

Informe SESPAS

Coordinación sanitaria: un reto para el Sistema Nacional de Salud. Informe SESPAS 2026



Valle Coronado-Vázquez^{a,b}, María Rodríguez Herrera^c,
Juan Gómez-Salgado^{d,e,*} y María Valle Ramírez-Durán^f

^a Facultad de Medicina, Universidad Francisco de Vitoria, Pozuelo de Alarcón (Madrid), España

^b Centro de Salud de Las Cortes, Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España

^c Secretaria Adjunta, Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC), Valencia, España

^d Departamento de Sociología, Trabajo Social y Salud Pública, Facultad de Ciencias del Trabajo, Universidad de Huelva, Huelva, España

^e Programa de Posgrado en Seguridad y Salud, Universidad Espíritu Santo, Guayaquil, Ecuador

^f Departamento de Enfermería, Centro Universitario de Plasencia, Universidad de Extremadura, Plasencia (Cáceres), España

R E S U M E N

Palabras clave:

Coordinación sanitaria
Barreras a la coordinación
Facilitadores
Pacientes complejos

El Sistema Nacional de Salud español, basado en la universalidad y la equidad, afronta retos estructurales derivados del envejecimiento poblacional, el aumento de la cronicidad y la fragmentación del sistema de cuidados. Esta fragmentación constituye su principal debilidad y afecta especialmente a personas con patologías complejas, caracterizadas por multimorbilidad y necesidades de cuidados sanitarios y sociales. Aunque en las últimas décadas se han impulsado iniciativas de integración asistencial, como las Organizaciones Sanitarias Integradas del País Vasco y Cataluña, sus resultados han sido desiguales y, en muchos casos, limitados. El artículo sostiene que el problema central no radica en la falta de estructuras organizativas, sino en el desajuste entre los modelos de coordinación existentes y las necesidades reales de las personas, y plantea cuatro tesis principales. Primero, la coordinación debe adaptarse al nivel de complejidad clínica, social y de cuidados, evitando enfoques uniformes poco eficaces para los grupos más vulnerables. Segundo, es necesario actuar sobre las barreras estructurales persistentes, como los sistemas de financiación desalineados y las jerarquías profesionales. Tercero, los facilitadores de la coordinación deben ser específicos, operativos, evaluables y sostenibles, evitando transferir soluciones entre contextos sin una adecuada adaptación. Por último, se subraya la importancia de definir con claridad los roles profesionales clave. En conjunto, el texto propone avanzar hacia un modelo de coordinación centrado en las personas, que reconozca la complejidad, refuerce la atención primaria y contribuya a mejorar los resultados en salud y la equidad del sistema.

© 2026 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Health coordination: a challenge for the National Health System. SESPAS Report 2026

A B S T R A C T

Keywords:

Patient care coordination
Communication barriers
Facilitating factors
Complex patients

The Spanish National Health System, founded on the principles of universality and equity, faces structural challenges arising from population ageing, increasing chronicity, and the fragmentation of the care system. This fragmentation represents its main weakness and particularly affects people with complex conditions, characterized by multimorbidity and combined health and social care needs. Although various care integration initiatives have been promoted in recent decades, such as the Integrated Health Organizations in the Basque Country and Catalonia, their results have been uneven and, in many cases, limited. The article argues that the central problem does not lie in the absence of organizational structures, but in the mismatch between existing coordination models and people's actual needs, and it presents four main theses. First, coordination must be adapted to the level of clinical, social, and care complexity, avoiding uniform approaches that are ineffective for the most vulnerable groups. Second, it is necessary to address persistent structural barriers, such as misaligned financing systems and professional hierarchies. Third, coordination facilitators must be specific, operational, measurable, and sustainable, avoiding the transfer of solutions across contexts without proper adaptation. Finally, the article highlights the importance of clearly defining key professional roles. Overall, the text proposes moving toward a person-centered coordination model that acknowledges complexity, strengthens primary care, and contributes to improving health outcomes and system equity.

© 2026 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: salgado@uhu.es (J. Gómez-Salgado).

Puntos clave

- La descoordinación en el Sistema Nacional de Salud es un déficit transversal que afecta la continuidad asistencial, especialmente en personas con multimorbilidad y necesidades sociales, reduciendo la eficiencia y la equidad.
- El problema no es la falta de iniciativas, sino su diseño inadecuado: los modelos generalistas fallan si no se adaptan a la complejidad clínica y social. Se necesita una coordinación personalizada o estratificada.
- No basta con atender necesidades visibles; hay que eliminar barreras estructurales como la fragmentación organizativa, la financiación inadecuada y las culturas jerárquicas que perpetúan la descoordinación.
- Los facilitadores deben ser operativos, validados y sostenibles, y ajustarse al contexto y a la necesidad concreta, evitando replicar modelos sin adaptación.
- Los equipos multidisciplinares no garantizan la coordinación sin una definición clara de roles, como coordinador operativo, experto colaborativo y profesional de enlace.

Introducción

El Sistema Nacional de Salud (SNS) en España se estructura sobre los principios fundamentales de la universalidad y la equidad, proporcionando cobertura al 96,6% de la población a través de financiación pública y una red descentralizada de servicios asistenciales organizada en dos ámbitos: atención primaria y atención hospitalaria¹. La atención primaria, que actúa como nivel básico de atención y eje vertebrador del sistema sanitario a lo largo de la vida de las personas, constituye un componente esencial para garantizar un sistema sanitario inclusivo, eficiente y equitativo².

Actualmente, el SNS de España, al igual que otros sistemas de salud a lo largo del mundo, enfrenta importantes desafíos, como el envejecimiento poblacional, el aumento de las enfermedades crónicas, las crisis sanitarias emergentes y la fragmentación del sistema de cuidados, aunque el más destacado es el déficit en la coordinación al implicar a los anteriores. Las dificultades en el reparto de competencias entre administraciones públicas, así como la persistencia de dinámicas profesionales escasamente integradas, obstaculizan una atención fluida y centrada en las necesidades de los pacientes³.

Se puede definir la coordinación sanitaria como «la organización deliberada de las actividades de cuidados entre dos o más participantes (incluido el paciente) para facilitar una atención adecuada. Organizar el cuidado implica la organización del personal y otros recursos necesarios, y a menudo se gestiona mediante el intercambio de información entre participantes»⁴.

La coordinación se estructura en tres pilares interconectados y dirigidos a mejorar la continuidad de la atención y la experiencia del paciente⁵:

- Coordinación asistencial. En este ámbito se han descrito varias estrategias, como la gestión de casos, las vías clínicas, los navegadores de salud o las actuaciones en las transferencias, entre otras; es decir, en las movilizaciones de los pacientes de una estructura a otra, junto con su información clínica y administrativa⁶.
- Coordinación de programas y proveedores de salud, con el objetivo de evitar la fragmentación asistencial, administrativa, informativa y de financiación.
- Coordinación entre los sectores sanitarios y no sanitarios (sociales, educación, trabajo, etc.).

A diferencia de la coordinación, la integración implica un modelo más estructural que busca la unificación y la centralización de sistemas, prácticas y cultura organizativa para lograr una atención centrada en las personas⁷. Mientras que la coordinación se centra en organizar actividades específicas entre participantes para asegurar la continuidad y la coherencia en la atención, la integración proporciona el marco estructural que permite que la coordinación funcione de manera eficiente, por lo que ambos conceptos son diferenciados, pero complementarios, en la práctica de un sistema sanitario cohesionado.

En el SNS se han llevado a cabo distintas experiencias de integración asistencial, como los dispositivos de Organización Sanitaria Integrada (OSI) en el País Vasco y Cataluña, la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Castilla y León, y las Áreas de Gestión Sanitaria (AGS) de Andalucía. En el País Vasco, la OSI de Bidasoa se centró en la atención a pacientes con enfermedades crónicas con la introducción de rutas asistenciales, enfermeras de casos y profesionales médicos coordinadores⁸. En Cataluña, desde hace unos 45 años se vienen desarrollando varias experiencias de OSI que incluyen un sistema de información integrado (historia clínica electrónica única, historia clínica compartida y navegador de documentos), guías de práctica clínica compartidas y un plan global de calidad. Sin embargo, aunque se utilizan planes de alta hospitalaria, los mapas de atención interdisciplinaria son escasos. Algunas estrategias que contribuyen a la coordinación son la integración del sistema de petición de citas, las sesiones clínicas compartidas entre profesionales de atención primaria y hospitalaria, y la coordinación al alta (domiciliaria y sociosanitaria). En general, los resultados de estas experiencias han sido desiguales y, en muchos casos, limitados⁹.

Por lo tanto, el problema fundamental probablemente no radica en la ausencia de estructuras ni en la falta de voluntad para coordinar, sino en los desajustes entre lo que se diseña y las necesidades reales de las personas con patologías complejas. A partir del análisis de la evidencia internacional y de experiencias nacionales seleccionadas, se desarrollan cuatro tesis que explican estos errores y se propone una coordinación centrada en las personas como marco transformador para el SNS.

Cuatro tesis para una coordinación efectiva

Coordinación «personalizada»: adaptar los modelos a la complejidad de las personas

La efectividad de la coordinación depende en parte del perfil de las personas atendidas. Es un error frecuente diseñar programas organizativos «generalistas», no adaptados a la variedad de situaciones clínicas, sociales y de necesidad de cuidados. La multimorbilidad requiere una atención centrada en la persona, priorizando lo más importante para el paciente y sus familiares, asegurando una coordinación alineada con sus necesidades, valores y preferencias¹⁰. Pongamos como ejemplo la atención a mayores en situación de fragilidad sin una red de apoyo social, en contraste con las personas con una diabetes bien controlada. Las primeras necesitarán intervenciones estructurales complejas, a nivel micro, meso y macro, mientras que en las segundas será suficiente con un protocolo escrito de derivación (nivel micro).

El modelo francés *Coordination of Professional Care for the Elderly (COPA)*¹¹ ha establecido una correlación válida entre el nivel de coordinación y la complejidad de los pacientes, rediseñando a nivel meso la colaboración entre profesionales de atención primaria y hospitalaria. La COPA incluye valoraciones geriátricas integrales y planes de cuidados individualizados desarrollados por médicos generalistas y gestores de casos, con el apoyo experto de geriatras. En este modelo, los gestores de casos son profesionales de enfermería especializados en gerontología que actúan como clíni-

cos activos dentro del equipo multidisciplinario. Cada gestor de casos se asigna a un número limitado de médicos de atención primaria, colaborando estrechamente con ellos en la evaluación integral del paciente (InterRAI MDS-HC), la elaboración del plan de cuidados, la coordinación de servicios sanitarios y sociales, el seguimiento periódico de las necesidades del paciente y la organización de ingresos y altas hospitalarias. Además, mantienen comunicación constante con el médico de atención primaria y pueden ser contactados por los pacientes, los familiares y otros profesionales ante cualquier problema emergente. Este enfoque ha demostrado reducir las hospitalizaciones y las visitas a urgencias en personas mayores frágiles, al tiempo que fortalece la coordinación al alta (domiciliaria y sociosanitaria)¹¹.

El modelo COPA es potencialmente trasladable al SNS, ya que ambos comparten una sólida estructura de atención primaria y enfrentan un envejecimiento poblacional acelerado. Su implementación sugiere que la integración de gestores de casos con un perfil clínico y funciones claramente definidas es un factor clave para mejorar la coordinación y la continuidad de la atención en los pacientes complejos.

En cambio, cuando las intervenciones no tienen en cuenta las necesidades reales de las personas, su impacto suele ser mínimo o nulo. Es lo que describen Davies et al.¹² en una revisión, señalando que las estrategias a nivel micro en población institucionalizada de residencias sociosanitarias, con una alta complejidad clínica y social, tuvieron como consecuencia unos escasos resultados en salud, debido al desajuste entre las necesidades de coordinación y el modelo implantado.

Las características de los problemas de salud y sociales de las personas también determinan los tipos de coordinación que se deben implementar: clínica, funcional, administrativa o territorial. Este análisis ha sido realizado en diversos estudios, en los que se hace hincapié en esta correspondencia. Las personas enfermas que transitan entre ámbitos asistenciales requieren una coordinación clínica-territorial, como es el plan al alta y el enlace entre organizaciones¹³. Los pacientes frecuentadores de los servicios de urgencias con problemas de abuso de sustancias o de salud mental precisan una triple coordinación: clínica (mediante una evaluación biopsicosocial conjunta), funcional (definiendo protocolos de comunicación entre servicios) y administrativa (con acuerdos de confidencialidad para compartir la información)¹⁴.

Esto sugiere una equivalencia entre el ámbito y el tipo de coordinación y el grado de complejidad de los enfermos, que influye en los resultados obtenidos. Por ello, antes de diseñar un modelo organizativo hay que determinar claramente a qué población va dirigido y seleccionar las estrategias de coordinación considerando el nivel de atención, los cuidados y la complejidad social que las personas requieren según su situación clínica y psicosocial.

Actuar sobre las barreras que impiden la coordinación

La literatura muestra que las dificultades para la coordinación no dependen de problemas concretos, sino de barreras estructurales, organizativas y de relaciones que se cronifican en las organizaciones sanitarias. Entre estas destacan la fragmentación de los ámbitos asistenciales, especialmente de atención primaria y hospitalaria, y la indefinición de los roles profesionales, que genera desconfianza y escasa cultura de trabajo colaborativo¹⁵. A ello se suman la falta de incentivos financieros para la atención holística¹⁶, los déficits en los sistemas de información compartida¹⁷ y la elevada carga de trabajo que limita el tiempo para la coordinación¹⁸, entre otros.

Cuando se trata de abordar los problemas de coordinación es habitual centrarse en las necesidades, pasando por alto las barreras estructurales y organizativas que impiden las soluciones. Al respecto, un ejemplo claro es la necesidad de compartir la información y las barreras que la dificultan. En estudios llevados a cabo

en los Estados Unidos de América, Suiza, los Países Bajos y Sudáfrica se repite esta paradoja¹⁹⁻²²: las necesidades son creadas por las barreras. Si los sistemas no están diseñados para compartir la información porque las regulaciones limitan la interoperabilidad, entonces se genera la necesidad de mejorar la comunicación. En otras ocasiones son cuestiones relacionadas con la financiación. En Bélgica, Zavrnik et al.²³ señalan que se necesita una financiación adecuada para permitir el trabajo en equipo, pero una de las barreras es el sistema de pago *fee-for-service*, que no incentiva el trabajo colaborativo.

Esta relación entre necesidades y barreras explica por qué no se obtienen resultados en muchas de las intervenciones realizadas para mejorar la coordinación. En lugar de dirigir las actuaciones a satisfacer necesidades aisladas, tales como diseñar más protocolos o dar más formación, hay que cambiar el foco hacia problemas estructurales como reformar la financiación para pagar por coordinación o acabar con la cultura de las jerarquías médicas, que tradicionalmente invisibiliza a otros profesionales como los de enfermería y trabajo social. En este sentido, es importante señalar también la necesidad de definir con claridad los roles y las responsabilidades profesionales, si bien persisten jerarquías marcadas y un enfoque «medicocentrista» que dificultan estos avances²³. Experiencias como la de los equipos de atención primaria en Suecia, donde se han eliminado las diferencias retributivas basadas en la profesión y se ha implantado la codirección enfermera-médico, han demostrado mejoras en la continuidad asistencial y en el clima laboral²⁴.

Adaptar los facilitadores a las necesidades de coordinación

Los facilitadores de la coordinación sanitaria no son simplemente herramientas, sino también propuestas organizativas, dinámicas profesionales y de relación para dar respuestas a las necesidades reales de las personas. De ahí que deba existir una coherencia entre estas y las estrategias de coordinación. Cuando las propuestas se desvían de este objetivo, resultan inadecuadas e insuficientes.

Para que un facilitador sea efectivo debe ser específico (adaptado a la necesidad; por ejemplo, una unidad de geriatría comunitaria para ancianos con patologías complejas)²⁵, operativo (implementable directamente mediante dispositivos funcionales reales, y no solo en el ámbito político)²⁶, validado (empleando herramientas estandarizadas, como la evaluación geriátrica integral)²⁵ y financieramente sostenible²⁷.

Moss et al.²⁶ describen una correspondencia perfecta entre facilitadores y necesidades en un estudio sobre personas ancianas con altas hospitalarias complejas, las cuales requieren una planificación y vinculación con servicios comunitarios. Proponen herramientas de cribado para identificar el riesgo y la creación de una base de datos de recursos comunitarios. En el mismo sentido, Di Pollina et al.²⁵ abordan la fragmentación de la atención a personas mayores frágiles con enfermedades crónicas a partir de un diagnóstico de las necesidades, planteando la creación de una unidad de geriatría comunitaria multidisciplinaria, la comunicación con los profesionales de atención primaria y la evaluación geriátrica integral.

Sin embargo, esta coherencia no siempre se alcanza y los facilitadores propuestos no responden a los problemas detectados. Marais y Petersen²² analizan los factores que facilitan o impiden la atención integrada de salud mental en Sudáfrica preguntando a informantes clave. De forma paradójica, señalan como facilitadores el marco político, una plataforma de crónicos o el liderazgo profesional, a pesar de que las necesidades detectadas son la exigencia de clarificar las responsabilidades de cada profesional o su capacitación. En este caso, a necesidades concretas y operativas se responde con facilitadores abstractos y políticos. Esta es la consecuencia de extrapolar facilitadores diseñados para una nece-

sidad concreta, como el modelo de enfermera gestora de casos para pacientes frágiles, a contextos donde las necesidades son de otro tipo, como por ejemplo mejorar la interoperabilidad de los sistemas de información.

Asignar roles bien definidos a los profesionales para una coordinación efectiva

La coordinación sanitaria está directamente vinculada a la definición y al reconocimiento de los roles profesionales. La presencia de equipos multidisciplinares no asegura el éxito de la coordinación, que sí parece depender de una asignación clara de responsabilidades y del entrenamiento continuo en competencias colaborativas²⁸. Los roles prioritarios serían el de coordinador operativo, el experto y el profesional de enlace.

El coordinador operativo se encarga de organizar y asegurar la continuidad del proceso asistencial. En general, esta función es desempeñada por enfermeras que realizan una evaluación del riesgo al alta hospitalaria²⁶, efectúan llamadas de seguimiento o clarifican órdenes de los médicos²⁹; en otras ocasiones se trata de la enfermera gestora de casos que coordina la atención y el tratamiento de personas con enfermedades complejas³⁰. En España, la enfermería de gestión de casos ha tenido una implantación heterogénea, a pesar de su aportación en el manejo de pacientes de alta complejidad³¹, en parte por la ausencia de una regulación y una estandarización claras de esta figura, lo que ha dado lugar a diferencias en sus funciones, perfiles y ámbitos de actuación entre territorios. No obstante, avanzar en su definición y consolidación podría favorecer su desarrollo homogéneo y actuar como un elemento facilitador clave para mejorar la coordinación asistencial planteada.

Existen también modelos con roles compartidos entre varios profesionales de la medicina de atención primaria y hospitalaria, gestores de casos y trabajo social^{11,12,23,32,33}.

El papel de experto colaborativo es asumido con frecuencia por especialistas hospitalarios, que aportan un conocimiento especializado para apoyar las decisiones¹¹, o como consultores para asesorar en atención primaria¹⁹.

La función de enlace es prioritaria en la atención a pacientes complejos. Habitualmente se trata de enfermeras de atención primaria que guían la transición de los pacientes¹³, enfermeras de prácticas avanzadas que coordinan la atención con equipos internos y externos²⁰, y enfermeras de enlace que facilitan la conexión entre servicios superando las barreras organizativas y administrativas²⁴. En otros casos son trabajadores comunitarios, figuras como los agentes de salud comunitaria, mediadores interculturales o promotores de salud, que hacen de conexión entre la comunidad y los servicios sociales³⁴. En consecuencia, mediante estas figuras se logran un mayor acceso a los servicios y una mejora en los resultados de salud.

Por ello, se hace necesario revisar el diseño de los dispositivos de profesionales. No basta con sumar personas a los equipos, sino que lo más importante es establecer roles precisos.

Propuestas para una aplicación efectiva en el Sistema Nacional de Salud

El desajuste entre el tipo de coordinación implementado (clínica, funcional, administrativa o territorial) y las características de los pacientes lleva al fracaso de las intervenciones, lo que nos hace reflexionar sobre la conveniencia de realizar un diagnóstico previo de las personas con necesidades de salud. No se trata de diseñar modelos de coordinación generalistas, sino modelos estratificados según la complejidad clínica, social y de cuidados de las personas enfermas y sus familias, y saber cuál aplicar en cada circunstancia. Para ello, habría que realizar valoraciones específicas por equipos

interdisciplinares y proveer la atención a través de unidades de gestión clínica y de cuidados integradas.

Sin embargo, la solución a los problemas de la coordinación sanitaria no se encuentra solo en dar respuesta a las necesidades, sino también en actuar sobre las barreras estructurales que las crean. Desde una perspectiva organizativa, las barreras jerárquicas pueden entenderse a la luz del modelo de Laloux, que clasifica las organizaciones según estadios evolutivos. En este marco, las organizaciones «ámbar» se caracterizan por jerarquías estables, procesos altamente estandarizados y una organización en compartimentos relativamente estancos, mientras que las organizaciones «verdes» incorporan modelos más flexibles, basados en el liderazgo distribuido, la autogestión de los equipos y la promoción de la plenitud profesional. El SNS presenta rasgos propios de las organizaciones «ámbar», lo que puede dificultar la coordinación entre niveles asistenciales, mientras que los modelos más avanzados de coordinación requerirían transitar hacia organizaciones «verdes» que favorezcan unas mayores integración y colaboración entre profesionales³⁵.

Se trataría de reformar los sistemas de financiación, incentivar el trabajo coordinado, revisar marcos regulatorios que limitan la información compartida, establecer estructuras de gestión conjunta con los recursos de la comunidad y plantear mecanismos de evaluación de las intervenciones para conocer su efectividad. Esto implica cambiar el foco desde lo que falta hacia lo que impide la organización de la atención, y centrar los esfuerzos en reformarlo.

Desde esta perspectiva, los facilitadores de la coordinación no pueden ser propuestas genéricas o soluciones válidas para todos los problemas; muy al contrario, deben ser concretos y acordes a las necesidades, situados en la realidad de la práctica clínica y de cuidados, priorizando los que son operativos, evaluables y económicamente sostenibles. Antes de plantear un facilitador habría que preguntarse a qué problema específico trata de dar respuesta, haciendo una valoración de las personas enfermas para establecer vías de atención apropiadas a sus necesidades clínicas, sociales y de cuidados. La transferencia de soluciones de un contexto a otro sin una adaptación previa es un error en los modelos de coordinación.

En la coordinación no basta con tener unidades multiprofesionales para lo que se ha llamado «trabajo en equipo»; es necesario que los profesionales tengan roles bien definidos a lo largo del proceso asistencial, mecanismos de comunicación estructurados y recursos para llevarlos a cabo. Los modelos con equipos multidisciplinares que no reconocen ni ejercen sus funciones contribuyen a perpetuar la descoordinación y sus consecuencias sobre la salud de las personas. Hay que cuestionar las jerarquías profesionales que conducen a la cultura de compartimentos estancos y a la desconfianza entre ellos.

El SNS debería avanzar hacia una coordinación centrada en las personas, considerando su complejidad clínica y social, reforzando el papel de los profesionales de atención primaria como coordinadores y enlaces entre servicios, y abordando las barreras y los facilitadores para dar soluciones concretas a las necesidades reales de la población.

Editor responsable del artículo

Alberto Lana.

Contribuciones de autoría

Todas las personas firmantes son responsables de todos los aspectos del trabajo, lo que implica la revisión crítica del contenido, la aprobación final del manuscrito y el compromiso de responder por su integridad y exactitud. V. Coronado-Vázquez participó en la concepción del estudio, la recogida de datos y la redacción inicial del texto. M. Rodríguez-Herrera contribuyó en el diseño metodo-

lógico y el análisis de los resultados. J. Gómez-Salgado participó en la interpretación de los datos, la supervisión general del proceso investigador y la edición final del documento. M.V. Ramírez-Durán colaboró en la revisión crítica del contenido y en la adecuación científica y formal del texto. El autor de correspondencia certifica que todas las personas mencionadas cumplen con los criterios de autoría establecidos y que no se ha excluido a ninguna persona que reúna dichos requisitos.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Ministerio de Sanidad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2023: resumen ejecutivo. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2023/ResumenEjecutivo_2023.pdf.
- Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud hacia la cobertura sanitaria universal: informe del Director General. 72.^a Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 2019. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/328587>.
- Ojeda Feo JJ, Freire Campo JM, Gervas Camacho J. La coordinación entre atención primaria y especializada: ¿reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional? *Rev Adm Sanit*. 2006;4:357–82.
- McDonald KM, Sundaram V, Bravata DM, et al. Closing the quality gap: a critical analysis of quality improvement strategies. Vol. 7: Care coordination. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2007. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44012/>.
- World Health Organization. Framework on integrated, people-centred health services: report by the Secretariat. Geneva: WHO; 2016. Report No. A69/39. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252698>.
- Pérez Batlló J, Amado Arráez M, Valín Tascón M, et al. Protocolo PATRA: herramienta de transferencia física del paciente crítico. *Index Enferm*. 2025;34:e15604.
- Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications — a discussion paper. *Int J Integr Care*. 2002;2:e12.
- Polanco NT, Zabalegui IB, Irazusta IP, et al. Building integrated care systems: a case study of Bidasoa Integrated Health Organisation. *Int J Integr Care*. 2015;15:e026.
- Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I. Organizaciones sanitarias integradas: un estudio de casos. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya; 2007. Disponible en: https://www.consorcio.org/media/upload/osi_un_estudio_de_casos_1432545988.pdf.
- Skou ST, Mair FS, Fortin M, et al. Multimorbidity. *Nat Rev Dis Primers*. 2022;8:48.
- Vedel I, De Stampa M, Bergman H, et al. A novel model of integrated care for the elderly: COPA, Coordination of Professional Care for the Elderly. *Aging Clin Exp Res*. 2009;21:414–23.
- Davies SL, Goodman C, Bunn F, et al. A systematic review of integrated working between care homes and health care services. *BMC Health Serv Res*. 2011;11:320.
- Hsiao YL, Bass EB, Wu AW, et al. Implementation of a comprehensive program to improve coordination of care in an urban academic health care system. *J Health Organ Manag*. 2018;32:638–47.
- Scheiner N, Cohen S, Davis R, et al. The effect of integrated care on self-management and emergency department attendance. *B J Psych Bull*. 2019;43:117–22.
- Araujo de Carvalho I, Epping-Jordan J, Pot AM, et al. Organizing integrated health-care services to meet older people's needs. *Bull World Health Organ*. 2017;95:756–63.
- Kirst M, Im J, Burns T, et al. What works in implementation of integrated care programs for older adults with complex needs? A realist review. *Int J Qual Health Care*. 2017;29:612–24.
- Cumming J. Integrated care in New Zealand. *Int J Integr Care*. 2011;11(Spec 10th Anniversary Ed):e138.
- Castelli M, Erskine J, Hunter D, et al. The forgotten dimension of integrated care: barriers to implementing integrated clinical care in English NHS hospitals. *Health Econ Policy Law*. 2023;18:321–8.
- Litchfield I, Kingston B, Narga D, et al. The move towards integrated care: lessons learnt from managing patients with multiple morbidities in the UK. *Health Policy*. 2022;126:777–85.
- Carron T, Domeisen Benedetti F, Fringer A, et al. Integrated care models in Swiss primary care: an embedded multiple case study. *J Eval Clin Pract*. 2023;29:1–14.
- Guldmond N. What is meant by 'integrated personalized diabetes management': a view into the future and what success should look like. *Diabetes Obes Metab*. 2024;26 Suppl 1:14–29.
- Marais DL, Petersen I. Health system governance to support integrated mental health care in South Africa: challenges and opportunities. *Int J Ment Health Syst*. 2015;9:14.
- Zavrnik Č, Danhieux K, Monarres MH, et al. Scaling-up an integrated care for patients with non-communicable diseases: an analysis of healthcare barriers and facilitators in Slovenia and Belgium. *Zdr Varst*. 2021;60:158–66.
- Kirvaldize M, Boström A-M, Liljas A, et al. Effectiveness of integrated person-centered interventions for older people's care: review of Swedish experiences and experts' perspective. *J Intern Med*. 2024;295:804–24.
- Di Pollina L, Guessous I, Petoud V, et al. Integrated care at home reduces unnecessary hospitalizations of community-dwelling frail older adults: a prospective controlled trial. *BMC Geriatr*. 2017;17:53.
- Moss JE, Flower CL, Houghton LM, et al. A multidisciplinary care coordination team improves emergency department discharge planning practice. *Med J Aust*. 2002;177:427–31.
- Isaacs AN, Mitchell EKL. Mental health integrated care models in primary care and factors that contribute to their effective implementation: a scoping review. *Int J Ment Health Syst*. 2024;18:5.
- Rosen MA, Diaz-Granados D, Dietz AS, et al. Teamwork in healthcare: key discoveries enabling safer, high-quality care. *Am Psychol*. 2018;73:433–50.
- Ruggiero K, Pratt P, Antonelli R. Improving outcomes through care coordination: measuring care coordination of nurse practitioners. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2019;31:476–81.
- Monaco A, Palmer K, Marengoni A, et al. Integrated care for the management of ageing-related non-communicable diseases: current gaps and future directions. *Aging Clin Exp Res*. 2020;32:1353–8.
- Villarreal-Granda P, Recio-Platero A, Martín-Bayo Y, et al. Models used by nurse case managers in different autonomous communities in Spain: a scoping review. *Healthcare (Basel)*. 2024;12:749.
- Kozłowska O, Lumb A, Tan GD, et al. Barriers and facilitators to integrating primary and specialist healthcare in the United Kingdom: a narrative literature review. *Future Healthc J*. 2018;5:64–80.
- Round T, Ashworth M, Crilly T, et al. An integrated care programme in London: qualitative evaluation. *J Integr Care*. 2018;26:296–308.
- Khatri R, Endalamaw A, Erku D, et al. Continuity and coordination of primary health care: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2023;23:750.
- Laloux F. Reinventing organizations: a guide to creating organizations inspired by the next stage in human consciousness. Bruselas: Nelson Parker; 2014. p. 382.