nefrología (SENEFRO)

Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)

Sociedad Española de Psicología Clínica - ANPIR

Sociedad Española Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG)

Sociedad Española Farmacéuticos de AP (SEFAP)

Sociedad Española Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria (SEFAC)

Sociedad Española de Farmacología Clínica (SEFC)

Sociedad Española Farmacia Hospitalaria (SEFH)

Sociedad Española Geriátrica y Gerontología (SEGG)

Sociedad Española Medicina Familiar y Comunitaria (semFyC)

Sociedad Española Medicina Geriátrica (SEMEG)

Sociedad Española Medicina Interna (SEMI)

Sociedad Española Médicos de AP (SEMERGEN)

Sociedad Española Médicos Generales y de Familia (SEMG)

Sociedad Española Reumatología (SER)

Sociedad Española Salud Pública y Administración Sanitarias (SESPAS)

Unión Española Sociedades Científicas Enfermería (UESCE)

Asociaciones de Pacientes

Federación Española de Asociaciones de Pacientes Alérgicos y con Enfermedades Respiratorias (FENAER)
Federación Nacional de Asociaciones para la lucha contra las enfermedades del Riñón (ALCER)
Federación Nacional de Enfermos y trasplantados Hepáticos (FNETH)
Foro Español Pacientes (FEP)
Plataforma Organizaciones Pacientes (POP)

Avalado por el Comité Institucional de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad del Sistema Nacional de Salud

PRESENTACION

El Sistema Nacional de Salud (SNS), tal como lo configura la Ley General de Sanidad de 1986, garantiza a la ciudadanía una atención sanitaria universal, pública, equitativa y de calidad. A lo largo de las últimas décadas, el proceso de descentralización iniciado en 2002 ha permitido a las Comunidades Autónomas adaptar sus políticas y servicios sanitarios a las características y necesidades de sus territorios, consolidando un modelo de cogobernanza que mantiene la cohesión y coordinación a nivel estatal.

Este marco ha hecho posible el desarrollo de estrategias comunes como la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS, puesta en marcha en 2012 como respuesta al impacto creciente de las enfermedades crónicas sobre las personas, los servicios de salud y la sostenibilidad del sistema, en un contexto marcado por el envejecimiento poblacional, la transformación de los perfiles epidemiológicos y los cambios sociales.

La atención a la cronicidad exige evolucionar hacia un modelo centrado en las personas, orientado a la promoción de la salud y prevención, la coordinación entre niveles y sectores, la atención integrada sociosanitaria, la adecuación de la práctica clínica y la participación de pacientes, familias y personas cuidadoras, teniendo en cuenta la influencia de los determinantes sociales de la salud y el enfoque de equidad. La Atención Primaria desempeña un papel fundamental en este nuevo enfoque, gracias a su cercanía, visión integral y longitudinalidad, lidera el seguimiento de los procesos crónicos, activa los recursos comunitarios, facilita la atención domiciliaria y articula la continuidad asistencial. Herramientas como la estratificación de la población y la valoración integral de necesidades permiten identificar a quienes requieren una atención más intensiva y personalizada.

La evaluación de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad realizada en 2021 puso de relieve avances significativos, pero también áreas prioritarias de mejora. A partir de sus resultados, y con la implicación de las Comunidades Autónomas, profesionales, sociedades científicas y asociaciones de pacientes, se actualizó el marco estratégico para reforzar el enfoque integral de la atención a las enfermedades crónicas. Desde entonces, el Ministerio de Sanidad y los servicios de salud autonómicos han venido trabajando en la implementación progresiva de sus líneas estratégicas, impulsando iniciativas adaptadas a los contextos territoriales, con distintos ritmos, pero un rumbo común.

El **Documento de Desarrollo para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS 2025-2028** da continuidad a ese proceso, consolidando los principios y objetivos establecidos en 2021 y avanzando hacia su aplicación efectiva. Para ello, recoge la experiencia acumulada durante estos años e incorpora recomendaciones concretas orientadas a responder a necesidades específicas de las personas con problemas crónicos de salud. Este documento se concibe como un instrumento operativo para favorecer una atención más integrada, proactiva, adecuada, segura y centrada en las personas, que refuerce la cohesión del SNS y garantice respuestas adaptadas a la diversidad de situaciones que plantea la cronicidad en nuestro país.

El Documento de Desarrollo de la Estrategia de Abordaje de la Cronicidad 2025-2028, se fundamenta en los principios rectores del SNS: equidad, calidad, sostenibilidad y atención centrada en la persona. Parte de una visión integral de la salud pública que abarca la promoción,

la prevención y la atención sanitaria a lo largo de todo el ciclo vital, reforzando la integración efectiva entre los ámbitos sanitario y social. Se impulsa activamente la participación de las personas y su entorno en el proceso asistencial, consolidando un modelo de atención integrada para la cronicidad, adaptado a las necesidades cambiantes de la población.

Además, se alinea con proyectos internacionales centrados en la transformación de la atención primaria, comunitaria e integrada, que inspiran y enriquecen nuestra actuación.

Reconociendo el impacto creciente del envejecimiento y la multimorbilidad, este documento de desarrollo apuesta por un modelo de atención proactiva, continua, coordinada y centrada en las necesidades de los pacientes. Subraya también que la cronicidad no es exclusiva de las personas mayores: afecta a niños, niñas, adolescentes y jóvenes con enfermedades complejas que requieren atención especializada y transiciones asistenciales seguras y planificadas, especialmente en el paso de la atención pediátrica a la adulta.

Este documento es fruto de un proceso participativo y consensuado con los principales agentes del SNS. Se concibe como un marco dinámico, con capacidad de adaptación y revisión periódica, en coherencia con otras estrategias nacionales y orientado a la mejora continua. A partir de sus líneas prioritarias, se han constituido grupos de trabajo técnico-operativos encargados de desarrollar acciones factibles, evaluables y transferibles, que serán incorporadas progresivamente a medida que se validen. La Atención Primaria lidera estos espacios de trabajo, como motor esencial del cambio hacia un sistema más resolutivo, humano y cercano.

El Documento de Desarrollo de la Estrategia de Abordaje de la Cronicidad 2025-2028 incorpora un enfoque transversal e interseccional que considera los determinantes sociales, culturales, económicos y laborales, comerciales y de género, así como las situaciones de vulnerabilidad, para garantizar respuestas adaptadas a la diversidad de la población y promover una atención inclusiva, tratando de evitar la ley de cuidados inversos en la atención a la cronicidad.

La atención a la cronicidad representa hoy un reto ineludible, pero también una oportunidad estratégica para fortalecer nuestro sistema sanitario. Este Documento de Desarrollo propone una hoja de ruta concreta para avanzar hacia un modelo de atención más eficiente, equitativo y centrado en las personas, promoviendo mejoras que impacten positivamente en la calidad de vida de quienes conviven con enfermedades crónicas y en la calidad del sistema que las atiende.

Este Documento de Desarrollo representa un paso firme hacia una atención más integrada, eficiente y centrada en las necesidades reales de las personas con enfermedades crónicas. Desde la Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud, seguiremos impulsando el trabajo conjunto y el aprendizaje compartido como base para construir un Sistema Nacional de Salud más resiliente y equitativo.

Director General de Salud Pública y Equidad en Salud

DOCUMENTO DE DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA DE ABORDAJE DE LA CRONICIDAD 2025-2028

Contenido

Antecedentes	1
Principales actuaciones realizadas entre 2021 y 2025	2
Documento de Desarrollo de la Estrategia de Abordaje de la Cronicidad 2025-2028	5
Metodología Participativa y Agentes Implicados	7
Líneas Estratégicas del Documento de Desarrollo EAC 2025-2028	9
Acciones que impulsar	10
Línea Estratégica 1: Continuidad Asistencial	10
Línea Estratégica 2: Atención Domiciliaria	12
Línea Estratégica 3: Atención Integrada Social y Sanitaria	15
Línea Estratégica 4: Adecuación de la Práctica Asistencial en Cronicidad	17
Línea Estratégica 5: Atención al Final de la Vida	20
Línea Estratégica 6: Programa de Estratificación de la Población en el SNS, GMA-SNS	22
Línea Estratégica 7: Corresponsabilidad de la ciudadanía en salud.	23
Reflexión final	25
Abreviaturas	25
Referencias	27
Anexos	29
Anexo A: Ficha de Trabajo y checklist	29

Este documento constituye el desarrollo y actualización de la Estrategia de Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, en línea con los compromisos adquiridos desde su aprobación inicial. Articulado en torno a siete líneas estratégicas ya recogidas en versiones anteriores, este documento refuerza y concreta las acciones prioritarias necesarias para avanzar hacia un modelo asistencial más integral, equitativo y centrado en las personas.

Su elaboración ha sido fruto de un proceso colaborativo y participativo, consensuado en el marco del Comité Institucional de la Estrategia, integrado por representantes de todas las Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía. Asimismo, incorpora las aportaciones del Comité Técnico, compuesto por profesionales designados por sociedades científicas y asociaciones de pacientes, garantizando así una visión plural y basada en la experiencia clínica, científica y social.

Estas recomendaciones están concebidas como una guía de referencia para orientar la planificación y la toma de decisiones en el ámbito de la atención a la cronicidad, respetando la autonomía organizativa y competencial de cada territorio.

Antecedentes

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, configura el Sistema Nacional de Salud (SNS) como el conjunto de los servicios de salud de la Administración del Estado y de las Comunidades Autónomas, integrando todas las funciones y prestaciones sanitarias públicas. Esta norma garantiza la cobertura universal y la equidad en el acceso a la atención sanitaria. Desde el proceso de descentralización finalizado en 2002, el SNS permite a las Comunidades Autónomas adaptar la organización y prestación de los servicios a las particularidades y necesidades locales, en el marco de actuaciones de cohesión y coordinación orientadas a asegurar la aplicación efectiva de estrategias comunes en todo el territorio.

La *Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS*, puesta en marcha en 2012, y actualizada en 2021, respondió a la necesidad de adaptar el sistema sanitario a los profundos cambios demográficos, epidemiológicos y sociales que han incrementado de forma sostenida la prevalencia de enfermedades crónicas y la carga de morbilidad asociada, sin olvidar el impacto en las personas y su entorno al modificarse por ello las necesidades de cuidado, de capacidad de autocuidado así como su deseo de participación en la toma de decisiones. Estos desafíos siguen siendo plenamente vigentes y constituyen la columna vertebral del documento actual, que actualiza y desarrolla la Estrategia de Abordaje de la Cronicidad.

En la actualidad, atendiendo los datos aportados por la última encuesta Europea de Salud para España y la OCDE, el 54,3% de la población española mayor de 15 años padece una enfermedad crónica, al menos. Atendiendo solo a la población española mayor de 65 años, el 40% de los hombres y el 44% de las mujeres padecen varias enfermedades crónicas.

La atención a las personas con problemas de salud crónicos requiere un modelo asistencial, orientado a la prevención, a la mejora en la adecuación de la práctica asistencial, y a un abordaje integral centrado en la persona. Muchas de estas personas presentan pluripatología, comorbilidad y situaciones de complejidad clínica que se agravan con la edad, haciéndolas especialmente vulnerables y frágiles. En este contexto, garantizar una atención segura, efectiva y eficiente es esencial para reducir riesgos, optimizar resultados y asegurar el uso adecuado de los recursos. La atención debe apoyarse en equipos interdisciplinares que integren profesionales de los servicios sanitarios y sociales, y que garanticen la continuidad asistencial y la integración sociosanitaria, promoviendo activamente la participación del paciente y de su entorno, en un modelo de atención integrada de la cronicidad.

En este contexto, la Atención Primaria (AP) desempeña un papel central como pilar asistencial cercano y continuo, a lo largo de todo el ciclo de la vida de la persona (longitudinalidad), del

sistema sanitario y debe actuar de manera colaborativa con los otros ámbitos de atención, en un modelo de Atención Integrada Centrada en la Persona. Los equipos de AP (EAP) deben ser referentes en el seguimiento de los procesos crónicos, en la activación de recursos disponibles en la comunidad, en la coordinación de la atención domiciliaria cuando sea necesaria, y en el acompañamiento y fomento del autocuidado por parte de los pacientes, donde las enfermeras tienen un papel relevante. El fortalecimiento de esta atención, especialmente en el ámbito domiciliario, permite prevenir hospitalizaciones evitables, adecuar las necesidades de desplazamiento y mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas.

El abordaje de la cronicidad debe incorporar también una adecuada atención a las personas cuidadoras, reconociendo el impacto físico, emocional, social y económico que supone la labor de los cuidados. Es esencial ofrecerles formación, apoyo y recursos que protejan su salud y bienestar.

La estratificación de la población, basada en criterios de complejidad clínica, utilización de recursos y determinantes sociales, permite identificar a las personas con mayor carga de morbilidad y planificar intervenciones individualizadas. Estas deben partir de una valoración integral de las necesidades de salud, funcionales, sociales y de cuidados, considerando también la perspectiva de género, las preferencias del paciente y de su entorno, y garantizando el seguimiento y la revisión continuada de los planes de atención.

La *Evaluación y definición de líneas prioritarias de actuación de la Estrategia de Cronicidad* que se realizó en 2021 permitió identificar áreas prioritarias de mejora y avanzar en la consolidación de un modelo asistencial más integrado, equitativo, proactivo y eficiente. Estas acciones han sido desarrolladas en coordinación con las Comunidades Autónomas, sociedades científicas, asociaciones de pacientes y otros actores del SNS, con el objetivo de garantizar un modelo asistencial más integral, equitativo y eficiente.

Principales actuaciones realizadas entre 2021 y 2025

Las principales actuaciones realizadas entre 2021 y 2025 se han estructurado en torno a las líneas estratégicas consensuadas tras la *Evaluación y definición de líneas prioritarias de actuación de la Estrategia de Cronicidad realizada 2021*:

1. Historia Clínica Electrónica Compartida
2. Coordinación Sociosanitaria
3. Continuidad Asistencial y Fortalecimiento de Atención Primaria
4. Impulso de la Atención Domiciliaria
5. Mejorar la capacidad resolutoria y gestión clínica de la demanda de AP (Estratificación de la población en grupos de riesgo-necesidades, GMA-SNS)
6. Participación y Empoderamiento del Paciente (Red de Escuelas de Salud para la Ciudadanía)
7. Uso Seguro y Efectivo de Medicamentos en Pacientes Crónicos Polimedicados
8. Mejora del Abordaje del Dolor Crónico en el SNS

A continuación, se presentan los avances realizados hasta el momento en las diferentes líneas:

1. Historia Clínica Electrónica Compartida

- En este periodo ha habido, por parte tanto de las Comunidades Autónomas (CCAA) como a nivel del Ministerio, importantes avances en la interoperabilidad, información en salud digitalizada para el paciente e historia clínica electrónica compartida en el SNS, facilitando la continuidad asistencial y el acceso a la información clínica de los pacientes en todos los niveles asistenciales.

- Asimismo, en este periodo se ha desarrollado cierto nivel de interoperabilidad con programas o repositorios de información social de Servicios Sociales en algunas CCAA

2. Coordinación Sociosanitaria

En este periodo ha habido, por parte tanto de las CCAA como a nivel del Ministerio, avances en la coordinación y atención integrada sociosanitaria.

- *Informe sobre la Atención Sociosanitaria en España (2022)*, que analiza la situación actual y propone mejoras en la integración de los servicios sanitarios y sociales.
- *Estrategia de Desinstitucionalización*, desarrollada por el Ministerio de Derechos Sociales en colaboración con el Ministerio de Sanidad, para promover modelos de atención centrados en la persona.

3. Continuidad Asistencial y Fortalecimiento de Atención Primaria

Desde la aprobación de Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria, los Planes de Acción de Atención Primaria y Comunitaria del SNS (2022-2023; 2025-2027) y los planes de AP de las CCAA han planteado la importancia del fortalecimiento de la AP y de los mecanismos de coordinación y continuidad asistencial.

- *Planes de Acción de Atención Primaria y Comunitaria (PAPyC) 2022-2023 y 2025-2027*, con medidas para mejorar la coordinación entre niveles asistenciales, asegurar la longitudinalidad, fortalecer la atención domiciliaria interdisciplinar y optimizar la gestión de la demanda.
- *Informe de evaluación del PAPyC (2024)*, con análisis de avances y retos en la mejora de la atención a pacientes crónicos.

4. Impulso de la Atención Domiciliaria

Desde la aprobación de Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria, los Planes de Acción de Atención Primaria y Comunitaria del SNS (2022-2023; 2025-2027) y los planes de AP de las CCAA han planteado la importancia de la atención domiciliaria para las personas con enfermedades crónicas

- Refuerzo de la visita domiciliaria para personas en situación clínica y social compleja, favoreciendo una atención más cercana y personalizada.

5. Mejorar la capacidad resolutive y gestión clínica de la demanda de AP

Desde la aprobación de la Actualización de la Estrategia del Abordaje de la Cronicidad, en 2021, desde el Ministerio de Sanidad y las CCAA se han fortalecido diferentes recursos para mejorar la gestión, cartera de servicios y capacidad resolutive de la AP, ejemplo de ello son los siguientes proyectos:

- El desarrollo de la herramienta y uso de la estratificación de la población del SNS en grupos de morbilidad ajustada (la herramienta GMA-SNS) facilita la identificación de pacientes con distintas necesidades de atención permitiendo adaptar los recursos de Atención Primaria a las necesidades reales de cada paciente o grupo poblacional, mejorando la planificación, la asignación de profesionales y la atención longitudinal.
- La ampliación progresiva de la capacidad resolutive de Atención Primaria se impulsa, entre otros mecanismos, mediante la actualización periódica de la cartera común de servicios del SNS (la última actualización en mayo 2025). Estas actualizaciones introducen nuevos procedimientos diagnósticos accesibles desde Atención Primaria, refuerzan los programas preventivos como los cribados, y mejoran el acceso a prestaciones adaptadas a colectivos como las personas con discapacidad.

- Fortalecimiento del papel de las enfermeras en las valoraciones integrales, junto con la integración de servicios como la fisioterapia para prevenir el deterioro funcional.
- Impulso a la atención no presencial con el desarrollo de la Estrategia de Salud Digital en el SNS en AP y de las CCAA. El uso de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) como teleconsulta, e-interconsulta y telemonitorización mejoran la accesibilidad, la coordinación entre niveles asistenciales y la eficiencia en la gestión de la demanda.

6. Participación y Empoderamiento del Paciente

En los últimos años se ha dado un impulso a la participación y empoderamiento del paciente en los procesos de desarrollo de Estrategias y Planes de Salud, en la toma de decisiones clínicas compartidas entre profesionales y pacientes. Ejemplos de este desarrollo son las siguientes iniciativas y proyectos:

- Desarrollo de la *Red de Escuelas de Salud para la Ciudadanía*, impulsando la educación sanitaria y la autogestión de la enfermedad, como pilares del empoderamiento del paciente.
- Acceso a información basada en la evidencia a través de *UpToDate* y *GuíaSalud* para pacientes.
- *Estrategia de Salud Digital*, con iniciativas de capacitación en salud para profesionales y ciudadanía con la colaboración de las organizaciones de pacientes.
- *Guía para la Profesionalización de Entidades de Pacientes*, promoviendo la toma de decisiones compartidas en el SNS.

7. Uso Seguro y Efectivo de Medicamentos en Pacientes Crónicos Polimedicados

Desde la actualización de la Estrategia de Abordaje de la Cronicidad en 2021, se han impulsado diversas iniciativas orientadas a mejorar la seguridad y efectividad del uso de medicamentos en pacientes crónicos polimedicados desde el Ministerio de Sanidad y las CCAA. Estas acciones han buscado optimizar la prescripción, promover la conciliación terapéutica y fortalecer el seguimiento farmacológico en el ámbito de la Atención Primaria, en línea con los principios de calidad asistencial y seguridad del paciente. Ejemplos de estas acciones son:

- *Recomendaciones sobre conciliación de la medicación en Atención Primaria (2022)*, garantizando una prescripción más segura y eficiente.
- Desarrollo de *Guías de Práctica Clínica (GuíaSalud)* en Cronicidad para el manejo adecuado de la medicación en pacientes con múltiples patologías.
- *Informe SIAP/BDCAP-2024, para el seguimiento de la polimedicación en Atención Primaria*.
- Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud Período 2015-2020.

8. Mejora del Abordaje del Dolor Crónico en el SNS

En el marco de la Estrategia de Abordaje de la Cronicidad, se han desarrollado acciones formativas dirigidas a mejorar la atención al dolor crónico, tanto en población infantil como adulta. Estas iniciativas han promovido un enfoque integral y multidisciplinar, orientado a reforzar las capacidades del equipo de profesionales sanitarios y a garantizar una atención más eficaz y centrada en la persona.

- Cursos de Abordaje Integral del Dolor en Población Infantil y Adulta, promoviendo una atención más eficaz e interdisciplinar en el tratamiento del dolor.

Documento de Desarrollo de la Estrategia de Abordaje de la Cronicidad 2025-2028

El Documento de Desarrollo para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS 2025–2028 (en adelante, 'Documento de desarrollo EAC 2025–2028') se plantea como una continuación de las acciones iniciadas tras la evaluación y definición de líneas prioritarias de actuación de la Estrategia de Cronicidad realizada en 2021. La **misión** del Documento de Desarrollo es transformar la Estrategia de Abordaje de la Cronicidad en una hoja de ruta que permite implementar los objetivos más generales de la estrategia mediante un enfoque estructurado, coordinado y efectivo, proporcionando un marco de actuación más práctico frente a las enfermedades crónicas.

Por tanto, dando continuidad a la **visión y principios** de la Estrategia, el **objetivo** del Documento de Desarrollo es consolidar las líneas estratégicas clave, reforzar la implementación efectiva de las medidas propuestas e incorporar recomendaciones concretas en cada ámbito de actuación, incluyendo el abordaje integral de los problemas de salud crónicos. Todo ello con el objetivo último de mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas y la de las personas cuidadoras, disminuir la prevalencia de las condiciones de salud y limitaciones en las actividades, reducir la mortalidad prematura, prevenir el deterioro de la capacidad funcional y las complicaciones asociadas a cada proceso y optimizar el uso de los recursos del sistema sanitario.

Este documento se alinea con los valores esenciales del SNS con visión integral de salud pública, que integra la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la atención sanitaria y refuerza el compromiso con la equidad, la cohesión social y la sostenibilidad del sistema, teniendo en cuenta los determinantes sociales de la salud y promoviendo una atención centrada en las personas a lo largo de todo el ciclo vital. Entre estos determinantes se incluyen también las condiciones laborales, que pueden actuar como causa, desencadenantes o agravantes de ciertas enfermedades crónicas. Si bien la prevención y detección corresponde a los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales, muchas veces el diagnóstico y seguimiento se realizan en el ámbito sanitario, lo que requiere su contemplación y coordinación intersectorial. El documento incorpora la perspectiva de género en todas sus líneas de acción, garantizando un enfoque equitativo y sensible a las desigualdades entre mujeres y hombres en el abordaje de la cronicidad.

En su desarrollo, el Documento de Desarrollo tiene en cuenta las recomendaciones y aprendizajes derivados de iniciativas y proyectos internacionales orientados a mejorar la atención a la cronicidad y fortalecer la Atención Primaria. Entre ellos se encuentran la *Joint Action on transfer of best practices in primary care* (EU4Health AWP 2021) el *Informe sobre el Documento de Desarrollo para implantar las Recomendaciones para adaptar la Atención Primaria a las necesidades actuales de la población española* (Proyecto Adapting Primary Care, 2023) y las recomendaciones del proyecto *Primary Health Care Transformation in Spain and Current Challenges* (2023). Estas referencias contribuyen a consolidar un enfoque alineado con estándares europeos, reforzando el compromiso del SNS con la mejora continua y la adaptación a los retos presentes y futuros.

La longevidad y el envejecimiento progresivo de la población constituyen un logro social y sanitario, si bien conlleva una mayor prevalencia de enfermedades crónicas. Esta realidad plantea la necesidad de adaptar de forma continua los sistemas sanitarios, incluido el Sistema Nacional de Salud (SNS). Para responder a esta situación es necesario avanzar hacia un modelo de atención integral y coordinado, basado en la continuidad asistencial, garantizando una atención equitativa, eficiente y adaptada a las necesidades de los pacientes y las personas que

les cuidan, incorporando los determinantes sociales de la salud como eje transversal en el diseño y la implementación de las intervenciones.

Aunque la cronicidad se asocia habitualmente con la población adulta y envejecida, también afecta a niños, niñas y jóvenes, muchas de estas personas con enfermedades de inicio temprano o desde el nacimiento. Estos casos pueden presentar una elevada complejidad clínica, una alta demanda de cuidados y un importante impacto en sus familias y en el sistema sanitario y educativo. Incorporar su realidad es esencial para asegurar una respuesta integral, equitativa y adaptada a todas las etapas de la vida.

Asimismo, la transición de la atención pediátrica a la adulta en pacientes con enfermedades crónicas es un proceso clínico y vital importante. Gestionarlo de forma adecuada es fundamental para evitar discontinuidades en el seguimiento, empeoramiento del estado de salud y una pérdida de adherencia al tratamiento. Por todo ello, tendrá un espacio propio en el Documento de Desarrollo siempre que se trate de niños, niñas y adolescentes (NNA) y jóvenes con enfermedades crónicas complejas, multisistémicas, raras o que requieren atención continuada por múltiples especialidades, por la necesidad de un proceso clínico estructurado, que incluya la coordinación entre niveles asistenciales, la participación de la enfermera como figura clave, y el acompañamiento psicológico y social tanto del paciente como de su familia.

El Documento de Desarrollo EAC 2025-2028 es fruto del consenso entre sociedades científicas y profesionales, organizaciones sociales, expertos, asociaciones de pacientes y representantes de las Comunidades Autónomas. Establece sinergias y complementariedad con otras estrategias, programas y proyectos del SNS que incorporan mejoras para la atención sanitaria y sociosanitaria de las personas con enfermedades crónicas, en línea con el Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria (2025-2027) como son: la Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud 2021-2026, la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del SNS, Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil, Estrategia Estatal para un nuevo modelo de cuidados en la comunidad: Un proceso de desinstitucionalización, Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027, Estrategia de Salud Mental 2022-2026, Estrategia en Cáncer, Estrategia en Cuidados Paliativos, Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas, Estrategia en Enfermedades Raras, Estrategia en Ictus, Estrategia en Salud Cardiovascular, Estrategia en Diabetes, Estrategia en Salud sexual y reproductiva.

El Documento de Desarrollo debe considerarse como un instrumento de trabajo vivo y dinámico, que se revisará periódicamente en el seno del Comité Institucional y Comité Técnico de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad (EAC) y, cuando proceda, en el Consejo Interterritorial del SNS. El Documento de Desarrollo de la EAC 2025-2028 proporciona un marco de actuación práctico y eficiente que optimice el uso de los recursos del SNS y asegure una atención de calidad, equitativa y sostenible.

Metodología Participativa y Agentes Implicados

El Comité Institucional de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad (EAC) está integrado por representantes de las Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía, así como del Ministerio de Sanidad, incluyendo, el INGESA, la Subdirección General de Promoción, Prevención y Equidad en Salud, el Observatorio de Salud de las Mujeres, la Subdirección General de Cartera de Servicios del SNS y Fondos de Compensación, la Subdirección General de Información Sanitaria, y la Dirección General de Salud Digital y Sistemas de la Información. Del Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) y el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

Por su parte, el Comité Técnico está compuesto por representantes de sociedades científicas y profesionales, así como de asociaciones de pacientes, garantizando una perspectiva multidisciplinar. En este comité, la Atención Primaria juega un papel clave, al ser el nivel asistencial más cercano a la población y el eje vertebrador de la atención a las personas con enfermedades crónicas. Su implicación permite asegurar que las estrategias sean viables, eficaces y adaptadas al contexto comunitario.

Ambos comités, el Institucional y el Técnico, están coordinados por la Subdirección General de Calidad Asistencial de la Dirección General de Salud Pública y Equidad (DGSPyE), con el respaldo de un Comité Científico. Este último está formado por profesionales de Atención Primaria, incluyendo representación de Medicina Familiar y Comunitaria, Enfermería Familiar y Comunitaria y Medicina Interna, asegurando así una visión integral y continua en todo el proceso de planificación.

El Documento de Desarrollo EAC 2025-2028 se elabora a partir de las orientaciones priorizadas en el marco de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad, recogidas por el Comité Técnico y el Comité Institucional, con el objetivo de traducirlas en acciones concretas que permitan alcanzar los objetivos de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad. Su desarrollo ha implicado reuniones y consultas estructuradas en varias fases, promoviendo el diálogo, el análisis colaborativo y la construcción de consensos.

Una vez definidas las líneas estratégicas prioritarias, se han constituido grupos de trabajo responsables del desarrollo de cada acción priorizada. Estos grupos adoptan un enfoque técnico-operativo centrado en la elaboración de recomendaciones factibles y consensuadas. La Atención Primaria lidera estos espacios, dada su función clave en la prevención, promoción de la salud, continuidad asistencial y manejo de la cronicidad.

La composición de los grupos es multidisciplinar e interinstitucional, incluyendo: representantes del Comité Institucional como representantes de las estrategias autonómicas de cronicidad, gestores con capacidad de decisión valorando las propuestas en cuanto a factibilidad e idoneidad; representantes del Comité Técnico, profesionales con perfil más asistencial o técnico y representantes de pacientes; representantes de la Subdirección General de Calidad Asistencial, otras unidades del Ministerio de Sanidad y del Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. Según la temática, se incorporan asociaciones de pacientes específicas y expertos externos, garantizando una visión integral, inclusiva y adaptada a las diversas realidades del territorio. La participación de las asociaciones de pacientes se reconoce como un elemento clave para incorporar la perspectiva de quienes viven con enfermedades crónicas. Su contribución como agentes expertos permite identificar necesidades no cubiertas, inequidades, barreras sociales y proponer mejoras concretas basadas en la experiencia vivida, enriqueciendo así el diseño y la implementación de políticas más inclusivas, efectivas y centradas en la persona.

Cada grupo de trabajo elabora una ficha técnica que incluye los siguientes apartados: análisis de situación, justificación de la acción, objetivos, recomendaciones, estrategia de difusión y formación, e indicadores de seguimiento. Se identifican sinergias e interdependencias con otras

estrategias o planes estableciendo mecanismos de interacción entre los equipos responsables, para evitar duplicidades, optimizar recursos y garantizar la coherencia de las intervenciones. Asimismo, se establecen vínculos entre las propias líneas estratégicas del Documento de Desarrollo EAC 2025-2028, fortaleciendo su impacto y eficacia.

La duración de los grupos de trabajo es limitada y viene determinada por la complejidad de la acción asignada. La implementación de los grupos de trabajo se realiza de forma escalonada, permitiendo gestionar eficazmente la participación de representantes y facilitar el avance progresivo del Documento de Desarrollo.

La selección y priorización de las acciones se basa en los siguientes criterios:

- Impacto en la población objetivo, incluyendo problemas de alta prevalencia, calidad de vida, identificación de necesidades complejas y reducción de desigualdades.
- Viabilidad de implementación, considerando recursos disponibles y capacidad del sistema.
- Sinergias con otras estrategias o planes de salud.
- Situaciones críticas o emergentes que exijan atención inmediata.
- Potencial de mejora y efectividad esperada.
- Alineación con otras líneas estratégicas del Documento de Desarrollo.
- Compromisos nacionales e internacionales asumidos por el Ministerio.

De forma transversal, los grupos de trabajo abordan la adecuación de la práctica clínica, asistencial y de gestión. Se promueve una mirada tanto generalista como específica, incorporando la planificación compartida de la atención y asegurando la inclusión de todas las etapas del ciclo vital (infancia, adolescencia, edad adulta y personas mayores), así como la atención a personas con cronicidad compleja, fragilidad o vulnerabilidad. Asimismo, se procura que las recomendaciones contribuyan a reducir desigualdades, a avanzar en un modelo biopsicosocial e interdisciplinar y se adapten a todo el territorio nacional, atendiendo a la equidad territorial, la perspectiva de género y la diversidad poblacional.

La coordinación de los grupos recae en representantes del Comité Institucional, Coordinadores Científicos de la Estrategia y miembros de la Subdirección General de Calidad Asistencial, quienes velan por la calidad, coherencia y aplicabilidad de los productos generados y coordinación con el resto de las acciones ya implementadas.

Las recomendaciones de los grupos de trabajo se incorporarán progresivamente al Documento de Desarrollo en los anexos correspondientes, tras su validación por el Consejo Interterritorial del SNS. Todo el material resultante será publicado en la web del Ministerio de Sanidad y en otros espacios relacionados (Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad, Red de Escuelas de Salud para la Ciudadanía, entre otros).

Para facilitar la difusión y adopción de las recomendaciones, se prevé la realización de jornadas y webinarios dirigidos a profesionales del SNS, la elaboración de documentos síntesis de fácil acceso, y la participación en reuniones con Comunidades Autónomas, sociedades científicas y asociaciones de pacientes.

El seguimiento y evaluación del Documento de Desarrollo EAC 2025-2028 requiere la definición de un marco común de indicadores que permita monitorizar su grado de implementación y el impacto de las actuaciones recogidas en las distintas líneas estratégicas. Está previsto que la definición de estos indicadores se realice en una fase posterior, una vez consolidados los contenidos del Documento de Desarrollo y los compromisos de desarrollo en cada ámbito.

Se prevé que los indicadores incluyan tanto métricas de proceso (relacionadas con la ejecución de las acciones previstas) como indicadores de resultado (que permitan valorar su efectividad en términos de mejora de la atención a la cronicidad). Asimismo, se podrá considerar la inclusión

de indicadores estructurales que reflejen la capacidad instalada o los recursos movilizados para la implementación del Documento de Desarrollo.

La selección de estos indicadores se realizará de forma participativa, con el apoyo técnico de los grupos de trabajo y en coordinación con las Comunidades Autónomas y los órganos competentes del Sistema Nacional de Salud. Esta labor se enmarcará en el diseño del sistema de evaluación del Documento de Desarrollo, que definirá también los mecanismos e instrumentos de recogida de información, la periodicidad del seguimiento y los espacios para el análisis compartido de los avances y dificultades.

La incorporación formal de los indicadores en el Documento de Desarrollo se realizará en un documento anexo del mismo, con el consenso de las personas implicadas.

Líneas Estratégicas del Documento de Desarrollo EAC 2025-2028

Desde la publicación de la Actualización de la Estrategia de Abordaje de la Cronicidad del SNS en 2021, se han identificado avances y áreas prioritarias que requieren una implementación más efectiva y coordinada. Para ello, el Documento de Desarrollo EAC 2025-2028 define siete líneas estratégicas clave que consolidan un modelo de atención adaptado a la complejidad de la cronicidad:

- **LE1. Continuidad asistencial:** Garantizar una atención sostenida a lo largo del tiempo y entre niveles asistenciales, promoviendo la coordinación entre dispositivos, la comunicación entre profesionales y la implicación activa del paciente, con especial atención al contexto rural y grupos con vulnerabilidad social.
- **LE2. Atención domiciliaria:** Potenciar la provisión de cuidados en el entorno habitual de la persona, promoviendo su autonomía, reduciendo desplazamientos e ingresos evitables, y ofreciendo una atención proactiva, coordinada y centrada en sus necesidades.
- **LE3. Atención Integrada Social y Sanitaria:** Avanzar hacia una integración real y efectiva entre los servicios sanitarios y sociales, mediante un modelo organizativo compartido que garantice continuidad, complementariedad y equidad en la atención. Esta integración debe sustentarse en un enfoque biopsicosocial e interdisciplinar que permita identificar y abordar de manera coordinada las necesidades complejas de las personas, promoviendo respuestas adaptadas, centradas en la persona y orientadas a la mejora de su calidad de vida.
- **LE4. Adecuación de la práctica asistencial:** Impulsar una asistencia basada en la evidencia, eficiente, segura y centrada en el valor, mediante la eliminación de intervenciones innecesarias y la promoción activa de una cultura de mejora continua y uso racional de los recursos.
- **LE5. Atención al final de la vida:** Los cuidados al final de la vida deben garantizar una atención integral, humanizada y centrado en la persona, respetando los valores, deseos, autonomía y necesidades de la persona, así como los de los familiares en el caso de las niñas y los niños. Requiere también garantizar un acceso equitativo a los recursos y una coordinación entre dispositivos y recursos sociocomunitarios liderada por Atención Primaria para asegurar la continuidad de cuidados y el acompañamiento.

- **LE6. Programa de Estratificación de la población en el SNS, GMA-SNS:** Consolidar el uso de una herramienta común que permite identificar grupos poblacionales según su carga de morbilidad, facilitando una planificación más precisa, personalizada, dinámica y eficiente de la atención, así como su aplicación en investigación y gestión de recursos.
- **LE7. Corresponsabilidad de la ciudadanía en salud:** Reforzar la implicación activa de pacientes, personas cuidadoras y ciudadanía. Fortalecer la Red de Escuelas de Salud como referencia para promover el autocuidado, la toma de decisiones compartida y el acceso a información fiable, comprensible y basada en la evidencia, ampliando su alcance y visibilidad con el respaldo de profesionales, ciudadanía y administraciones.

El Documento de Desarrollo EAC 2025-2028 refuerza el compromiso del SNS con una atención sanitaria centrada en la persona, segura, adecuada, equitativa y sostenible. Su implementación se desarrollará en estrecha coordinación con comunidades autónomas, sociedades científicas, asociaciones de pacientes y profesionales sanitarios, con el objetivo de consolidar un sistema de salud más eficiente y preparado para afrontar los retos de la cronicidad.

Además de abordar problemas crónicos de salud concretos y altamente prevalentes, este Documento de Desarrollo proporciona un marco para el desarrollo de estrategias clave en la gestión integral de la cronicidad.

Se trata de un documento eminentemente práctico, diseñado para generar resultados tangibles que permitan mejorar el uso de los recursos disponibles y optimizar la eficiencia en la práctica asistencial. Su eje central es la adecuación de la práctica clínica y asistencial, así como la planificación compartida de la atención.

El abordaje de la cronicidad en las diferentes líneas estratégicas considera de manera transversal los determinantes sociales, culturales, económicos y laborales y de género, así como los distintos contextos de vulnerabilidad y diversidad en la población y la interseccionalidad entre ellos. Esto incluye factores como la edad, la discapacidad, la diversidad sexual y de género, la pertenencia a distintos grupos étnicos, la violencia de género y la situación de las personas con enfermedades crónicas. Todo ello, basado en los principios de universalidad, calidad y equidad que inspiran el conjunto de acciones del SNS.

Acciones que impulsar

A continuación se presentan las acciones recogidas en cada Línea Estratégica que constituyen el marco operativo para responder, de manera estructurada y eficiente, a los principales retos identificados en el abordaje de la cronicidad:

Línea Estratégica 1: Continuidad Asistencial

Garantizar la continuidad asistencial es un pilar fundamental en el abordaje de las enfermedades crónicas. Implica asegurar una atención sostenida a lo largo del tiempo y entre distintos niveles asistenciales, fomentando una transición fluida entre dispositivos, una comunicación eficaz entre profesionales y una participación del paciente en la toma de decisiones compartidas. Este enfoque no solo mejora los resultados en salud, sino que también contribuye a la sostenibilidad del sistema mediante una gestión eficiente de los recursos. En el ámbito rural, donde existen condicionantes geográficos, demográficos y de accesibilidad específicos, es imprescindible diseñar estrategias adaptadas que garanticen una atención equitativa y centrada en las personas.

Para ello, se trabajará en los siguientes ámbitos:

1.1. Mecanismos de coordinación, flujos y gestor/a de casos

La Atención Primaria, como nivel asistencial más cercano a la población, debe ejercer un papel central en la organización de la atención a la cronicidad. Para garantizar la continuidad asistencial de los cuidados y facilitar el acceso de las personas a los distintos recursos del sistema.

Se proponen las siguientes líneas de actuación:

- **Implantar modelos de atención integrada** estructurados entre Atención Primaria, Atención Hospitalaria, atención domiciliaria, Servicios de Urgencias Extrahospitalarios y otros recursos asistenciales y sociosanitarios, mediante protocolos consensuados de derivación, retorno y seguimiento compartido de pacientes crónicos y garantizar la adecuada transición domicilio-hospital, especialmente pacientes crónicos complejos y/o en enfermedad crónica avanzada.
- **Reforzar el papel del perfil para la gestión de casos y de enlace** en centros sanitarios y en ámbito comunitario y social, como figura clave especialmente para las personas con condiciones crónicas de alta complejidad, promoviendo su implantación generalizada en todas las comunidades autónomas.
- **Establecer circuitos asistenciales homogéneos**, ágiles y adaptados a las características locales, que eviten duplicidades en pruebas diagnósticas y tratamientos, y garanticen la eficiencia del sistema. Establecer rutas asistenciales en alta complejidad.
- **Implementar mecanismos de gestión sanitaria** dirigidos a la gestión integrada con identificación sistemática de personas según su nivel de complejidad, realización de valoraciones integrales, uso de herramientas de apoyo para profesionales. Estos mecanismos deben facilitar la elaboración y seguimiento de planes individualizados de atención, adaptados a las necesidades clínicas, funcionales y sociales de cada paciente y su entorno.

1.2. Herramientas digitales: Historia Clínica interoperable, e-interconsulta y monitorización a distancia

La transformación digital es clave para facilitar la continuidad asistencial y mejorar la eficiencia del sistema. En este sentido, se priorizan las siguientes acciones:

- **Ampliar la interoperabilidad de la historia clínica electrónica** en todo el Sistema Nacional de Salud, permitiendo un acceso en tiempo real, seguro, y compartido a la información clínica relevante entre niveles asistenciales y servicios sociosanitarios.
- **Potenciar el uso de la e-Interconsulta** entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria como instrumento para mejorar la comunicación clínica, reducir tiempos de espera, y reforzar la capacidad resolutoria del primer nivel asistencial.
- **Implementar programas de monitorización remota** y seguimiento proactivo desde domicilio, con el fin de anticipar complicaciones, prevenir ingresos evitables y optimizar los recursos asistenciales. Promover el uso de sistemas de teleasistencia avanzada, orientados a reforzar la seguridad y autonomía de las personas con condiciones crónicas o situaciones de fragilidad, especialmente en el ámbito domiciliario y rural. Estos sistemas, en coordinación con los servicios de atención primaria y recursos comunitarios, permitirán una atención más accesible, preventiva y centrada en la persona.

- Promover la inclusión digital en salud mediante acciones específicas dirigidas a reducir la brecha digital que afecta especialmente a personas mayores, personas con bajo nivel educativo o residentes en zonas rurales. Estas acciones deberán acompañarse de iniciativas de alfabetización crítica en salud digital, orientadas a mejorar la capacidad de la ciudadanía para utilizar herramientas tecnológicas de forma autónoma y segura, así como para identificar información veraz y combatir los bulos sanitarios.

1.3. Atención en el ámbito rural

La atención a la cronicidad en zonas rurales requiere modelos adaptados a sus particularidades geográficas y demográficas, garantizando la equidad y la accesibilidad de los servicios a toda la población, independientemente de su lugar de residencia. Para garantizar la equidad se propone:

- **Desarrollar modelos innovadores de atención continuada en zonas rurales**, con nodos de atención principal que no distarán más de 30 minutos en coche de los domicilios de la zona geográfica y subnodos de atención que se adapten a la complejidad de cada cupo. Unidades móviles de atención sanitaria, equipos multidisciplinares itinerantes o centros de atención compartida, que acerquen los recursos al territorio. Aprovechar la capilaridad, accesibilidad y cercanía del personal farmacéutico comunitario como persona de referencia sanitaria para la educación sanitaria en contextos de alta dispersión geográfica.
- **Incorporar soluciones de telemedicina** y tecnologías de la información para facilitar el seguimiento clínico a distancia, la realización de interconsultas, coordinación entre profesionales, reduciendo desplazamientos innecesarios, mejorando la accesibilidad, descentralizando y personalizando la atención y promoviendo la continuidad asistencial y promoviendo una atención más descentralizada, personalizada y continua.
- **Ofrecer formación continua y específica a profesionales sanitarios del ámbito rural**, en el manejo integral y multidisciplinar de la cronicidad, atención domiciliaria y el uso de herramientas digitales, fortaleciendo su capacidad resolutoria y su papel en la comunidad. Facilitar la participación en proyectos de innovación e investigación.

Línea Estratégica 2: Atención Domiciliaria

La atención domiciliaria constituye una estrategia fundamental para promover un modelo asistencial centrado en la persona, especialmente en el caso de personas con enfermedades crónicas, situaciones de fragilidad o necesidades de cuidados continuados. Su finalidad es mejorar la calidad de vida, evitar desplazamientos innecesarios, reducir la sobrecarga de los servicios asistenciales convencionales y garantizar una atención coordinada, proactiva y segura. En este contexto, se contempla también la mejora de la atención a personas con electrodependencia, asegurando la continuidad asistencial y el soporte necesario, para el funcionamiento que los equipos de personal médico requieren. El concepto de “domicilio” se entiende en un sentido amplio, incluyendo el hogar habitual del paciente, los centros residenciales de personas mayores, los recursos destinados a personas con discapacidad, y otros entornos de vida.

2.1. Seguimiento por el Equipo de Atención Primaria a pacientes crónicos complejos (PCC), en situación de mayor vulnerabilidad, frágiles y pacientes crónicos avanzados (PCA)

La atención domiciliaria a personas con enfermedades crónicas complejas o en situación de vulnerabilidad requiere un enfoque proactivo, planificado y coordinado. Para ello, se propone:

- **Reforzar el papel del Equipo de Atención Primaria (EAP) en la atención domiciliaria** mediante un modelo estructurado, con una dotación adecuada de recursos humanos y organizativos, que permita intensificar las visitas domiciliarias —tanto programadas como no programadas—. Este modelo debe alinearse con el marco actual de la Atención Primaria y adaptarse a las necesidades específicas de los pacientes crónicos complejos y en situación de fragilidad.
- **Identificar de forma proactiva a pacientes crónicos complejos, frágiles y avanzados**, priorizando su seguimiento en domicilio y planificando anticipadamente sus cuidados, con especial atención a sus necesidades clínicas, funcionales y sociales.
- **Establecer mecanismos de coordinación efectiva entre Atención Primaria, hospitalaria, servicios de urgencias y atención sociosanitaria**, con el objetivo de prevenir ingresos evitables, mejorar la continuidad asistencial y garantizar una atención integral, continua, personalizada y adaptada a las necesidades cambiantes del paciente y su entorno.

2.2. Atención a las agudizaciones en domicilio

La atención a las agudizaciones en el domicilio constituye un componente esencial para evitar ingresos hospitalarios no necesarios y mejorar la experiencia del paciente, especialmente en personas con enfermedades crónicas complejas o en situación de fragilidad. En este marco, la **Hospitalización a Domicilio (HaD)** como recurso complementario especialmente en aquellos casos que, por su complejidad clínica, requieren un nivel hospitalario de intervención, representa una alternativa eficaz, segura y humanizada a la hospitalización convencional, y debe integrarse en un modelo colaborativo e interdisciplinar, coordinado con los equipos de Atención Primaria y otros recursos de atención domiciliaria.

Las líneas de actuación incluyen:

- **Ampliar los programas de atención a las agudizaciones en el domicilio a través de la Hospitalización a Domicilio**, adaptándolos a los distintos modelos organizativos de las Comunidades Autónomas. Esta ampliación debe contemplar tanto la dotación de equipos especializados, capaces de atender patologías agudas en el entorno del paciente con calidad y seguridad. Estos programas deben desarrollarse en estrecha coordinación con Atención Primaria, garantizando la continuidad asistencial. Su fortalecimiento contribuirá a mejorar la equidad en el acceso y a optimizar el uso de los recursos hospitalarios.
- **Fomentar modelos asistenciales complementarios** a la Hospitalización a Domicilio (HaD), para la atención a las agudizaciones, basados en la práctica avanzada en cronicidad, que permitan una atención integrada y adaptada a las necesidades clínicas y sociales del paciente en el entorno domiciliario.
- **Implementar protocolos de actuación rápida** para el tratamiento de agudizaciones en domicilio, reduciendo la necesidad de traslados a servicios de urgencias y reduzca el impacto clínico y emocional del paciente.

- **Incorporar soluciones de telemedicina y tecnologías de la información y la comunicación (TIC)** que faciliten el desarrollo de procedimientos clínicos en domicilio, la coordinación entre profesionales, la realización de interconsultas y la atención en situaciones críticas. En este ecosistema de atención domiciliaria apoyado en herramientas digitales, se promoverá también la coordinación con los servicios de teleasistencia, basada en seguimiento proactivo, detección precoz de situaciones de riesgo, activar una respuesta temprana y coordinación con profesionales sanitarios para reforzar el abordaje integral de la cronicidad, especialmente en el entorno domiciliario.
- **Implementar sistemas de telemonitorización y dispositivos de seguimiento remoto** para detectar precozmente signos de deterioro clínico, reforzando la seguridad, continuidad del cuidado y capacidad de respuesta ante episodios agudos.

2.3. Coordinación del EAP con otros equipos de atención domiciliaria

El Equipo de Atención Primaria (EAP) debe actuar como eje vertebrador de la atención domiciliaria, garantizando la coherencia, la continuidad y la calidad del proceso asistencial. Para ello, se plantean las siguientes acciones:

- **Afianzar el papel del EAP como eje coordinador** de todos los recursos implicados en la atención domiciliaria (Hospitalización a Domicilio, Cuidados Paliativos, Servicios Sociales del ámbito comunitario, Servicio de Trabajo Social sanitario, etc.), asegurando la continuidad asistencial y la coherencia en la respuesta sanitaria y social.
- **Consolidar un modelo de atención centrado en la persona**, donde el EAP actúe como referente clínico y garante de la longitudinalidad, aspecto clave para garantizar una atención de calidad a los pacientes crónicos, dando la capacidad de mantener una relación continuada lo que permite al equipo de profesionales conocer a fondo sus necesidades y garantizar una atención personalizada, fomentando la toma de decisiones compartida, respetuosa con las preferencias, valores y circunstancias del paciente.
- **Impulsar el uso de herramientas digitales interoperables** que faciliten el intercambio ágil y seguro de información entre los distintos equipos y niveles asistenciales, evitando duplicidades y mejorando la eficiencia asistencial.
- **Desarrollar acciones formativas dirigidas a profesionales** de todos los ámbitos asistenciales —Atención Primaria, Atención Hospitalaria y ámbito sociosanitario—, con especial énfasis en el equipo de Atención Primaria, para reforzar sus competencias en la atención a la cronicidad en el entorno domiciliario desde un enfoque integral, multidisciplinar y centrado en la persona.
- **Desarrollar programas de formación** dirigidos a pacientes y personas cuidadoras en el ámbito de la atención domiciliaria, con el objetivo de mejorar la autonomía, la seguridad y el autocuidado.

Este modelo fortalece el papel del EAP como eje coordinador del proceso asistencial en domicilio, promoviendo un enfoque integral, personalizado, fomentando la autonomía del paciente y respetando el deseo de las personas de permanecer en su hogar, al tiempo que se optimiza el uso de los recursos del sistema y se favorece una mayor cohesión entre el ámbito sanitario y el social.

Línea Estratégica 3: Atención Integrada Social y Sanitaria

Los determinantes sociales de la salud desempeñan un papel clave en el desarrollo y evolución de las enfermedades crónicas. Garantizar una atención adecuada y continuada a las personas con condiciones de salud y limitaciones funcionales de carácter crónico requiere avanzar hacia una integración real entre los ámbitos sanitario y social, siendo esencial la labor del profesional de trabajo social como experto en evaluar las necesidades sociales y la derivación a recursos comunitarios. Además el aumento sostenido de la esperanza de vida en España y en el mundo ha generado un cambio demográfico sin precedentes, con una creciente proporción de personas mayores en la población. Esto, acompañado de un incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas y situaciones de dependencia, plantea nuevos retos para los sistemas sanitarios y sociales.

Uno de los objetivos fundamentales de la Estrategia de Cronicidad es impulsar esta integración asistencial desde una perspectiva estructural y organizativa. La atención sociosanitaria debe ser coordinada, interdisciplinar e integrada, basada en la complementariedad entre profesionales de servicios sanitarios y sociales. Para lograrlo, es necesario establecer un marco común y una visión compartida que refuerce la colaboración efectiva dentro del Sistema Nacional de Salud.

En este contexto, y en línea con el Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2025–2027, se plantea la necesidad de optimizar la organización de los equipos interdisciplinarios de Atención Primaria, promoviendo una distribución eficiente, complementaria y colaborativa de tareas entre los distintos perfiles profesionales, con el fin de mejorar la calidad, efectividad y equidad de la atención prestada. En función de las características demográficas, epidemiológicas y organizativas de cada territorio, las áreas de salud podrán contar con perfiles diversos entre los que se incluyen, según disponibilidad y planificación autonómica: médicos de familia, pediatras, enfermeras/os especialistas en familiar y comunitaria, enfermeras/os especialistas en pediatría, enfermeras/os generalistas, matronas, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAEs), fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, y personal farmacéutico de Atención Primaria, entre otros.

En este marco, y como parte de la respuesta a los retos derivados del envejecimiento poblacional, se incorpora la promoción del envejecimiento saludable como prioridad estratégica para garantizar la calidad de vida, la autonomía y la equidad en salud. Se aborda la soledad como determinante social de la salud que afecta especialmente a personas mayores, y está vinculada a mayor riesgo de deterioro funcional y cognitivo, incremento de enfermedades crónicas y mortalidad y menor adherencia a tratamientos y autocuidado.

Se propone una acción concertada para fomentar y mantener la capacidad funcional de las personas mayores, entendida como la posibilidad de ser y hacer lo que para ellas es importante. Esta capacidad depende de la salud física y mental, así como de los factores psicosociales y los entornos en los que viven, y requiere una respuesta integrada desde los servicios sanitarios y sociales.

Los siguientes puntos clave estructuran la propuesta:

3.1 Protocolos de Integración

Para avanzar hacia una atención verdaderamente integrada, es fundamental establecer mecanismos operativos que garanticen la continuidad asistencial entre los ámbitos sanitario y social. Esta línea de actuación se centra en:

- **Desarrollar y actualizar circuitos asistenciales compartidos e integrados**, que faciliten la comunicación fluida y la coordinación efectiva entre los equipos de Atención Primaria (EAP), Atención Hospitalaria (AH) y los Servicios Sociales comunitarios e institucionales, adaptados a las necesidades de las personas con condiciones crónicas, pluripatología y

situaciones de vulnerabilidad. Estos circuitos deben contemplar responsabilidades claras, mecanismos ágiles de derivación y retorno, y herramientas comunes de seguimiento, garantizando una atención integrada, proactiva y centrada en la persona. Promover en la integración los servicios de teleasistencia permitiendo su activación desde Atención Primaria y su seguimiento compartido entre los equipos implicados.

- **Elaborar programas de uso seguro de la medicación y circuitos de integración** entre la AP, AH y los centros residenciales de mayores y recursos destinados a personas con discapacidad.
- **Implementar herramientas digitales interoperables** que permitan el acceso, el intercambio y registro de información socio sanitaria en tiempo real, respetando los principios de confidencialidad, seguridad y utilidad clínica.
- **Fomentar espacios de coordinación periódica** y estables entre los distintos niveles asistenciales y del ámbito social, mediante reuniones estructuradas y protocolos de trabajo conjunto, con el objetivo de optimizar la atención a personas con necesidades socio sanitarias complejas y garantizar un uso seguro de la medicación a personas con necesidades socio sanitarias complejas. Definir la cartera integrada de servicios, las herramientas de valoración conjunta y planes de atención compartidos. Protocolos de respuesta consensuados ante crisis y urgencias.
- **Incorporar enfoque biopsicosocial e interdisciplinar** que permita identificar y abordar de manera coordinada las necesidades complejas de las personas, promoviendo respuestas adaptadas, centradas en la persona y orientadas a la mejora de su calidad de vida.

3.2 Profesionales de Referencia en los EAP para la Atención a Personas en situación de mayor vulnerabilidad

La atención a personas en situación de vulnerabilidad requiere figuras profesionales que actúen como referentes, facilitando el acceso a los recursos disponibles y garantizando una atención centrada en la persona. En este sentido, se propone:

- a. **Definir la figura de un profesional de referencia en cada Equipo de Atención Primaria**, que actúe como enlace entre los servicios sanitarios, tanto entre niveles asistenciales, y con los recursos sociales, para garantizar la accesibilidad, la continuidad y la coordinación de estos recursos dirigidos a personas en situación de especial vulnerabilidad. Evitar solapamientos entre los profesionales implicados y promover su integración efectiva dentro del modelo de atención.
- b. **Proporcionar formación específica a estos profesionales**, orientada a la gestión de casos complejos, intervención comunitaria y coordinación socio sanitaria, fortaleciendo su capacidad para el trabajo en red y la articulación de respuestas integradas, con enfoque biopsicosocial.
- c. **Establecer circuitos operativos y ágiles de derivación y seguimiento** que permitan una respuesta rápida y adaptada a las necesidades individuales, promoviendo la continuidad asistencial y el acompañamiento activo en el entorno comunitario.

3.3 Envejecimiento saludable

Como parte de la respuesta a los retos derivados del envejecimiento poblacional, se propone promover un envejecimiento saludable mediante la integración efectiva de actuaciones sanitarias y sociales que prevengan la fragilidad, reduzcan la dependencia y favorezcan la autonomía de las personas mayores. Este enfoque responde al compromiso internacional de la Década del Envejecimiento Saludable (OMS, 2020–2030) y contribuye a la sostenibilidad del

sistema y la equidad en salud. Asimismo, contribuye a mejorar la atención a condiciones asociadas al envejecimiento, como las enfermedades neurodegenerativas, entre ellas la demencia, que requieren una respuesta integrada y coordinada. Los siguientes puntos **se desarrollarán desde una perspectiva de derechos y equidad**, incorporando el género, la accesibilidad y lucha contra el edadismo.

- **Desarrollar protocolos sociosanitarios para la detección precoz** de fragilidad, deterioro funcional y dependencia, integrando herramientas como ICOPE (OMS).
- **Elaborar programas que fomenten** la actividad física adaptada, alimentación saludable, vacunación y otras medidas de inmunización, y prevención de caídas.
- **Promocionar entornos amigables y accesibles**, que faciliten la participación social y la autonomía. Estos entornos deben estar adaptados a las necesidades de las personas mayores y dependientes.
- **Impulsar la implementación e integración de herramientas digitales** y de telemonitorización para el autocuidado, continuidad asistencial y seguimiento.
- **Desarrollar iniciativas comunitarias** para prevenir y abordar la soledad, fomentando redes de apoyo y participación social.

Línea Estratégica 4: Adecuación de la Práctica Asistencial en Cronicidad

La adecuación de la práctica clínico-asistencial en el marco de la Estrategia de Abordaje de la Cronicidad del SNS implica garantizar que las intervenciones sanitarias dirigidas a personas con enfermedades crónicas estén basadas en la mejor evidencia científica disponible, sean seguras, eficaces y proporcionen valor real a los pacientes. Esto requiere revisar y actualizar los protocolos de atención, eliminar prácticas ineficaces, innecesarias o incluso perjudiciales, e incorporar herramientas para personalizar el seguimiento y el tratamiento, adaptándolos al contexto clínico, social y funcional de cada persona. El objetivo es mejorar los resultados en salud, optimizar los recursos del sistema y avanzar hacia una atención más centrada en la persona, equitativa y sostenible.

Se han identificado los siguientes aspectos prioritarios:

4.1. Atención a Problemas Crónicos de Salud en Infancia, Adolescencia y Personas Adultas

- **Promover un abordaje integral, interdisciplinar e integrado** de las enfermedades crónicas, desde la infancia hasta la edad adulta, garantizando la personalización de la atención y la coordinación entre niveles asistenciales y profesionales a lo largo del ciclo vital.
- **Fomentar la detección temprana, el diagnóstico precoz y el seguimiento estructurado** de las patologías crónicas, con especial atención a los pacientes crónicos complejos y avanzados (PCCA), incorporando herramientas de estratificación y modelos de atención proactiva.
- **Incorporar de forma explícita el abordaje de la salud mental en la atención a la cronicidad**, reconociendo la elevada prevalencia de problemas de salud mental en personas con enfermedades crónicas y la necesidad de garantizar su atención

continuada. Se promoverá la integración de la salud mental en modelos de atención integral, interdisciplinar e integrada, fortaleciendo la coordinación entre los servicios de salud mental y el resto del sistema sanitario, con especial atención a las personas en situación de mayor vulnerabilidad y a la continuidad de cuidados a lo largo del ciclo vital

- **Desarrollar estrategias de prevención secundaria y terciaria** orientadas a evitar o minimizar complicaciones y mejoren la calidad de vida y favorezcan la autonomía de las personas con enfermedades crónicas a lo largo de todo su ciclo vital. En este contexto, se promoverán cribados específicos para la detección precoz de complicaciones y factores de riesgo, y se reforzarán intervenciones como la vacunación y otras medidas de inmunización, que deben constituir componentes esenciales en la atención y el manejo de estos pacientes, ya que las enfermedades infecciosas pueden agravar o descompensar patologías crónicas.
- **Establecer programas específicos para la transición de la atención pediátrica a la adulta** en pacientes con enfermedades crónicas, asegurando un proceso planificado, progresivo y coordinado entre profesionales, que promueva la autonomía durante la juventud y adolescencia, respetando el desarrollo madurativo, el acompañamiento familiar y la continuidad asistencial sin interrupciones.
- **Desarrollar un Plan de Atención a la Persona Cuidadora**, reconociendo su papel esencial en el cuidado y acompañamiento de personas con enfermedades crónicas, dependencia o necesidades sociosanitarias complejas. Este documento abordará sus necesidades específicas desde una perspectiva sanitaria, social y emocional, e incorporará medidas de apoyo, formación y coordinación asistencial para garantizar una atención adecuada tanto a la persona cuidada como a quien cuida, reforzando así la calidad de la atención y la sostenibilidad del sistema.

4.2. Abordaje Específico de Problemas de Salud Prioritarios

El abordaje de los problemas de salud en el marco de la cronicidad debe basarse en un enfoque integral, centrado en la persona, que combine estrategias de promoción de la salud y prevención, detección precoz, seguimiento activo, tratamiento, rehabilitación y formación. Todos los programas deben incorporar elementos comunes como la promoción de comportamientos relacionados con la salud, la mejora de la adherencia terapéutica, la continuidad de cuidados entre niveles asistenciales y el empoderamiento del paciente. Este enfoque debe responder a situaciones de multimorbilidad y complejidad clínica y/o social, así como a la interrelación existente entre muchas de las enfermedades crónicas. Sobre esta base común, se desarrollan a continuación las líneas específicas de intervención para problemas de salud específicos y prioritarios, atendiendo a sus particularidades clínicas y organizativas.

- **Niños, niñas y adolescentes con Patología Crónica y Complejidad:** Impulsar la identificación y estratificación de la población NNA con enfermedades crónicas complejas, raras o multisistémicas. Fomentar la continuidad asistencial y los recursos sociosanitarios para disminuir el impacto en los pacientes pediátricos y sus familias, mejorando su calidad de vida y favoreciendo su atención en el domicilio. Promover la formación específica de los equipos asistenciales en competencias relacionadas con la transición asistencial, así como la inclusión de este proceso en los protocolos clínicos y en la historia clínica interoperable.
- **Hipertensión Arterial (HTA):** Impulsar el control de la presión arterial mediante el cribado y la detección precoz, la adherencia terapéutica y la educación sanitaria, reforzando el seguimiento desde Atención Primaria y la toma de decisiones compartida.

- **Diabetes:** Fomentar un abordaje integral que combine el control metabólico, la prevención de complicaciones y la educación terapéutica, con especial énfasis en la coordinación entre niveles asistenciales y el empoderamiento del paciente.
- **Dislipemia:** Impulsar estrategias de detección precoz, tratamiento y seguimiento, priorizando intervenciones que reduzcan el riesgo cardiovascular y reforzando las intervenciones sobre entornos, estilos y condiciones de vida y adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.
- **Obesidad:** Reforzar la prevención y el control de la obesidad mediante programas de promoción de entornos, estilos y condiciones saludables, valoración integral más allá del índice de masa corporal y optimización del tratamiento individualizado, mediante la integración de equipos interdisciplinarios y con la utilización de recursos comunitarios, para un abordaje efectivo de la obesidad y sus comorbilidades asociadas, incluyendo los determinantes sociales, la desestigmatización, los aspectos psicoemocionales como la ansiedad, la depresión y la baja autoestima, especialmente relevantes en poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad.
- **Tabaquismo:** Implementar estrategias integrales de cesación tabáquica en Atención Primaria, combinando intervenciones motivacionales, apoyo psicológico y tratamiento farmacológico, con especial atención a los colectivos en situación de mayor vulnerabilidad. Impulsar el papel activo de la farmacia comunitaria en la promoción del abandono del hábito tabáquico, mediante el consejo profesional, la derivación a los recursos disponibles del sistema sanitario y la difusión de campañas y materiales informativos de salud pública sobre cesación tabáquica.
- **Enfermedades Respiratorias Crónicas (enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), asma, otras...):** Potenciar la educación sanitaria, la eliminación de factores de riesgo, el diagnóstico y la detección precoz de las exacerbaciones y adherencia al régimen terapéutico. Promover el uso de fisioterapia respiratoria y el seguimiento individualizado, incluyendo estrategias de atención a distancia y autocuidado. Impulsar el papel de la farmacia comunitaria en la educación sanitaria del colectivo de pacientes respiratorios, tanto en el uso correcto de dispositivos de inhalación como en la promoción del autocuidado.
- **Enfermedad Renal Crónica:** Optimizar la detección precoz, el control de factores de riesgo y progresión y los modelos de atención compartida entre Atención Primaria, Nefrología y otras especialidades como cardiología y endocrinología. Para pacientes con enfermedad renal crónica avanzada que requieran terapia sustitutiva, impulsar la diálisis domiciliaria. Todo ello contribuirá a mejorar el pronóstico y la calidad de vida de las personas.
- **Enfermedades Hepáticas Crónicas:** Mejorar la identificación precoz de las enfermedades hepáticas y fortalecer los modelos de atención colaborativa entre niveles asistenciales, priorizando la promoción de entornos, estilos y condiciones de vida saludables e intervenciones preventivas, en particular respecto al consumo de alcohol, y la continuidad de cuidados.
- **Dolor Crónico No Oncológico:** Fomentar un enfoque multidisciplinar basado en la evidencia para mejorar el control del dolor, reducir el uso excesivo de analgésicos — especialmente opioides— y promover alternativas terapéuticas (farmacológicas y no farmacológicas) seguras y eficaces
- **COVID Persistente:** Establecer circuitos asistenciales específicos y protocolos de seguimiento multidisciplinar para personas con síntomas prolongados tras la COVID-19, garantizando una respuesta adaptada, integral y basada en la evidencia.

- **Enfermedad Celíaca:** Mejorar el diagnóstico precoz y la formación del personal sanitario y de la población, promoviendo su empoderamiento para garantizar un adecuado control de la enfermedad y una adherencia efectiva a la dieta sin gluten.
- **Revisión estructurada de la medicación centrada en la persona:** Impulsar su implementación como herramienta clave para optimizar la farmacoterapia en personas con enfermedades crónicas, especialmente en situaciones de polimedicación. Esta revisión debe realizarse de forma sistemática, colaborativa e individualizada, incorporando la valoración clínica integral, las preferencias de la persona y la coordinación entre niveles asistenciales y profesionales, con el objetivo de mejorar la seguridad, la efectividad, la adecuación del tratamiento farmacológico y favorecer la toma de decisiones compartida, en línea con los principios de la Medicina Basada en la Evidencia y en el modelo de Medicina Basada en Valor. Fomentar el trabajo interdisciplinar por parte de todo el personal sanitario que participe en el proceso de revisión de la medicación incluido el personal de farmacia de Atención Primaria. Priorizar programas de revisión sistemática de tratamientos en situaciones de fragilidad, multimorbilidad y con necesidades sociosanitarias complejas, orientados a reducir la carga farmacológica innecesaria, prevenir eventos adversos y favorecer la toma de decisiones compartida.
- **Secuelas de Polio:** Fortalecer la detección y la atención integral a las personas con secuelas de polio y síndrome post-poliomielítico, asegurando una atención coordinada y adaptada a sus necesidades clínicas, funcionales y sociales.
- **Nutrición relacionada con la enfermedad crónica:** Impulsar la promoción de la alimentación saludable, así como la prevención y el abordaje integral de los problemas nutricionales asociados a la cronicidad. Establecer recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para personas con enfermedades crónicas, promover cribados nutricionales sistemáticos y adecuar los tratamientos médico-nutricionales. Integrar en la historia clínica los protocolos de tratamiento para garantizar la continuidad asistencial entre niveles y ámbitos. Reforzar la formación de profesionales en la detección y el abordaje de la desnutrición relacionada con la enfermedad. Fomentar la corresponsabilidad de las personas pacientes y cuidadoras, así como los autocuidados.

Línea Estratégica 5: Atención al Final de la Vida

La atención en el paciente crónico avanzado y especialmente en el proceso de final de vida debe garantizar un enfoque humanizado, integral y centrado en la persona, respetando sus valores, deseos y necesidades, así como de los familiares en el caso de la infancia. En esta etapa, la calidad de vida, el alivio del sufrimiento y el acompañamiento emocional cobran especial relevancia. Atención Primaria desempeña un papel clave como referente asistencial y coordinador de los distintos niveles de atención, asegurando la continuidad de los cuidados en el domicilio, en centros sociosanitarios y, cuando sea necesario, en el ámbito hospitalario a partir de la toma de decisiones compartidas, en consenso con la persona y la familia. La atención al final de la vida implica decisiones complejas y multidimensionales, por lo que contar con elementos operativos consensuados favorece la equidad, la calidad y la seguridad asistencial especialmente en contextos de alta complejidad clínica o vulnerabilidad social.

Ámbitos prioritarios de actuación:

5.1. Adecuación de la práctica clínica y asistencia sanitaria al final de la vida

Promover la implementación de modelos de atención centrados en la calidad de vida, que eviten intervenciones innecesarias y faciliten la toma de decisiones compartida entre profesionales,

pacientes y familias. Atención Primaria lidera la identificación temprana de necesidades y la coordinación con los equipos de Cuidados Paliativos y otros servicios especializados.

5.2. Planificación anticipada de cuidados

Desarrollar estrategias para la identificación temprana de necesidades en pacientes con enfermedades crónicas avanzadas, facilitando la planificación de la atención domiciliar y la gestión de recursos. Atención Primaria, en coordinación con equipos hospitalarios y de Cuidados Paliativos, contribuye a evitar ingresos innecesarios y a garantizar una atención adaptada a cada situación.

5.3. Planificación anticipada de decisiones

Promover la planificación anticipada de las decisiones como un proceso estructurado de comunicación entre profesionales sanitarios, pacientes y personas de su entorno, orientado a anticipar decisiones clínicas en el proceso final de vida, especialmente en situaciones de pérdida de capacidad para decidir. Este proceso permite alinear la atención sanitaria con los valores, preferencias y objetivos vitales de la persona, garantizando el respeto a su autonomía y dignidad, conforme a la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

El EAP desempeña un papel clave en la identificación de situaciones clínicas que requieren este abordaje, así como en la información, orientación, acompañamiento y revisión según la evolución clínica y circunstancias personales de cada paciente.

La planificación anticipada de decisiones incluye la posibilidad de formalizar las voluntades mediante documentos de instrucciones previas (regulado por el RD 124/2007), que deben ser accesibles y consultables en todos los niveles asistenciales.

Se impulsará la formación de los equipos de profesionales en habilidades de comunicación, ética clínica y toma de decisiones compartida. Asimismo, se promoverá la integración de este proceso en la historia clínica interoperable y en los protocolos asistenciales, especialmente en pacientes con enfermedades crónicas avanzadas o en situación de final de vida, para promover la consulta efectiva del documento de instrucciones previas.

5.4. Cuidados al final de la vida

Garantizar una atención que respete la dignidad, el bienestar y el respeto a las preferencias de la persona en sus últimos días. Esta atención requiere un enfoque integral que contemple el control de síntomas físicos, así como el acompañamiento emocional, psicológico y social del paciente y su familia. Las enfermeras desempeñan un papel esencial como referencia en la atención directa y en la coordinación de los cuidados, en estrecha colaboración con el resto del equipo asistencial.

5.5. Cuidados paliativos

Reforzar la red de Cuidados Paliativos con un enfoque comunitario que permita atender a los pacientes en su entorno habitual siempre que sea posible. Atención Primaria es clave en la provisión de cuidados paliativos de base y en la derivación temprana a equipos especializados cuando la complejidad del caso lo requiera, por lo tanto, hay que promocionar activamente estos cuidados desde este nivel asistencial.

Se reforzará la formación a los EAP en el manejo del final de la vida a pacientes con enfoque de Sistemas familiares, así como a quien ofrecen los cuidados paliativos en el hogar (cuidadores "informarles" o "formales").

5.6. Sedación paliativa

Garantizar la disponibilidad de protocolos homogéneos para la indicación y administración de la sedación paliativa, asegurando su aplicación conforme a la mejor evidencia científica y respetando la voluntad del paciente y su entorno familiar. Atención Primaria, en estrecha coordinación con los equipos de Cuidados Paliativos, desempeña un papel esencial en su indicación y seguimiento.

5.7. Eutanasia

Desarrollar e implementar protocolos para la aplicación de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, asegurando el respeto a la autonomía del paciente y garantizando el acceso equitativo a este derecho. Atención Primaria, como nivel asistencial de referencia, participa en la identificación de posibles casos, la información y asesoramiento al paciente, la tramitación de solicitudes, el acompañamiento clínico y emocional durante el proceso a los pacientes y familias, y la coordinación con los equipos evaluadores de cuidados paliativos y otros niveles asistenciales.

Este enfoque integral garantiza una atención ética, respetuosa y coordinada al final de la vida, reforzando el papel de Atención Primaria y de los equipos de Cuidados Paliativos como pilares fundamentales en la atención a las personas en esta etapa vital.

Línea Estratégica 6: Programa de Estratificación de la Población en el SNS, GMA-SNS

El proyecto de estratificación de la población del Sistema Nacional de Salud está operativo desde 2015, con el objetivo de poner a disposición de las Comunidades Autónomas una herramienta común, gratuita y de uso continuado que permita identificar grupos de población según su carga de morbilidad. Esta herramienta, los Grupos de Morbilidad Ajustados del SNS (GMA-SNS), es propiedad del Ministerio de Sanidad y se proporciona con mantenimiento, asistencia técnica, actualizaciones periódicas y un compromiso de mejora constante.

Gracias a la implicación activa de las CCAA, el desarrollo y la mejora progresiva de la herramienta GMA-SNS han permitido alcanzar los objetivos marcados, adaptando su funcionamiento a las características del SNS y a las necesidades concretas de cada comunidad. Las propias CCAA han sido y continúan siendo las principales impulsoras del avance y expansión de los GMA-SNS.

La herramienta cuenta con un aplicativo de explotación de resultados que permite su uso de forma independiente a otros sistemas de gestión. No obstante, su integración en los sistemas autonómicos aporta un mayor valor añadido, facilitando un uso más eficiente de la información generada. Se ha avanzado en la actualización de la herramienta y la extensión de su uso.

Acciones que impulsar:

6.1. Mantenimiento de la herramienta y asistencia técnica

Mantener actualizadas las tablas de codificación, así como la identificación de enfermedades crónicas y la agrupación de códigos diagnósticos, garantizando la coherencia clínica y técnica del sistema.

6.2. Mejoras en la herramienta

Abordar líneas de mejora para aumentar el rendimiento predictivo de los GMA-SNS, entre ellas:

- Incorporación de variables individuales que refuercen la capacidad de estratificación.
- Introducir mejoras en los marcadores de discapacidad y marcadores de posibles riesgos psico-sociales.
- Introducir mejoras que permitan una mejor gestión proactiva de la salud mental.
- Incorporar variables explicativas como determinantes sociales. Desarrollando algoritmos que identifiquen potencialmente personas en situación de complejidad.
- Incluir lugar de residencia habitual de las personas (domicilio, centro residencial, otros...)
- Incluir variables que recojan la carga de cuidados (la carga de cuidados puede ser diferente en personas con la misma patología crónica, dependiendo de su funcionalidad, situación social y complejidad)
- Desarrollo de una versión específica para la población pediátrica.
- Ampliación del aplicativo de explotación, incluyendo funcionalidades que permitan comparar prevalencias de enfermedades crónicas entre comunidades autónomas y con el valor nacional.

6.3. Potenciar el uso y la proyección de los GMA-SNS

Fomentar el análisis de los distintos casos de uso de la herramienta, con el fin de identificar oportunidades de mejora y aumentar su utilidad en la práctica clínica, en la gestión sanitaria, en la planificación territorial y en equidad en salud.

Promover la investigación sobre su impacto en la mejora del SNS, tanto en términos de planificación como de resultados en salud. Evaluación del impacto de las intervenciones sanitarias.

Impulsar el posicionamiento del modelo GMA-SNS a nivel internacional, especialmente en el ámbito de la región europea de la OMS, destacando sus distintas vertientes de aplicación como herramienta óptima de estratificación poblacional.

Línea Estratégica 7: Corresponsabilidad de la ciudadanía en salud.

La participación, la corresponsabilidad y el empoderamiento de la ciudadanía constituyen una dimensión esencial para mejorar los resultados en salud, fomentar la equidad y reforzar la sostenibilidad del sistema. Además, la atención centrada en los pacientes tiene que incluir la toma de decisiones compartida. Se fomenta la participación a través de las asociaciones de pacientes y su incorporación en el Comité Técnico y distintos Grupos de Trabajo del Documento de Desarrollo.

Una de las herramientas fundamentales para empoderar a pacientes, personas cuidadoras y ciudadanía en general son las Escuelas de Salud y la Red de Escuelas de Salud para la Ciudadanía. Proporcionan información fiable, comprensible y basada en la evidencia sobre salud y autocuidado, herramientas para el afrontamiento y la vivencia de la enfermedad y fomenta espacios de intercambio de experiencias y apoyo mutuo que refuercen la autonomía personal, la corresponsabilidad y la toma de decisiones compartida.

Esta Red constituye una iniciativa colaborativa de la Estrategia de Cronicidad y de las Escuelas de Salud de las Comunidades Autónomas, que comparten contenidos y buenas prácticas a través de un espacio común y accesible, con el apoyo del Ministerio de Sanidad. La Red se configura como un referente informativo para la ciudadanía, al facilitar contenidos relevantes, actualizados y rigurosos en un lenguaje cercano. Su propósito es ofrecer una herramienta útil que complemente la atención sanitaria y promueva decisiones informadas y adaptadas a las necesidades y preferencias individuales.

Acciones que impulsar:

7.1. Fomentar el autocuidado

Promover el autocuidado como una competencia clave de la ciudadanía para el mantenimiento y mejora de la salud, especialmente en el contexto de las enfermedades crónicas. Esto implica facilitar el acceso a información comprensible y rigurosa, herramientas prácticas y apoyo emocional, de forma que las personas puedan gestionar mejor su salud y sus condiciones de vida. Se impulsará el desarrollo de contenidos, recursos educativos y actividades formativas adaptadas a diferentes perfiles y etapas del ciclo vital, incluyendo el entorno familiar y comunitario. El objetivo es reforzar la autonomía personal, la corresponsabilidad y la capacidad de actuación frente a los desafíos que plantea la cronicidad.

7.2. Favorecer la toma de decisiones compartidas

Impulsar un modelo de atención basado en la toma de decisiones compartidas entre profesionales sanitarios, personas con enfermedades crónicas y su entorno cuidador. Esta forma de relación clínica permite alinear las decisiones asistenciales con las preferencias, valores y necesidades individuales, favoreciendo resultados en salud más satisfactorios y sostenibles. Para ello, se promoverán entornos de comunicación efectiva, materiales informativos de apoyo a la deliberación, así como intervenciones que refuercen las habilidades de profesionales y pacientes para participar en este proceso. Se priorizará una atención centrada en la persona, que respete su autonomía y promueva relaciones más horizontales y colaborativas en el ámbito sanitario.

7.3. Posicionar la web de la Red como referente informativo y formativo para la ciudadanía

Consolidar la web como plataforma de referencia en salud, promoviendo el autocuidado y el uso adecuado de los recursos asistenciales. Se mejorará su estructura, accesibilidad y contenidos, facilitando la identificación de situaciones que requieren atención sanitaria.

7.4. Ampliar y diversificar los contenidos informativos.

Adaptar los materiales formativos a contextos sociales y culturales diversos.

Establecer los vínculos con campañas y estrategias de cuidados para la salud, promoción de entornos, estilos y condiciones de saludables, como recursos adicionales de la concienciación y consejo a la población.

Garantizar la “accesibilidad universal” tal como se contempla en la Ley 6/2022 de 31 de marzo que establece y regula la accesibilidad cognitiva y sus condiciones de exigencia y aplicación, con materiales accesibles para toda la población, incluidas las personas con discapacidad.

7.5. Fortalecer la Red como espacio de colaboración e intercambio

Impulsar la participación de Escuelas autonómicas, Sociedades Científicas y Asociaciones de Pacientes, promoviendo el intercambio de materiales formativos y buenas prácticas, así como el desarrollo de contenidos con respaldo técnico y científico.

7.6. Reducción de la brecha digital y fomento de la alfabetización crítica en salud

La transformación digital del sistema sanitario debe garantizar la equidad en el acceso a la información y a los servicios. Para ello, es necesario implementar acciones dirigidas a reducir la brecha digital que afecta especialmente a personas mayores, con bajo nivel educativo, en situación de vulnerabilidad o que residen en entornos rurales. Este abordaje debe ir acompañado del impulso a la alfabetización digital y crítica en salud, facilitando el uso seguro, autónomo y responsable de las tecnologías. Asimismo, se promoverán estrategias frente a la desinformación sanitaria y los bulos, fortaleciendo la capacidad de la ciudadanía para discernir información veraz y tomar decisiones informadas sobre su salud.

Reflexión final

Desde la aprobación de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS en 2012, y de la Actualización de las Líneas Estratégicas de la misma tras la evaluación en 2021, elaboradas con la participación de las Comunidades Autónomas, Sociedades Científicas y Asociaciones de Pacientes, el compromiso del conjunto del Sistema Nacional de Salud con la mejora en el abordaje de la cronicidad ha sido firme y sostenido.

Las Comunidades Autónomas han desarrollado e implementado sus propias estrategias y planes de acción, adaptándolos a sus realidades demográficas, organizativas y sociales, lo que ha permitido avanzar en la mejora de la atención a la cronicidad desde un enfoque territorial y contextualizado. Aunque el ritmo de avance ha podido ser desigual en algunos ámbitos, el trabajo no se ha detenido. Muy al contrario, ha sido constante, comprometido y coordinado. Se han producido progresos relevantes tanto en áreas específicas como en líneas transversales, y ha sentado las bases para una transformación progresiva del modelo de atención.

Es resultado del esfuerzo colectivo de todos los agentes implicados: administraciones, profesionales sanitarios y sociosanitarios, asociaciones de pacientes y ciudadanía. Esto ha permitido compartir logros, aprender de las experiencias de otros territorios y consolidar una red de conocimiento y mejora continua en el seno del Sistema Nacional de Salud. La cronicidad sigue siendo un reto de primer orden, pero también un espacio de oportunidad para seguir construyendo un modelo de atención más humano, eficiente y centrado en las personas.

Abreviaturas

AESAN: Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición

AP: Atención Primaria

AH: Atención Hospitalaria

BBPP: Buenas Prácticas (en el SNS)

BDCAP: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria

CCAA.: Comunidades Autónomas

CEA: Ciudades con Estatuto de Autonomía

CI: Comité Institucional de la Estrategia

CISNS: Consejo Interterritorial del Sistema Nacional

DGSPE: Dirección General de Salud Pública y Equidad

EAC: Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad

EAP: Equipo de Atención Primaria

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

GMA-SNS: Herramienta informática del Ministerio de Sanidad (SNS), que permite la estratificación de la población en Grupos de Morbilidad Ajustada.

HAD: Hospitalización a Domicilio

HTA: Hipertensión arterial

NNA: Niños, niñas y adolescentes

PAPyC: Planes de Acción de Atención Primaria y Comunitaria

PCA: Paciente Crónico Avanzado

PCC: Paciente Crónico Complejo

PCCA: Paciente Crónico Complejo Avanzado

SIAP: Sistema de Información de Atención Primaria

SNS: Sistema Nacional de Salud

TCAES: Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

TIC: Tecnologías de la Información y las Comunicaciones

OMS: Organización Mundial de la Salud

Referencias

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad

Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad 2012
https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/abordajeCronicidad/docs/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf

Informe de Evaluación y líneas estratégicas de actuación (Estrategia de Cronicidad) 2021
https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/abordajeCronicidad/docs/Estrategia_de_Abordaje_a_la_Cronicidad_en_el_SNS_2021.pdf

Historia Clínica Digital del SNS.
<https://www.sanidad.gob.es/areas/saludDigital/historiaClinicaSNS/mapa/situacionActualHCDSNS.htm>

Informe sobre la Atención Sociosanitaria en España (2022). (Pendiente de publicación)

Estrategia de desinstitucionalización (2024-2030).
<https://estrategiadesinstitucionalizacion.gob.es/estrategia/>

Planes de Acción de Atención Primaria y Comunitaria (PAPyC) 2022-2023
https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/saludComunitaria/documentosTecnicos/docs/Plan_de_Accion_de_Atencion_Primaria.pdf#:~:text=El%20MAPyC%20se%20divide%20en%206%20l%C3%ADneas

Planes de Acción de Atención Primaria y Comunitaria (PAPyC) 2025-2027
https://www.sanidad.gob.es/areas/atencionPrimaria/docs/PLAN_DE_ACCION_DE_ATENCION_PRIMARIA_Y_COMUNITARIA_2025-2027.pdf

Informe de evaluación del PAPyC (2024)
https://www.sanidad.gob.es/areas/atencionPrimaria/campanalImpulso/laPrimariaEnDatos/docs/Informe_de_evaluacion_sobre_el_impacto_de_la_Primer_Reforma_del_Componente_18_del_Plan_de_Recuperacion,_Transformacion_y_Resiliencia_en_el_Sistema_Nacional_de_Salud.pdf

Informe de estratificación GMA en el SNS (2014-2016)
https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/abordajeCronicidad/docs/informeEstratificacionGMASNS_2014-2016.pdf

Red de Escuelas de Salud para la Ciudadanía.
<https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/redEscuelasSalud/home.htm#:~:text=La%20Red%20de%20Escuelas%20de%20salud%20para%20la>

Guía Salud para Pacientes. https://portal.guiasalud.es/material-pacientes/?_sfm_wpcf-estado=1

Estrategia de Salud Digital 2021-2026.
https://www.sanidad.gob.es/areas/saludDigital/doc/Estrategia_de_Salud_Digital_del_SNS.pdf

Guía para la Profesionalización de las Entidades de Pacientes
<https://forodepacientes.org/asociacionismo/guia-para-la-profesionalizacion-de-entidades-de-pacientes/>

Recomendaciones sobre conciliación de la medicación en Atención Primaria (2022)
https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/practicasSeguras/usoSeguroMedicamentos/docs/Documento_final-_Octubre_2022._ACCESIBLE.pdf

Utilización de medicamentos crónicos. Polimedicados. (Informe SIAP/BDCAP 2024. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/16_Utilizacion_medicamentos_cronicos.pdf)

Curso de Abordaje integral del dolor en población infantil / Curso de Abordaje integral del dolor en población adulta <https://cursos.seguridaddelpaciente.es/login/index.php>

Joint Action on transfer of best practices in primary care (EU4Health AWP 2021) https://health.ec.europa.eu/document/download/6f9314ff-62db-4e2c-90bf-5ff2cb717268_en / https://health.ec.europa.eu/publications/2021-eu4health-work-programme_en

Informe sobre el Plan Operativo para implantar las Recomendaciones para adaptar la Atención Primaria a las necesidades actuales de la población española (Proyecto Adapting Primary Care, 2023)

https://www.sanidad.gob.es/va/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/docs/Adapting_PC_Spain_Informe_Fase5_Plan_Operativo_vf.pdf

Primary Health Care Transformation in Spain and Current Challenges (2023) <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2023-8071-47839-70649>

Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del SNS 2013. <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/estrategiaSNS/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>

Orden SND/454/2025, de 9 de mayo, por la que se modifican los anexos I, II, III y VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

Disposición 9277 del BOE núm. 115 de 2025

Anexos

Anexo A: Ficha de Trabajo y checklist

FICHA DE TRABAJO

IDENTIFICACIÓN DE LA LÍNEA ESTRATÉGICA

INDICE DEL CONTENIDO DE LA FICHA

ACCIÓN

JUSTIFICACIÓN

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

OBJETIVOS

RECOMENDACIONES

INDICADORES

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

OTROS VÍNCULOS DE INTERÉS

Lista de Chequeo para las Fichas de Trabajo del Documento de Desarrollo EAC 2025-2028

1. Coherencia Estratégica

- ¿Se han identificado sinergias e interdependencias con otras estrategias de salud (nacionales, autonómicas o internacionales)?
- ¿Se ha establecido la relación con los grupos de trabajo de la Subdirección General de Salud Digital?
- ¿Se han considerado las conexiones con otras líneas del propio Documento de Desarrollo?
- ¿Se han tenido en cuenta recomendaciones y marcos de referencia internacionales sobre el abordaje de la cronicidad?

2. Enfoque Basado en la Evidencia

- ¿Se han utilizado fuentes de información y datos públicos disponibles (BDCAP, SIAP, CIMA, Observatorio del Medicamento, GuíaSalud, LocalizaSalud, UpToDate, ¿etc.)?
- ¿Se han incorporado recomendaciones internacionales relevantes (OMS, OCDE, etc.)?
- ¿Se han considerado indicadores existentes en otras estrategias que puedan enriquecer las acciones y recomendaciones propuestas?
- ¿Las recomendaciones están fundamentadas en evidencia científica y en buenas prácticas?

3. Sostenibilidad y Factibilidad

- ¿Las acciones propuestas son realistas, viables y adaptadas al contexto operativo del SNS?
- ¿Se han identificado posibles barreras y facilitadores para su implementación?
- ¿Se han definido claramente las personas responsables de su ejecución?
- ¿Se ha valorado la sostenibilidad económica y la coste-efectividad de las acciones?
- ¿Se ha considerado el posible impacto ambiental de las propuestas?

4. Equidad, Inclusión y Determinantes Sociales

- ¿Se ha incorporado la perspectiva de equidad en salud (por género, edad, territorio, situación socioeconómica...)?
- ¿Se han considerado los determinantes sociales de la salud en el análisis y diseño de las acciones?
- ¿Se han integrado perspectivas diversas e inclusivas en la elaboración de las propuestas?

5. Calidad Técnica y Operativa

- ¿La acción está claramente definida y adecuadamente justificada?
- ¿Los objetivos están formulados siguiendo el criterio SMART (específicos, medibles, alcanzables, relevantes y temporales)?
- ¿Las recomendaciones son coherentes con el análisis realizado y están bien fundamentadas?
- ¿Los indicadores propuestos permiten evaluar adecuadamente la implementación y el impacto de las acciones?
- ¿Se ha verificado si pueden reutilizarse indicadores ya definidos en otras estrategias?

6. Comunicación, Divulgación y Actualización

- ¿Se ha considerado la facilidad de actualización de los contenidos y productos generados?
- ¿Se han identificado vínculos de interés y referencias bibliográficas pertinentes?
- ¿El lenguaje utilizado es claro, técnico y accesible para otros profesionales?
- ¿Se ha previsto cómo se difundirá el conocimiento generado?
- ¿Se contempla la adaptación de productos o recomendaciones a distintos públicos destinatarios?