

Informe SESPAS

Impacto de la coordinación en la calidad de la atención y los resultados de salud. Informe SESPAS 2026



Ana Magdalena Vargas-Martínez^{a,*}, Gonzalo Duarte Clíments^{b,c},
Leticia García Mochón^{d,e} y Asensio López^{f,g}

^a Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

^b Área IX Servicio Murciano de Salud, Murcia, España

^c Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Internacional de Valencia, Valencia, España

^d Departamento de Economía Aplicada, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Granada, Granada, España

^e Instituto de Investigación Biosanitaria ibs.GRANADA, Granada, España

^f Centro de Salud de La Unión, Murcia, España

^g Grupo de Investigación de Atención Primaria del Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria, Murcia, España

R E S U M E N

Palabras clave:

Continuidad
Seguridad del paciente
Experiencia del paciente
Satisfacción del paciente
Eficiencia

La coordinación asistencial constituye un eje fundamental para mejorar la eficiencia de los sistemas sanitarios y garantizar la sostenibilidad del uso de los recursos. El objetivo de este artículo es mostrar el impacto de diferentes estrategias de coordinación en materia de variabilidad en la práctica clínica, continuidad asistencial, seguridad del paciente, satisfacción y experiencia como usuario, eficiencia y sostenibilidad de los sistemas de salud. La coordinación sanitaria efectiva no depende de una única intervención, sino de la sinergia entre elementos clínicos, organizativos, tecnológicos y financieros. La reducción de variaciones injustificadas requiere una combinación de estrategias, incluyendo la promoción de la práctica basada en la evidencia, la educación continua de los profesionales, la implementación de auditorías clínicas y el fortalecimiento de la toma de decisiones compartida. En el ámbito organizativo, la implementación exitosa de modelos integrados requiere un enfoque sistémico y adaptado al contexto local, con una visión a largo plazo que priorice los resultados en salud de los pacientes, así como la calidad, la eficiencia y la sostenibilidad del sistema.

© 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/>).

Impact of coordination on care quality and health outcomes. SESPAS Report 2026

A B S T R A C T

Keywords:

Continuity of care
Patient safety
Patient experience
Patient satisfaction
Efficiency

Care coordination constitutes a fundamental pillar for improving the efficiency of healthcare systems and ensuring the sustainable use of resources. The aim of this chapter is to demonstrate the impact of various coordination strategies on clinical practice variability, continuity of care, patient safety, user satisfaction and experience, as well as on the efficiency and sustainability of health systems. Effective healthcare coordination does not rely on a single intervention, but rather on the synergy between clinical, organizational, technological, and financial components. Reducing unwarranted variations requires a multifaceted approach, including the promotion of evidence-based practice, ongoing professional education, the implementation of clinical audits, and the reinforcement of shared decision-making. At the organizational level, the successful implementation of integrated care models requires a systemic approach tailored to the local context, with a long-term vision that prioritizes patient health outcomes, quality of care, efficiency, and system sustainability.

© 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/>).

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: avargas5@us.es (A.M. Vargas-Martínez).

Puntos claves

- La coordinación asistencial constituye un determinante clave de la calidad de la atención, la seguridad del paciente y la sostenibilidad de los sistemas sanitarios.
- Las variaciones injustificadas en la práctica clínica se asocian a peores resultados en salud y mayor ineficiencia, y su reducción requiere estrategias basadas en evidencia, auditoría clínica, formación continuada y decisiones compartidas.
- Una mayor continuidad asistencial entre niveles se relaciona con mejores resultados clínicos, menor utilización evitable de recursos y mayor satisfacción del paciente, especialmente en poblaciones con cronicidad y alta complejidad.
- La coordinación efectiva durante las transiciones asistenciales reduce eventos adversos, errores de medicación y reingresos hospitalarios, con un papel central de las enfermeras gestoras de casos y de enlace.
- Los modelos de atención integrada y multidisciplinar muestran beneficios clínicos y económicos sostenidos, contribuyendo a una utilización más eficiente de los recursos y a la sostenibilidad del sistema de salud.

Introducción

El concepto «impacto en salud» es fundamental para evaluar y comprender los efectos que diversas intervenciones, políticas o programas tienen sobre la salud de las poblaciones. Se refiere a los cambios, tanto positivos como negativos, que una acción o evento puede provocar en los determinantes de la salud, los resultados clínicos y el bienestar general de una comunidad. Estos efectos pueden ser directos, como la reducción de la morbilidad o de la mortalidad, o indirectos, incluyendo modificaciones en comportamientos de salud, equidad en el acceso a servicios y sostenibilidad de los sistemas sanitarios¹.

Por otro lado, la coordinación asistencial constituye un eje fundamental para mejorar la eficiencia de los sistemas sanitarios y garantizar la sostenibilidad del uso de los recursos. En contraposición, la descoordinación genera un volumen significativo de costes evitables derivados de hospitalizaciones y reingresos prevenibles, duplicidad de consultas, errores de medicación y complicaciones asociadas a la fragmentación asistencial. Se estima que estos fallos sistémicos representan miles de millones en costes evitables cada año².

En este trabajo se pretende mostrar el impacto de diferentes estrategias de coordinación en materia de variabilidad en la práctica clínica, continuidad asistencial, seguridad del paciente, satisfacción y experiencia como usuario, eficiencia y sostenibilidad de los sistemas de salud.

Impacto en la variabilidad en la práctica clínica

Las variaciones en la práctica clínica describen diferencias en cuanto a diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con condiciones de salud similares. El fenómeno fue inicialmente documentado por Glover en 1938 al observar discrepancias inexplicables en las tasas de amigdalectomías en escolares que vivían en condados vecinos en Inglaterra³. Estudios posteriores confirmaron diferencias sustanciales en la producción y el consumo de servicios sanitarios entre zonas geográficas vecinas con características socioeconómicas similares⁴.

Wennberg y Gittelsohn⁵ sintetizaron los hallazgos en su hipótesis de la incertidumbre⁵: 1) las diferencias en morbilidad y otras variables de la población no explican sustancialmente las variaciones en la práctica clínica entre áreas con estructuras de

población y morbilidad similares; 2) la variabilidad es mínima cuando existe acuerdo entre los clínicos sobre el valor y la relación entre beneficios y riesgos de una situación clínica concreta de un procedimiento; 3) solo en presencia de incertidumbre, o por ignorancia, los clínicos desarrollan estilos de práctica diferentes, que serían la principal fuente de variación, tratamientos inadecuados y gasto sanitario innecesario; y 4) la disponibilidad de recursos condiciona las variaciones cuando la demanda es similar.

La gestión de las variaciones no justificadas es crucial para optimizar los resultados en salud y garantizar una atención equitativa para todos los pacientes^{6,7}. Sus causas incluyen la incertidumbre clínica⁸, la desigual distribución de los recursos y las diferencias en formación profesional y en el acceso a educación médica, especialmente en áreas rurales^{9,10}. Además, las preferencias de los pacientes y los aspectos socioculturales tienen un papel importante^{5,11}.

En España, el proyecto *Atlas de Variaciones en la Práctica Médica* analiza las variaciones injustificadas derivadas de la infrautilización de cuidados efectivos y la sobreutilización de cuidados sensibles a la oferta de servicios (y acceso desigual a los servicios)^{12,13}.

Estrategias para reducir las variaciones no justificadas

La reducción de las variaciones no justificadas es una prioridad en las políticas de mejora de la calidad en salud. Una estrategia fundamental es la promoción del uso de guías de práctica clínica basadas en la mejor evidencia disponible. La estandarización de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos disminuye la subjetividad en la toma de decisiones y reduce la variabilidad innecesaria¹⁴⁻¹⁶.

La implementación de auditorías clínicas y sistemas de retroalimentación sobre el desempeño médico también ha demostrado ser efectiva. Estos sistemas permiten identificar patrones de práctica, compararlos con estándares de referencia y corregir desviaciones. Otra herramienta importante es la formación continuada. Asegurar que los profesionales estén actualizados respecto a los avances científicos y tecnológicos es clave para homogeneizar la calidad de la atención^{8,10,16,17}.

La toma de decisiones compartida entre el profesional sanitario y el paciente es igualmente crucial. Esta práctica no solo respeta la autonomía del paciente, sino que también puede reducir la utilización excesiva o inadecuada de servicios sanitarios al alinear las intervenciones con las preferencias informadas de los pacientes^{9,18}.

La recopilación y el análisis de datos de salud poblacional permiten identificar áreas de alta variabilidad y desarrollar intervenciones específicas para corregirlas. La transparencia en la publicación de indicadores de desempeño puede generar una presión positiva hacia la reducción de variaciones injustificadas^{19,20}.

Impacto en la mejora de la continuidad y la seguridad en la atención a los pacientes

En el contexto español, la coordinación sanitaria tiene un impacto significativo en la continuidad asistencial. Una mayor continuidad de la atención primaria se asocia con mejores resultados para los pacientes, incluyendo menor mortalidad, reducción en las tasas de hospitalización y más satisfacción del paciente. Estos beneficios son particularmente importantes para los adultos mayores y los pacientes con enfermedades crónicas, que a menudo requieren una coordinación más compleja.

Las intervenciones diseñadas para mejorar la coordinación entre los niveles primario y secundario en España también han mostrado mejoras en la continuidad de la atención desde la perspectiva del paciente. Sin embargo, la efectividad de estas intervenciones puede variar según el contexto específico de cada comunidad autónoma,

lo que subraya la necesidad de adaptar las estrategias a las necesidades locales.

Además de los resultados clínicos y económicos, la continuidad de la atención, favorecida por la coordinación sanitaria, se asocia con una mayor satisfacción del paciente y un mejor cumplimiento del tratamiento.

Un ejemplo de estrategia de coordinación nacional en línea con la continuidad asistencial es el estudio de Waibel et al.²¹, con el objetivo de analizar la percepción de la continuidad en la gestión clínica y la información entre los distintos niveles asistenciales, y los factores que influyen, desde la perspectiva de los usuarios del Sistema Nacional de Salud (SNS) en Cataluña. Los pacientes de las tres áreas estudiadas percibieron generalmente una buena continuidad en la gestión clínica, destacando la consistencia en diagnóstico y tratamiento, la ausencia de incompatibilidades en la medicación y la accesibilidad entre niveles asistenciales. Respecto a la continuidad de la información, la mayoría de los pacientes mencionaron el uso adecuado del intercambio de información a través de sistemas computarizados, aunque se reportaron algunos problemas, como largos tiempos de espera para pruebas y uso limitado de la historia clínica electrónica por médicos suplentes. Los factores identificados como influyentes en la continuidad incluyen la distribución de funciones entre atención primaria y secundaria, los mecanismos de coordinación entre servicios, la ubicación, los recursos insuficientes y la disposición y la competencia de los médicos, especialmente en atención primaria.

Por otro lado, la coordinación sanitaria contribuye de manera significativa a la seguridad del paciente en España al reducir la probabilidad de errores médicos y de eventos adversos. Asegura que las necesidades y preferencias del paciente se conozcan y se comuniquen de manera efectiva entre todos los profesionales involucrados en su atención²². La falta de coordinación puede tener consecuencias negativas, incluyendo un mayor uso de la atención de urgencias y errores en la medicación.

Un área crítica en la que la coordinación sanitaria desempeña un papel fundamental en la seguridad del paciente son las transiciones de atención, como el paso del hospital al domicilio. La enfermería de enlace o de gestión de casos desempeña un papel crucial en garantizar una transferencia fluida de información y de responsabilidad entre los proveedores, reduciendo el riesgo de pasar por alto detalles importantes y de que se produzcan errores en la medicación o en el seguimiento.

La coordinación de la atención también es importante para conectar la atención sanitaria con los servicios sociales, abordando los determinantes sociales de la salud que pueden influir en la seguridad del paciente²³. Estrategias como la conciliación de medicamentos y una comunicación eficaz entre los profesionales de la salud son esenciales para prevenir errores de medicación, que son una causa común de eventos adversos.

A pesar de los beneficios, la implementación de la coordinación sanitaria en España afronta varios desafíos y barreras. La fragmentación del sistema de salud en las 17 comunidades autónomas, con diferentes modelos de gestión y sistemas de información, dificulta la comunicación y la colaboración en el ámbito nacional. Los problemas de interoperabilidad entre los diferentes sistemas de historia clínica electrónica dificultan el acceso a una visión completa y actualizada del historial médico del paciente. Las limitaciones de recursos, incluyendo la escasez de personal capacitado, como enfermeras gestoras de casos y de enlace, y las restricciones presupuestarias, son otros obstáculos comunes. Los complejos requisitos regulatorios y de cumplimiento normativo también pueden añadir dificultad²⁴. Lograr una participación activa del paciente en su propio proceso de atención es fundamental, pero puede verse dificultado por factores como la baja alfabetización en salud y las barreras culturales²⁵.

Impacto en la satisfacción del paciente y su experiencia como usuario

La calidad en los servicios sanitarios es clave para lograr la satisfacción del paciente²⁶, un indicador fundamental para evaluar y mejorar dichos servicios²⁷. Los modelos de gestión de la calidad, como el de la European Foundation for Quality Management²⁸, asignan un valor importante (20%) a esta satisfacción, y normas como las de la International Organization for Standardization (ISO) también reconocen la relevancia de la percepción del usuario en la evaluación de la calidad.

Aunque la satisfacción del paciente es un concepto subjetivo, desde mediados del siglo xx se ha consolidado como un indicador clave del desempeño de los sistemas sanitarios empleado por gobiernos e instituciones²⁹; además, se ha vinculado con una mejor adherencia terapéutica y, en consecuencia, con una mayor sostenibilidad del sistema³⁰.

Uno de los principales desafíos en este campo es la ausencia de criterios metodológicos estandarizados para la evaluación de la satisfacción del paciente³¹, lo cual se explica por la naturaleza multidimensional de la interacción asistencial. En un estudio con el objetivo de identificar los indicadores clave que afectan la satisfacción del paciente con el SNS se identificó que la asignación de recursos y el gasto tienen una influencia positiva, seguidos por la seguridad y la esperanza de vida³².

En el ámbito internacional, una estrategia relevante para mejorar la satisfacción del paciente ha sido la incorporación sistemática de las preferencias del paciente en la toma de decisiones clínicas, en especial en áreas como la oncología. Un estudio realizado en el Reino Unido destaca que integrar estas preferencias favorece una mayor adherencia terapéutica, mejora la calidad de la decisión clínica y aumenta la satisfacción del paciente³³. Otro ejemplo destacado de integración de las preferencias del paciente en contextos no oncológicos es el programa de presupuestos personales para sillas de ruedas del National Health System (NHS) en Inglaterra, permitiendo a los usuarios seleccionar el equipamiento más adecuado a sus necesidades, impulsando la autonomía y la personalización de la atención³⁴.

En atención primaria, una estrategia de impacto creciente es el desarrollo de plataformas digitales para el triaje clínico. Iniciativas como askmyGP y sistemas como eConsult, PATCHS, Klinik Healthcare Solutions, Smart Triage o Accurx han transformado la gestión de la demanda en el Reino Unido, facilitando la evaluación remota de las necesidades, optimizando la asignación de recursos y reduciendo la presión sobre los servicios de urgencias^{21,35–37}. De estas experiencias surgió el modelo de «traje total», que reemplaza a la programación tradicional de citas por un sistema completamente remoto. A través de formularios en línea, llamadas telefónicas o videoconsultas, este modelo permite priorizar la atención según la urgencia clínica y acortar los tiempos de espera.

Otra estrategia clave para optimizar la experiencia del paciente ha sido la mejora del acceso a los servicios de medicina general³⁴. En este contexto, el NHS de Inglaterra implementó un programa nacional de acceso extendido, con el objetivo de ofrecer consultas médicas —tanto normales como urgentes— fuera del horario habitual. No obstante, la evidencia empírica sobre el impacto de esta iniciativa en la eficiencia y la equidad del sistema sigue siendo limitada.

Las políticas sanitarias orientadas a ampliar la libertad de elección de proveedor por parte del paciente se han generalizado en numerosos sistemas de salud como estrategia para fomentar el empoderamiento del usuario y mejorar el rendimiento institucional. No obstante, la literatura científica aún presenta discrepancias respecto a sus efectos concretos sobre la calidad de la atención, especialmente en dimensiones no clínicas. Fernández-Pérez et al.³⁵ analizaron este problema en un estudio empírico basado en un

experimento natural surgido en el SNS cuando la Comunidad de Madrid introdujo en 2009 una reforma que permitió a los pacientes elegir libremente a su médico, tanto de atención primaria como especialista, dentro de la región. Los resultados revelaron efectos positivos sostenidos, evidenciados por una reducción en los tiempos de espera promedio y un incremento en la satisfacción de los usuarios con la atención especializada.

En el ámbito nacional, un estudio analizó la relación entre inversión pública en salud y satisfacción del paciente, con especial atención a las diferencias por sexo³⁶. Los resultados revelaron una mayor sensibilidad de las mujeres a las variaciones en el gasto sanitario, de modo que un incremento en los recursos asignados se traduce en una mejora más pronunciada de su nivel de satisfacción, en comparación con los hombres. No obstante, en ambos sexos se observa una asociación positiva entre el nivel de gasto y la satisfacción percibida, lo que respalda la idea de que una mayor inversión pública puede mejorar la percepción de calidad del sistema sanitario.

En relación con las estrategias de gestión, un estudio que comparó el grado de satisfacción de los usuarios hospitalizados en dos centros de Elche (Alicante) con diferentes modelos de gestión (mediante concesión administrativa frente a privada con concierto de servicios) mostró un nivel elevado de satisfacción en ambos centros, con pocas diferencias entre ellos³⁷.

Cabe mencionar aquí la experiencia del profesional. Las estrategias de coordinación entre niveles asistenciales pueden influir directamente en la carga laboral y la motivación de los profesionales sanitarios, en especial cuando dependen del esfuerzo individual y no están integradas en la organización. Según Henao Martínez et al.³⁸, la falta de mecanismos formales de comunicación y de tiempo específico para la coordinación incrementa la presión asistencial y favorece la desmotivación.

Impacto en la eficiencia y la sostenibilidad del sistema de salud

La descoordinación asistencial tiene un impacto especialmente relevante en pacientes con enfermedades crónicas y necesidades asistenciales complejas, generando ineficiencia, duplicidades y peores resultados en salud. Los modelos de atención integrada han surgido como respuesta estructurada para mejorar la coordinación entre las atenciones primaria, especializada, hospitalaria y sociosanitaria. La evidencia científica muestra beneficios clínicos y económicos, particularmente en estudios con seguimientos superiores a 12 meses, lo que sugiere que los efectos positivos requieren tiempo para consolidarse^{39,40}.

No obstante, la heterogeneidad de intervenciones englobadas bajo el término «atención integrada» dificulta la generalización de los hallazgos. Un metaanálisis de 105 ensayos clínicos en pacientes con insuficiencia cardíaca mostró que los programas multidisciplinarios intensivos (≥ 2 intervenciones coordinadas durante ≥ 3 meses) con seguimiento tras el alta, telemonitorización, ajuste terapéutico por enfermería especializada y acceso ágil a cardiología, se asociaron a reducciones del 10% al 30% en mortalidad, reingresos hospitalarios y visitas a urgencias⁴¹. Este enfoque ha sido replicado en unidades cardiorrenales, donde la colaboración entre cardiología, nefrología y otros profesionales ha permitido abordar de manera integral la complejidad del paciente cardiorrenal. En el Hospital Universitario Virgen de las Nieves, de Granada, se observaron reducciones del 65% en urgencias, el 60% en hospitalizaciones y el 33% en estancias, con un ahorro del 70%, equivalente a 690.000 euros anuales⁴².

En oncología, Gorin et al.⁴³ demostraron que los modelos multidisciplinarios mejoran la utilización adecuada de los servicios sanitarios. Estrategias como la navegación de pacientes, la telea-

sistencia domiciliaria y la gestión de casos por enfermería casi duplicaron la probabilidad de un uso apropiado de los recursos en comparación con las intervenciones estándar. Resultados similares se han observado en población pediátrica; en Australia, la coordinación profesional en niños con enfermedades crónicas no complejas facilitó el acceso a servicios sanitarios, educativos y comunitarios, redujo la fragmentación de la atención y favoreció un uso más eficiente de la atención primaria, disminuyendo la necesidad de intervenciones hospitalarias y el impacto económico sobre las familias⁴⁴.

Un elemento común en los modelos eficaces es la incorporación de equipos multidisciplinarios⁴⁵. Estos equipos promueven un abordaje integral y reducen la fragmentación clínica, pero requieren protocolos compartidos, comunicación fluida y reuniones periódicas de seguimiento para ser realmente efectivos⁴⁶. En España, los programas regionales para pacientes crónicos en el País Vasco y en Cataluña han reportado mejoras clínicas y organizativas, así como indicadores de eficiencia, gracias a la combinación de estratificación poblacional, gestión de casos, telemonitorización y equipos integrados⁴⁷.

La gestión de casos en pacientes crónicos complejos⁴⁸ ha reducido significativamente la variabilidad clínica y los costes asociados a hospitalizaciones. Paralelamente, iniciativas para mejorar la continuidad intranivel, como la estandarización de la respuesta a alarmas en urgencias, han demostrado ser cruciales para la seguridad del paciente⁴⁹. La Sociedad Española de Pediatría Interna Hospitalaria ha contribuido mediante un decálogo que refuerza la coordinación interna en hospitales pediátricos, estandarizando herramientas de transferencia de cuidados y relevos asistenciales⁵⁰.

En atención primaria destacan experiencias como los microequipos implementados en las Unidades de Atención Familiar del Centro de Salud de La Chana (Granada)⁵¹, donde cada microequipo, formado por un profesional de medicina de familia, uno de enfermería y un administrativo, gestionan conjuntamente una lista de pacientes, lo que mejora la coherencia asistencial, reduce la burocracia y aumenta la satisfacción de los pacientes y de los profesionales.

Las transiciones asistenciales, en especial del hospital al domicilio, son puntos críticos donde la falta de continuidad genera reingresos, errores de medicación y baja adherencia. Los modelos de atención transicional (plan individualizado previo al alta, educación sanitaria, revisión de la medicación y seguimiento proactivo mediante visitas o telemedicina) se han mostrado coste-efectivos al reducir reingresos evitables. Algunas comunidades autónomas han empezado a implementar figuras similares, como las de enfermería de enlace hospital-domicilio, con resultados prometedores⁴⁵. Existe fuerte evidencia de que la enfermería de enlace o de gestión de casos reduce significativamente las readmisiones hospitalarias y las visitas a urgencias, en especial cuando se enfoca en la «atención transicional» tras el alta⁵². Además, la gestión de casos reasigna eficazmente los recursos, desplazando a los pacientes de entornos hospitalarios de alto coste a servicios comunitarios o sociales más apropiados y económicos⁵³. Los estudios de caso específicos han cuantificado este valor, demostrando un retorno de la inversión de 3,2:1 o incluso siendo «dominantes», logrando simultáneamente reducir los costes y mejorar los resultados de salud^{54,55}.

Entre las experiencias autonómicas destaca el programa SPICA en Canarias⁵⁶, orientado a garantizar la continuidad tras el alta mediante seguimiento proactivo y coordinación entre el hospital y los servicios comunitarios. Los resultados incluyen prevención de reingresos y optimización del uso de recursos.

Finalmente, la limitada integración entre servicios sanitarios y sociales sigue siendo una de las principales barreras para la eficiencia. Avanzar hacia unidades de continuidad, interoperabilidad de la historia clínica y coordinación real entre ambos sistemas permiti-

Tabla 1
Estrategias de coordinación sanitaria para la eficiencia y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud

Dimensión	Estrategia	Definición	Ref.
Identificación y gestión de pacientes con necesidades complejas	Segmentación y evaluación estructurada de necesidades	La identificación proactiva de pacientes de alto riesgo, especialmente aquellos con multimorbilidad o situaciones sociales vulnerables, permite diseñar intervenciones preventivas más eficaces y coste-efectivas	57,58
	Gestión personalizada del paciente	Los programas que integran cuidados agudos con intervenciones comunitarias han mostrado mayor impacto sostenido en la reducción de hospitalizaciones evitables y de uso de urgencias	57
	Modelos centrados en la cronicidad	La coordinación es particularmente efectiva en pacientes con enfermedades crónicas complejas, al mitigar los efectos adversos de la atención fragmentada	59
Estructuras organizativas y cultura profesional	Modelos de atención bien estructurados	La existencia de protocolos estandarizados, flujos de trabajo definidos y planificación clara es esencial para la implementación efectiva de programas de coordinación	46,59
	Liderazgo clínico y cultura colaborativa	La formación en liderazgo y trabajo en equipo interdisciplinario favorece la adopción de prácticas coordinadas. Un entorno organizativo que promueve la colaboración mejora la eficiencia y la calidad asistencial	46,58
	Compromiso de los profesionales	La resistencia al cambio, la falta de tiempo y la escasa implicación son barreras frecuentes. Los programas de educación y sensibilización pueden mejorar la aceptación y la participación activa	58
Tecnologías de la información y la comunicación	Interoperabilidad de sistemas	La capacidad de compartir información clínica y social en tiempo real entre niveles asistenciales y servicios sociales mejora la coordinación, reduce duplicidades y facilita una atención más eficiente	46,59
	Uso de registros electrónicos compartidos	Estos sistemas permiten la trazabilidad del paciente a lo largo del continuo asistencial y mejoran la toma de decisiones clínicas	58
	Telemedicina y monitorización remota	Herramientas digitales como la telemonitorización han demostrado ser efectivas para el seguimiento de pacientes crónicos, evitando ingresos y consultas innecesarias	

ría reducir ingresos innecesarios, mejorar la asignación de recursos y ofrecer una atención más adecuada y sostenible para pacientes complejos. En la [tabla 1](#) se muestran algunas estrategias de coordinación sanitaria para la eficiencia y la sostenibilidad del SNS.

Conclusiones

La coordinación sanitaria efectiva no depende de una única intervención, sino de la sinergia entre elementos clínicos, organizativos, tecnológicos y financieros.

En cuanto a los elementos clínicos, las variaciones en la práctica clínica son un reflejo de la complejidad de la atención sanitaria actual. Mientras que algunas variaciones son inevitables y beneficiosas, aquellas que no tienen fundamento científico comprometen la calidad, la equidad y la eficiencia de los sistemas de salud. La reducción de variaciones no justificadas requiere una combinación de estrategias, incluyendo la promoción de la práctica basada en la evidencia, la educación continua de los profesionales, la implementación de auditorías clínicas y el fortalecimiento de la toma de decisiones compartida.

En el ámbito organizativo, la implementación exitosa de modelos integrados requiere un enfoque sistémico y adaptado al contexto local, con una visión a largo plazo que priorice los resultados en salud de los pacientes, la calidad, la eficiencia y la sostenibilidad del sistema. Solo mediante un enfoque coordinado y centrado en la persona será posible garantizar que la atención sanitaria ofrecida sea equitativa, efectiva y de alta calidad en todos los contextos. En línea con elementos organizativos, la coordinación sanitaria es esencial para mejorar la continuidad asistencial y la seguridad del paciente en el SNS. La evidencia demuestra que una coordinación eficaz, con un papel destacado de las enfermeras gestoras de casos y de enlace, puede conducir a mejores resultados clínicos, mayor satisfacción del paciente y una utilización más eficiente de los recursos.

La coordinación sanitaria es un pilar fundamental para un SNS de alta calidad, seguro y eficiente en España. La implementación efectiva de estrategias de coordinación es esencial para lograr una mejora significativa en la continuidad de la atención y la seguridad de los pacientes en todo el país.

Editor responsable del artículo

Salvador Peiró.

Contribuciones de autoría

Todas las personas firmantes participaron en la concepción y el diseño del artículo, cuyo borrador inicial fue redactado por A.M. Vargas-Martínez. La versión final del texto ha sido completada y revisada críticamente por todas las personas firmantes.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Bacigalupe A, Esnaola S, Calderón C, et al. La evaluación del impacto sobre la salud: una herramienta para incorporar la salud en las intervenciones no sanitarias. *Gac Sanit*. 2009;23:62–6.
2. Shrank WH, Rogstad TL, Parekh N. Waste in the US health care system: estimated costs and potential for savings. *JAMA*. 2019;322:1501–9.
3. Glover JA. The incidence of tonsillectomy in school children. *Proc R Soc Med*. 1938;31:1219–36.
4. Wennberg JE, Barnes BA, Zubkoff M. Professional uncertainty and the problem of supplier-induced demand. *Soc Sci Med*. 1982;16:811–24.
5. Wennberg J, Gittelsohn A. Small area variations in health care delivery. *Science*. 1973;182:1102–8.
6. Steinberg EP. Improving the quality of care: can we practice what we preach? *N Engl J Med*. 2003;348:2681–3.
7. Long MJ. An explanatory model of medical practice variation: a physician resource demand perspective. *J Eval Clin Pract*. 2002;8:167–74.
8. Peiró S. Desde las variaciones en la práctica médica a la toma de decisiones compartida y la atención centrada en el paciente. *Semergen*. 2003;29:285–9.
9. Irving G, Neves AL, Dambha-Miller H, et al. International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *BMJ Open*. 2017;7:e017902.
10. Kasse GE, Humphries J, Cosh SM, et al. Factors contributing to variation in antibiotic prescribing among primary health care physicians: a systematic review. *BMC Prim Care*. 2024;25:8.
11. Martin-Misener R, Wong ST, Johnston S, et al. Regional variation in primary care improvement strategies and policy: case studies using qualitative context-

- tual data for performance measurement in three Canadian provinces. *BMJ Open*. 2019;9:e027526.
12. Librero J, Grupo VPM. Metodología de los atlas de variaciones en hospitalizaciones de personas mayores en el Sistema Nacional de Salud. *Atlas Var Pract Sanit Sist Nac Salud*. 2010;4:318–25.
 13. Peiró S, Librero J, Ridaó M, et al. Variabilidad en la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios del Sistema Nacional de Salud. *Gac Sanit*. 2010;24:6–12.
 14. Peiró S, Librero J, Ridaó M, et al. Variaciones en la práctica médica: apoyando la hipótesis nula en tiempos revueltos. *Rev Esp Salud Publica*. 2012;86:213–7.
 15. Alderwick H, Robertson R, Appleby J, et al. Better value in the NHS: the role of changes in clinical practice. London: The King's Fund; 2015.
 16. Wippeny EM, Miani C, Pitchforth E, et al. Improving the effectiveness and efficiency of outpatient services: a scoping review of interventions at the primary–secondary care interface. *J Health Serv Res Policy*. 2017;22:53–64.
 17. Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, et al. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;3:CD000259.
 18. Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared decision making – the pinnacle of patient-centered care. *N Engl J Med*. 2012;366:780–1.
 19. Cooper J, Nirantharakumar K, Crowe F, et al. Prevalence and demographic variation of cardiovascular, renal, metabolic and mental health conditions in 12 million English primary care records. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2023;23:80.
 20. Vestergaard M, Vestergaard CH, Prior A, et al. Chronic care services and variation between Danish general practices: a nationwide cohort study. *Br J Gen Pract*. 2022;72:e1–8.
 21. Waibel S, Vargas I, Aller MB, et al. Continuity of clinical management and information across care levels: perceptions of users of different healthcare areas in the Catalan national health system. *BMC Health Serv Res*. 2016;16:466.
 22. Fraile Bravo M. Enfermeras gestoras de casos: ¿esa gran desconocida? *Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol*. 2015;42:1–3.
 23. World Health Organization. Patient safety. Geneva: WHO; 2023 (Consultado el 10-4-2025.) Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>.
 24. Chang GM, Tung YC. Impact of care coordination on 30-day readmission, mortality, and costs for heart failure. *Am J Manag Care*. 2024;30:e116–23.
 25. National Institute for Healthcare Management (NIHCM) Foundation. Care coordination: what it is and why it matters. (Consultado el 10-4-2025.) Disponible en: <https://www.nihcm.org/publications/care-coordination-what-it-is-and-why-it-matters>.
 26. Valls Martínez MC, Abad Segura E. Satisfacción del paciente en el Sistema Nacional de Salud español. *An Sist Sanit Navar*. 2018;41:309–20.
 27. Gómez-Payo S, Del Río-Moro O, Manrique-García A, et al. Satisfacción del usuario en el Hospital Geriátrico Virgen del Valle de Toledo. *Rev Calid Asist*. 2012;27:78–84.
 28. Rebull J, Castellà M, De Pablo A, et al. Satisfacción de los usuarios de un servicio de urgencias: comparación de resultados. *Rev Calid Asist*. 2003;18:286–90.
 29. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q*. 2005;83:691–729.
 30. Monteagudo O, Navarro C, Alonso P, et al. Aplicación hospitalaria del Servqhos: factores asociados a la satisfacción e insatisfacción. *Rev Calid Asist*. 2003;18:263–7.
 31. Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Eval Program Plann*. 1983;6:185–210.
 32. Valls Martínez MC, Ramírez-Orellana A. Patient satisfaction in the Spanish National Health Service: partial least squares structural equation modeling. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16:4886.
 33. Naeem A, Jacob W. Evaluating the benefits and challenges of using patient preferences as a tool for clinical decision making in oncology multidisciplinary team meetings within the National Health Service: a qualitative study. *Oncol Res Treat*. 2025;48:305–11.
 34. Tiersley L, Quayle NA, Pisavadiya K, et al. Use of patient-centred outcome measures alongside the personal wheelchair budget process in NHS England: a mixed methods approach to exploring the staff and service user experience of using the WATCH and WATCH-Ad. *PLoS One*. 2025;20:e0312967.
 35. Fernández-Pérez A, Jiménez-Rubio D, Robone S. Freedom of choice and health services' performance: evidence from a national health system. *Health Policy*. 2022;126:1283–90.
 36. Valls Martínez MDC, Ramírez-Orellana A, Grasso MS. Health investment management and healthcare quality in the public system: a gender perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18:2304.
 37. Pérez Cantó V, Maciá Soler ML, González Chordá VM. Satisfacción de los usuarios en dos hospitales con diferente modelo de gestión. *J Healthc Qual Res*. 2018;33:334–42.
 38. Henao Martínez D, Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. *Gac Sanit*. 2009;23:280–6.
 39. Rocks S, Berntson D, Gil-Salmerón A, et al. Cost and effects of integrated care: a systematic literature review and meta-analysis. *Eur J Health Econ*. 2020;21:1211–22.
 40. Duan-Porter W, Ullman K, Majeski B, et al. Care coordination models and tools: a systematic review and key informant interviews. Washington D.C.: Department of Veterans Affairs; 2020. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK566322/>.
 41. Yang YF, Hoo JX, Tan JY, et al. Multicomponent integrated care for patients with chronic heart failure: systematic review and meta-analysis. *ESC Heart Fail*. 2023;10:791–807.
 42. Soriano-Payá E, Arco Adamuz I, García Girón AM, et al. Unidad cardiorenal en enfermedad cardiorenal avanzada: impacto clínico y reducción de costes hospitalarios. *Nefrología*. 2025;8:501350.
 43. Gorin SS, Haggstrom D, Han PKJ, et al. Cancer care coordination: a systematic review and meta-analysis of over 30 years of empirical studies. *Ann Behav Med*. 2017;51:532–46.
 44. Carter HE, Waugh J, Chang AB, et al. Cost-effectiveness of care coordination for children with chronic noncomplex medical conditions: results from a multicenter randomized clinical trial. *Value Health*. 2022;25:1837–45.
 45. Marino M, de Belvis AG, Boccia S, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of integrated care models for elderly, complex patients: a narrative review. *J Health Serv Res Policy*. 2018;21:209–20.
 46. Albertson EM, Chuang E, O'Masta B, et al. Systematic review of care coordination interventions linking health and social services for high-utilizing patient populations. *Popul Health Manag*. 2022;25:73–85.
 47. Allepuz Palau A, Piñeiro Méndez P, Molina Hinojosa JC, et al. Evaluación económica de un programa de coordinación entre niveles para el manejo de pacientes crónicos complejos. *Aten Primaria*. 2014;46:394–402.
 48. Roldán-Valcárcel MD, Beteta-Fernández D, Iniesta-Alcázar J, et al. Gestión de casos: análisis de costo-eficiencia en continuidad de cuidados de pacientes crónicos complejos. *Enferm Glob*. 2023;22:77–103.
 49. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Una experiencia de mejora en Urgencias del Morales Meseguer, reconocida entre las ocho mejores prácticas del Sistema Nacional de Salud. 5 de noviembre de 2025. Disponible en: <https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=123310&IDTIPO=10&RASTRO=c163533m2530,811>.
 50. Gorina Ysern N, Alcalá Minagorre PJ, García García JJ, et al. Colaboración entre niveles asistenciales pediátricos: aspectos clave y decálogo de recomendaciones. *Pediatr Hosp*. 2022;4:1.
 51. World Health Organization. Primary health care transformation in Spain: current challenges and opportunities. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2023.
 52. Joo JY, Liu MF. Case management effectiveness in reducing hospital use: a systematic review. *Int Nurs Rev*. 2017;64:296–308.
 53. van Voorst H, Arnold AER. Cost and health effects of case management compared with outpatient clinic follow-up in a Dutch heart failure cohort. *ESC Heart Fail*. 2020;7:1136–44.
 54. Garcés J, Ródenas F. La gestión de casos como metodología para la conexión de los sistemas sanitario y social en España. *Aten Primaria*. 2015;47:482–9.
 55. Kolbasovsky A, Feifer R, Wright S, et al. Impact of point-of-care case management on readmissions and costs. *Am J Manag Care*. 2012;18:e300–6.
 56. Evaluación del impacto clínico del programa SPICA, un programa de integración y coordinación asistencial para garantizar la continuidad de los cuidados tras el alta en pacientes hospitalizados multimórbidos complejos (póster). *Rev Clin Med Fam*. 2023; 10.55783/rcmf.18E1084.
 57. Khullar D. Precision health for high-need, high-cost patients. *Am J Manag Care*. 2018;24:404–6.
 58. Øvretveit J. Does clinical coordination improve quality and save money? A summary review of the evidence. London: The Health Foundation; 2011. Disponible en: <https://www.health.org.uk/reports-and-analysis/reports/does-clinical-coordination-improve-quality-and-save-money>.
 59. Baxter S, Johnson M, Chambers D, et al. The effects of integrated care: a systematic review of UK and international evidence. *BMC Health Serv Res*. 2018;18:350.