Gaceta Sanitaria 40 (2026) 102615

Informe SESPAS

Barreras y desafíos a la coordinación asistencial en el Sistema Nacional de Salud. Informe SESPAS 2026

José Manuel Freire -Campo [a] y Jaime Jiménez -Pernett [b,c,*]

[a] *Escuela Nacional de Sanidad – Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España*
[b] *Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España*
[c] *Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada, ibs.GRANADA, Granada, España*

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 10 de abril de 2026
Aceptado el 13 de abril de 2026

Palabras clave:
Coordinación sanitaria
Barreras a la coordinación
Sistema Nacional de Salud
Gobernanza sanitaria
Cuidados de larga duración

R E S U M E N

La coordinación es vital para el buen desempeño de los sistemas de salud. Este trabajo analiza las barreras y los desafíos de la coordinación asistencial en el Sistema Nacional de Salud (SNS), profundizando en sus causas-raíz, para que el diagnóstico de la situación aporte claves de avance. Se analizan, en primer lugar, los problemas de coordinación comunes a todas las organizaciones, seguidos de las barreras específicas del ámbito sanitario, particularmente entre la atención primaria y la atención hospitalaria. Finalmente, se abordan los retos de la coordinación sociosanitaria. Como conclusión, se identifican tres barreras críticas a la coordinación asistencial en el SNS: 1) la debilidad de la atención primaria que limita su capacidad de liderazgo en la atención a los pacientes; 2) los problemas de gobernanza de las organizaciones y los centros del SNS; y 3) la insuficiencia de recursos para la atención domiciliaria y sociosanitaria, y para los cuidados de larga duración. Se resalta la relevancia del compromiso ético y los valores del profesionalismo sanitario para la calidad de la atención, que incluye una buena coordinación entre niveles asistenciales y profesionales.

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

Barriers and challenges of care coordination in the Spanish National Health System. SESPAS Report 2026

Keywords:
Healthcare coordination
Barriers to healthcare coordination
Spanish National Health System
Health governance
Long-term care coordination

A B S T R A C T

Coordination is vital for the effective performance of health systems. This paper examines the barriers and challenges of care coordination in the Spanish National Health System (SNHS), exploring their root causes to provide insights for improvement. First, it analyses coordination issues common to all organizations, followed by health sector-specific barriers, particularly between primary care and hospital care. Finally, it addresses the challenges of social and healthcare coordination. In conclusion, three critical barriers to care coordination in the SNHS are identified: 1) the weakness of primary care, which limits its leadership role in patient care; 2) the governance issues within the SNHS organizations and centres; and 3) the insufficiency of resources for home, social and health care and long-term care. The relevance of ethical commitment and professionalism in ensuring high-quality, well-coordinated healthcare is emphasised.

© 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/).

Introducción

Los sistemas de salud de los países desarrollados son una de las organizaciones más complejas de la sociedad actual. Su funcionamiento exige una organización y una gobernanza sofisticadas que ordenen y coordinen recursos, información y procedimientos, articulando una densa red de interdependencias para la correcta referencia y contrarreferencia de pacientes. La coordinación es, pues, vital para el buen desempeño de los sistemas de salud; debe darse en el aspecto organizativo-gestor, pero principalmente en el ámbito asistencial, donde son críticas la motivación intrínseca del personal, los valores del profesionalismo y la implicación con la organización sanitaria[1].

Este trabajo tiene por objetivo analizar las barreras y los desafíos de la coordinación asistencial en el Sistema Nacional de Salud (SNS), indagando en sus causas-raíz. Se pretende que el diagnóstico de la situación aporte claves para el avance y la superación de obstáculos. Para ello se revisan brevemente los problemas comunes de coordinación que aborda la teoría de las organizaciones, se tratan las barreras a la coordinación específicas de los servicios sanitarios, se analizan las barreras a la coordinación entre la atención primaria (AP) y la atención hospitalaria (AH), y se discuten los retos de la coordinación sociosanitaria.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: jaime.jimenez.easp@juntadeandalucia.es (J.J. -Pernett).

https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2026.102615
0213-9111/© 2026 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/).

Tabla 1
Mecanismos tradicionales de coordinación de Mintzberg y barreras en el Sistema Nacional de Salud español

Mecanismo de coordinación	Descripción	Barreras
Ajuste mutuo	Comunicación informal entre profesionales (quirófano, pasillo, etc.)	Sobrecarga de trabajo, mal clima laboral, plantillas que no forman equipos
Supervisión directa	Control directo por jefes de unidad o servicio	Dejación de responsabilidades y laxitud organizativa
Estandarización de procesos	Protocolos y guías clínicas	Desconocimiento de su existencia, ausencia de monitorización y seguimiento
Estandarización de *outputs*	Lista de indicadores de calidad	Desconocimiento de su existencia, carencia de incentivos o sanciones por no cumplimiento
Estandarización de competencias	Formación de grado y posgrado, residencia (MIR), formación continuada	Creciente fragmentación de la especialización, carencia de formación troncal, aislamiento entre profesiones y especialidades

Puntos clave

- La coordinación asistencial es un determinante crítico del desempeño del Sistema Nacional de Salud, pero está condicionada por la complejidad organizativa y las interdependencias de los niveles.
- La debilidad estructural de la atención primaria limita su capacidad para ejercer el papel de coordinación de la atención sanitaria.
- Los problemas de gobernanza (rigidez organizativa, politización y falta de profesionalización de la gestión) constituyen barreras estructurales a la coordinación.
- La fragmentación asistencial (por niveles, especialidades y organizaciones) y las barreras en los sistemas de información dificultan la continuidad de la atención.
- La insuficiencia de recursos para la atención domiciliaria y sociosanitaria, y para los cuidados de larga duración, limita el desarrollo de un *continuum* asistencial efectivo.

Teoría de las organizaciones y barreras a la coordinación sanitaria en el SNS

La coordinación es un desafío en cualquier organización y la teoría organizativa ha desarrollado modelos que explican sus mecanismos, barreras y retos en entornos complejos y dinámicos, como el sanitario. La sanidad pública española combina dos de las cinco configuraciones organizativas de Mintzberg[2]: burocracia profesional en la actividad clínica y burocracia administrativa en su marco organizativo.

En organizaciones profesionales como los hospitales y los centros de salud, la coordinación clínica se basa en el conocimiento compartido y una cultura institucional común, y frecuentemente también en protocolos y guías de procesos clínicos. Sin embargo, surgen barreras por intereses contrapuestos, valores no compartidos y un clima institucional negativo. Mintzberg introdujo el concepto de «cortinas especializadas»[3] como obstáculos para la coordinación horizontal debidos a diferencias de estatus entre profesionales.

La actividad asistencial se desarrolla envuelta en un marco organizativo de burocracia administrativa. Su gobernanza en España es poco específica del sector y está muy asimilada a la administración pública común de las comunidades autónomas. Este entorno condiciona todo el funcionamiento del sistema de salud, incluida la coordinación asistencial[4].

La tabla 1 muestra los cinco mecanismos comunes de coordinación identificados por Mintzberg en las organizaciones, ilustrando ejemplos del SNS y las barreras frecuentes.

Otros enfoques de la teoría de las organizaciones y de la coordinación[5–7] analizan factores como la estructura organizativa, la tecnología, la comunicación, la interdependencia en las tareas, la dinámica social y relacional, etc. Esta complejidad de elementos dificulta una medición eficaz de la coordinación, por lo que Schultz et al.[8] subrayan la necesidad de nuevos instrumentos que evalúen la coordinación en procesos cambiantes como la atención domiciliaria y el final de la vida.

Barreras a la coordinación entre servicios sanitarios

La coordinación entre la AP y la AH es clave para el buen funcionamiento del sistema de salud[9]. Dentro de cada ámbito asistencial, y entre ellos, existen barreras a la coordinación específicas, entre las que destacan:

- Fragmentación de la medicina en especialidades: la medicina actual organizada en especialidades y subespecialidades aporta ventajas, pero fragmenta la atención dificultando la comunicación y la continuidad. La existencia de un médico responsable efectivo del paciente ayudaría a coordinar la atención tanto en el hospital como desde la AP[10,11].
- Debilidad del médico de familia como coordinador: en sistemas como el SNS, basados en la AP, el médico de familia debería guiar y coordinar la atención a sus pacientes, pero necesita tiempo y medios adecuados, incluido soporte administrativo. La falta de recursos, la hegemonía hospitalaria y el marco organizativo existente dificultan este papel coordinador[12].
- Fragmentación organizativa de la atención sanitaria: la asistencia sanitaria está vertebrada según niveles de complejidad (AP/AH), por tipos de patologías (p. ej., salud mental) y también según demarcaciones territoriales áreas de salud[13], lo cual da lugar a organizaciones diferenciadas y esto frecuentemente añade obstáculos a la colaboración y coordinación.
- Barreras en los sistemas de información: la historia clínica electrónica ha sido un gran avance para la continuidad de la atención, tanto en la AP y la AH como entre ambos niveles; sin embargo, a pesar del desarrollo de estándares comunes y de avances en la interoperabilidad de aplicaciones de historia clínica electrónica, la variedad de programas, la diversidad de sistemas y las limitaciones en las competencias digitales dificultan el intercambio de información y la integración de datos[14].
- Barreras culturales y profesionales: las diferencias en formación, cultura y competencias dan lugar a tensiones entre profesiones y especialidades que dificultan la cooperación. Las fricciones por roles y culturas profesionales afectan al trabajo en equipo o coordinado en actividades con alto grado de interdependencia, y constituyen obstáculos relevantes a la coordinación. El compromiso ético de los profesionales sanitarios con sus pacientes[15] es esencial para el buen desempeño de los servicios de salud; en sentido contrario, el deterioro de los valores del profesionalismo médico[16,17] y de la motivación intrínseca[18] en las profesiones sanitarias actúa como factor negativo para la coordinación.
- Una gobernanza muy mejorable: la buena gobernanza es esencial para el desempeño de las organizaciones sanitarias[19]. Los atributos de buena gobernanza (transparencia, rendición de

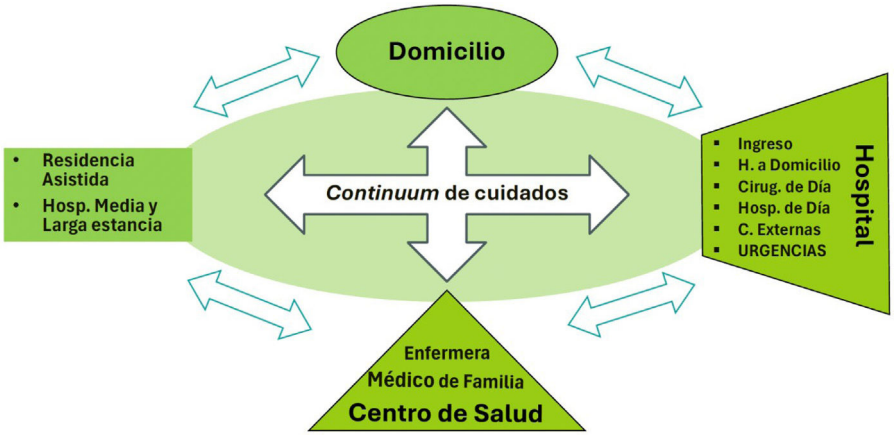


Figura 1. Coordinación centrada en el paciente.

cuentas, participación, integridad y capacidad efectiva) garantizan el alineamiento con los valores y fines de la organización y la participación de los interesados *(stakeholders)*. Diversos problemas de gobernanza que aquejan al SNS (ausencia de órganos colegiados de gobierno, politización partidaria, gestión rígida y disfuncional, y una normativa de personal obsoleta) lastran el buen desempeño del sistema al generar desafección, erosionar el profesionalismo y deteriorar el clima interno[20]; un contexto organizativo que constituye un formidable obstáculo estructural al buen funcionamiento y, obviamente, a la coordinación asistencial.

- Falta de profesionalización de la gestión: las competencias relacionadas con la coordinación, el liderazgo y el trabajo en equipos interprofesionales no están suficientemente incorporadas en los programas formativos ni en la formación continuada. Como resultado, muchos profesionales asumen responsabilidades de coordinación sin la preparación adecuada, lo que provoca desmotivación y reduce la eficacia de los equipos. Es fundamental modificar el sistema de acceso a los puestos de responsabilidad, priorizando la selección de personas con mayor formación, experiencia y méritos, y basando la elección en sus capacidades de liderazgo y en la presentación de proyectos evaluables periódicamente, de manera que la permanencia en el cargo dependa del cumplimiento de los objetivos establecidos[21].

Barreras a la coordinación entre servicios sanitarios y sociales

La creciente longevidad de la población suele ir acompañada de enfermedades crónicas y fragilidad que requieren la actuación coordinada de los servicios sanitarios y sociales. Para estas situaciones, lo ideal es contar con un «*continuum* de atención» que garantice en cada momento el entorno más adecuado para el paciente, con un enfoque integral, centrado en sus necesidades y en la optimización de los recursos sanitarios. Para lograrlo, la atención ha de ser coordinada entre todos los niveles y centros implicados: domicilio, centro de salud, hospital de agudos, hospital de media-larga estancia (rehabilitación, convalecencia), servicios sociales y centros sociosanitarios.

La figura 1 representa el escenario ideal del *continuum* deseable en la atención al paciente entre los cuatro ámbitos donde actúan los servicios sanitarios. En este marco, las barreras interorganizativas son las que frecuentemente impiden la continuidad asistencial y la coordinación entre cualquiera de estos ámbitos.

El domicilio es, en la mayoría de los casos, el lugar preferido y más conveniente para el paciente y su familia[22,23], a la vez que permite reducir la carga asistencial en los niveles más complejos. En España, la principal barrera para la coordinación sociosanitaria en el domicilio es el escaso desarrollo de los cuidados domiciliarios en AP y las notables carencias en los servicios sociales, aunque estas varían según las comunidades autónomas.

Como ya se mencionó, la AP tiene un papel central en el SNS, pero su debilidad estructural y su modelo organizativo y de funcionamiento, que precisa reformas, son las principales barreras para ejercer su función de coordinación asistencial de la población a su cargo. Los hospitales de media-larga estancia, así como los centros sociosanitarios, presentan una oferta claramente deficitaria, dado que España destina solo un 0,9% de su producto interior bruto a cuidados de larga duración, muy por debajo de la media de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (1,8% en 2023)[24].

Por su parte, el hospital general es el componente del sistema con mayor cantidad de recursos y más capacidad para reaccionar e innovar, así como para incrementar sus servicios. De este modo, a menudo asume servicios que deberían ser responsabilidad de otros ámbitos de atención: domicilio, centro de salud, hospital de media-larga estancia o centro sociosanitario. Es el caso de la hospitalización a domicilio por iniciativa propia, pero más frecuentemente alargando la estancia de pacientes que no pueden recibir atención en su domicilio o en el sistema sociosanitario. El alto porcentaje de pacientes en esta situación añade urgencia a la necesidad de invertir en reforzar la atención sociosanitaria y los cuidados de larga duración. Esta inversión permitiría atender las elevadas, y en aumento, desigualdades sociales, así como el mayor deterioro de la salud en grupos vulnerables.

Desafíos a la coordinación entre atención primaria y atención hospitalaria

Para alcanzar una coordinación entre los servicios sanitarios, los servicios sociales y la salud pública, y con otros sectores, se deben solventar los siguientes desafíos[13]: 1) pérdida del papel coordinador de la AP, de su capacidad resolutiva y autonomía; 2) sistemas de información fragmentados; 3) estructuras organizativas diferenciadas; y 4) diferencias entre sus culturas organizativas.

- Pérdida del papel coordinador de la AP: la efectividad de la coordinación entre la AP y la AH para impulsar la calidad de la atención sanitaria depende en gran medida de la implicación personal-profesional del médico y la enfermera de familia con la salud y la trayectoria asistencial de sus pacientes. Al médico de familia, responsable de cuidar la salud de la población a su cargo, le corresponde guiar y coordinar la atención médica de sus pacientes[13]. Para ello se requieren condiciones muy diferentes de las actuales

en la AP del SNS. Las dificultades de la AP para garantizar la longitudinalidad, su organización burocrática, falta de autonomía y escasa dotación de medios, especialmente de personal administrativo, dificultan un rol activo en la coordinación de la atención a la población. Por ello, desde hace años son muchas las voces que abogan por reformas «procoordinación» en la AP del SNS[25–27].

- Sistemas de información fragmentados: el SNS presenta una notable variedad en los sistemas y tecnologías de información sanitaria entre comunidades autónomas e incluso dentro cada una de ellas[28]. A las barreras tecnológicas relacionadas con los sistemas de información antes comentadas, se añaden aquí los problemas que impiden en la práctica una comunicación ágil entre la AP y la AH sobre pacientes compartidos, aspectos operativos relacionados con las citas, el alta, los cuidados de los convalecientes, las pruebas y las exploraciones, etc. En ocasiones, aunque los sistemas existen, a ambos lados falta personal para gestionarlos eficazmente.
- Organizaciones diferenciadas para la AP y la AH: España destaca por tener una AP bien definida cuya fortaleza es considerada uno de los mayores activos del SNS[29], pero la organización propia diferenciada supone también una barrera organizativa para la coordinación con los hospitales. Para diluir estas barreras se han creado las figuras responsables de «continuidad asistencial»[30] y de enfermería de gestión de casos[31]. La conciencia de este problema ha llevado a casi todos los servicios autonómicos de salud a crear organizaciones integradas de salud (OSI) o gerencias únicas, en las que la AP y los hospitales se integran en una misma organización al servicio de la población de un territorio, buscando crear un *continuum* asistencial para los pacientes, especialmente para las personas con enfermedades crónicas. En el informe *La atención primaria de salud en España y sus comunidades autónomas*, publicado en 2009[32], solo Castilla y León, Madrid, Murcia y el País Vasco carecían de gerencias únicas, mientras que Aragón, Extremadura, Rioja y la Comunidad Valenciana tenían cubierto por ellas todo su territorio, como en la actualidad el País Vasco[33]. Aquel informe evidenció la falta de evaluaciones de estos modelos, y recientemente el trabajo de Esteve-Matalí et al.[34] en Cataluña no ha mostrado mejoras concluyentes en coordinación asistencial. Aunque la integración permite compartir instrumentos útiles para la coordinación asistencial (gestión única, sistemas de información, comunicaciones, etc.), no diluye las identidades de la AP y el hospital ni modifica su funcionamiento habitual. Lo inconclusivo de las ventajas de la integración apunta a la existencia de «barreras metaorganizativas» para la coordinación. En gran parte, estas barreras son responsabilidad de los gestores, de su interés y capacidad para generar proactivamente iniciativas sostenidas para mejorar la continuidad asistencial coordinada a los pacientes. El papel de los gestores y los líderes clínicos en la coordinación asistencial es igualmente clave si la AP y la AH son organizaciones diferentes. Por ello, es vital una estrategia sólida procoordinación; sin ella, la integración podría incluso debilitar la AP, dado el desequilibrio de su relación con el hospital.
- Identidades culturales y rutinas de funcionamiento específicas: la coordinación enfrenta obstáculos derivados de las dinámicas internas de la AP y la AH, de sus rutinas de funcionamiento, poco sensibles a las necesidades y demandas de los pacientes y de la sociedad actual. Los hospitales cuentan poco con la AP y tienden a retener los pacientes en un ciclo prolongado de citas, subestimando la capacidad de los médicos de familia para su seguimiento. Por otro lado, la debilidad estructural de la AP limita su actuación a un modelo reactivo, centrado en consultas breves, sin herramientas para coordinar la atención sanitaria a su población.

Conclusiones

La coordinación es un reto común a casi todas las organizaciones, y muchos de los conceptos y barreras identificados por la teoría de las organizaciones son aplicables al ámbito sanitario. La atención de calidad a los pacientes requiere un alto nivel de coordinación asistencial, pero la complejidad del sector salud introduce barreras específicas a la coordinación asistencial, en particular relevantes entre la AP y la AH.

La coordinación asistencial está muy determinada por las características del sistema sanitario, su entramado organizativo, su gobernanza y su cultura, tanto profesional como institucional. De este trabajo se desprenden tres barreras importantes a la coordinación asistencial en el SNS: 1) la debilidad de la AP que dificulta su papel de coordinación de la atención de sus pacientes; 2) los problemas de gobernanza de las organizaciones y centros del SNS que lastran su eficiencia y desempeño, con impacto negativo en el buen hacer y la motivación de su personal; y 3) la insuficiencia de medios para la atención domiciliaria y sociosanitaria, así como para los cuidados de larga duración. Finalmente, se destaca la gran importancia que tienen el compromiso ético y los valores de la profesionalidad para ofrecer una atención de calidad, uno de cuyos atributos es la buena coordinación entre niveles asistenciales y entre sus profesionales.

Editor responsable del artículo

Salvador Peiró.

Contribuciones de autoría

Ambos autores contribuyeron a la conceptualización y la curación de referencias. J.M. Freire Campo elaboró el borrador original, que fue posteriormente revisado, corregido y ampliado por J. Jiménez Pernett. Ambos autores participaron en la revisión crítica del contenido, la edición del manuscrito y la aprobación de la versión final.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Repullo Labrador JR. La motivación y la incentivación, como fundamento humano de la gestión. Rev Gob Adm Polit Salud (GAPS). 2023;2:5.
2. Mintzberg H. The structuring of organizations: a synthesis of the research. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall; 2002. p. 470–7.
3. Glouberman S, Mintzberg H. Managing the care of health and the cure of disease — Part II: integration. Health Care Manage Rev. 2001;26:70–84.
4. Meneu R, Ortún Rubio V, Urbanos Garrido RM. La sanidad en la encrucijada post-COVID: financiación organización y gestión. Barcelona: CRES-Universitat Pompeu Fabra; 2023. Disponible en: http://hdl.handle.net/10230/56779.
5. Crowston K, Rubleske J, Howison J. Coordination theory: a ten-year retrospective. En: Human-computer interaction and management information systems: foundations. New York: Routledge; 2007. Disponible en: https://crowston.syr.edu/sites/crowston.syr.edu/files/CT%20Review%20to%20distribute.pdf.
6. Prætorius T, Becker MC. How to achieve care coordination inside health care organizations: insights from organization theory on coordination in theory and in action. Int J Care Coord. 2015;18:85–92, http://dx.doi.org/10.1177/2053434516634115.

7. Okhuysen GA, Bechky BA. Coordination in organizations: an integrative perspective. Acad Manage Ann. 2009;3:463–502, http://dx.doi.org/10.5465/19416520903047533.
8. Schultz EM, Pineda N, Lonhart J, et al. A systematic review of the care coordination measurement landscape. BMC Health Serv Res. 2013;13:119, http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-13-119.
9. Ojeda Feo JJ, Freire Campo JM, Gérvas Camacho J. La coordinación entre atención primaria y especializada: ¿reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional? Rev Admin Sanit. 2006;4:357–82.
10. Detsky AS, Gauthier SR, Fuchs VR. Specialization in medicine: how much is appropriate? JAMA. 2012;307:463–4, http://dx.doi.org/10.1001/jama.2012.44.
11. Hashem A, Chi MTH, Friedman CP. Medical errors as a result of specialization. J Biomed Inform. 2003;36:61–9, http://dx.doi.org/10.1016/S1532-0464(03)00057-1, https://doi.org/doi:10.1016/S1532-0464(03)00057-1.
12. Marquet Palomer R. Los médicos de familia y los otros especialistas. Aten Primaria. 2023;55:102791, http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102791.
13. Montero Ruiz E, Manzano Espinosa L. El problema de la fragmentación de la medicina hospitalaria. Med Clin (Barc). 2019;152:115–7, http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2018.07.001, https://doi.org/doi:10.1016/j.medcli.2018.07.001.
14. Guardón S. Mejorar la coordinación entre atención primaria y hospitalaria pasa por contar con una historia clínica única y electrónica. Médicos y Pacientes (OMC); 2024. Disponible en: https://www.medicosypacientes.com/articulo/mejorar-la-coordinacion-entre-atencion-primaria-y-hospitalaria-pasa-por-contar-con-una-historia-clinica-unica-y-electronica/.
15. Condón Abanto AI. Ética de la coordinación entre niveles asistenciales: valor del compromiso profesional y la implicación en la organización sanitaria. [Tesis]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2017. Disponible en: https://zaguan.unizar.es/record/61843/files/TESIS-2017-071.pdf.
16. Pons JMV, Argimón JM. The medical professionalism. Med Clin (Barc). 2020;154:459–63, http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2020.01.002.
17. Monrouxe LV, Rees CE, Dennis I, et al. Professionalism dilemmas, moral distress and the healthcare student: insights from two online UK-wide questionnaire studies. BMJ Open. 2015;5:e007518, http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007518.
18. Repullo Labrador JR, Freire Campo JM. Evaluación del rendimiento y compensación en centros sanitarios de gestión directa. Parte 1: marco general. Informe SESPAS 2024. Gac Sanit. 2024;38 Supl 1:102367, http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102367.
19. Greer SL, Wismar M, Figueras J. editores. Strengthening health system governance: better policies stronger performance. Maidenhead (Berkshire): Open University Press; 2016. p. 272.
20. Repullo JR. Retos de la gobernanza y gestión de los servicios sanitarios del SNS. Derecho y Salud. 2025;35(Extraordinario):117–28.
21. Freire J, Repullo JR. El buen gobierno de los servicios de salud de producción pública: ideas para avanzar. Cienc Saude Coletiva. 2011;16:2733–42, http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600012.
22. Langstrup H. Chronic care infrastructures and the home. Sociol Health Illn. 2013;35:1008–22, http://dx.doi.org/10.1111/1467-9566.12013.
23. Díaz-Veiga P, Sancho M. Residencias, crisis y preferencias de las personas mayores. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2013;48:101–2, http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2013.01.003.
24. OECD. Health at a Glance 2025: OECD indicators. Paris: OECD Publishing; 2025.
25. Gérvas J, Rico A. La coordinación en el sistema sanitario y su mejora a través de las reformas europeas de la atención primaria. SEMERGEN. 2005;31:418–23, http://dx.doi.org/10.1016/S1138-3593(05)72961-0.
26. Ortún V, editor. La refundación de la atención primaria. Madrid: Springer; 2011. p. 120. Disponible en: https://repositori.upf.edu/bitstreams/b3b9a720-73ad-4296-8030-c35e7a58e5d6/download.
27. Casajuana J, Gérvas J. editores. La renovación de la atención primaria desde la consulta. Madrid: Springer Healthcare Ibérica; 2012. p. 194. Disponible en: https://repositori.upf.edu/items/a55841c2-b8ac-48b2-b4bd-196868356c0b.
28. Ministerio de Sanidad. Seguimiento de la Estrategia de Salud Digital 2024. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/saludDigital/doc/Presentacion_avances_de_la_Estrategia_de_Salud_Digital_web.pdf.
29. Bernal-Delgado E, Angulo-Pueyo E, Ridao-López M, et al. Spain: health system review. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 2024;26, i-187. Disponible en: https://iris., who., int/bitstream/handle/10665/378543/9789289059695-eng., pdf?sequence=1
30. Comunidad de Madrid. Documento marco para el desarrollo de la continuidad asistencial en la Comunidad de Madrid. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2015. Disponible en: https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017726.pdf.
31. Vallejo ML, Alcaraz JP. El proceso de institucionalización de la enfermera gestora de casos en España. Análisis comparativo entre los sistemas autonómicos de salud. Enferm Clin. 2019;9:107–18.
32. Violán i Fors C. La atención primaria de salud en España y sus comunidades autónomas: proyecto de investigación. Barcelona: IDIAP Jordi Gol, Departament de Salut, Institut Català de la Salut; 2009. p. 246.
33. Gobierno Vasco. Decreto 100/2018, de 3 de julio, de las organizaciones sanitarias integradas del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. BOPV. 11 de julio de 2018.
34. Esteve-Matalí L, Vargas I, Cots F, et al. ¿La integración de la gestión de servicios sanitarios mejora la coordinación clínica? Experiencia en Cataluña. Gac Sanit. 2022;36:324–32.