

Coordinación del cuidado en los sistemas de salud para usuarios con diabetes e hipertensión: una revisión de alcance*

Virgílio Luiz Marques de Macedo^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0002-0908-5392>

Naira Pereira de Sousa¹

 <https://orcid.org/0000-0001-6052-3549>

Ana Cristina dos Santos^{3,4}

 <https://orcid.org/0000-0002-4343-0348>

Walterlânia Santos¹

 <https://orcid.org/0000-0001-6266-8901>

Marina Morato Stival¹

 <https://orcid.org/0000-0001-6830-4914>

Tânia Cristina Morais Santa Barbara Rehem¹

 <https://orcid.org/0000-0002-4491-1661>

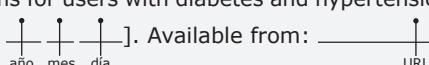
Destacados: (1) Se identificaron ocho categorías para el concepto de la coordinación del cuidado. (2) Destaca la categoría de información y comunicación. (3) La coordinación del cuidado es fundamental para las enfermedades crónicas no transmisibles. (4) Tener a un enfermero como gestor de cuidados puede mejorar la coordinación del cuidado.

Objetivo: mapear las evidencias disponibles acerca de las características de la coordinación del cuidado entre la Atención Primaria de Salud y la Atención Especializada Ambulatoria para los usuarios con diabetes e hipertensión. **Método:** se trata de una revisión de alcance que tuvo 40 artículos como muestra final, evaluados mediante Análisis de Contenido, del tipo temático-categorial, con el auxilio de una herramienta tecnológica. **Resultados:** la coordinación del cuidado se definió mediante ocho categorías: información y comunicación, integración del cuidado, mejora y calidad, gestión del cuidado, compartición del cuidado, atributo fundamental, profesionales de la salud y usuarios de los servicios de salud, con una concentración de los resultados de los artículos principalmente en cuatro categorías, destacándose la información y comunicación, seguida por la categoría de gestión del cuidado y la categoría de compartición del cuidado, en paralelo con mejora y calidad. **Conclusión:** las herramientas tecnológicas son un primer paso en la garantía de la coordinación del cuidado, demostrando ser una característica significativa, con énfasis en los estudios sobre la compartición de información entre los servicios de salud mediante historiales clínicos electrónicos; sin embargo, a pesar de que esta tecnología se muestra ventajosa para el sistema de salud, con buenos resultados, no es el único medio para garantizar la coordinación del cuidado.

Descriptores: Hipertensión; Diabetes Mellitus; Atención Primaria de Salud; Atención Ambulatoria; Sistemas de Salud; Evaluación en Salud.

Cómo citar este artículo

Macedo VLM, Sousa NP, Santos AC, Santos W, Stival MM, Rehem TCMSB. Coordination of care in health systems for users with diabetes and hypertension: a scoping review. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2025;33:e4428

[cited ]. Available from:  <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7198.4428>

Introducción

Los sistemas de salud deben promover, restaurar y mantener la salud de la población, con un conjunto de servicios que se comunican para garantizar la protección social. Como precepto del Sistema Único de Salud (SUS), las Redes de Atención a la Salud (RAS) son el futuro, permitiendo un trabajo cooperativo, operado de forma compartida y con un enfoque en asegurar la calidad de la atención prestada⁽¹⁻²⁾.

Para ello, es necesario que la coordinación de la atención en salud esté fortalecida, aunque sigue siendo un desafío actual que genera preocupaciones crecientes. En este sentido, la organización de los sistemas y de las RAS requiere que la Atención Primaria de Salud (APS) asuma su papel como coordinadora del cuidado, pues, cuando esto ocurre, se demuestra que está fuertemente asociada a la ampliación del acceso, mejora en la calidad del servicio prestado, satisfacción de los usuarios y mejor utilización de recursos⁽³⁻⁵⁾.

El sistema de salud, mediante la coordinación del cuidado realizada por la APS, permite a los usuarios acceder a la Atención Secundaria (AS), también denominada Atención Especializada Ambulatoria (AEA), corresponsable de los usuarios del sistema de salud, garantizando el respaldo asistencial y realizando consultorías en relación con los cuidados prestados⁽⁶⁾.

Cabe destacar que este cuidado debe ser ofrecido para garantizar su integralidad, pues solo así será posible promover una asistencia específica cuando la APS necesite un complemento. Sin embargo, en Brasil, la estructura de este nivel de atención es insuficiente y poco articulada, lo que lleva a que la APS realice un trabajo aislado⁽⁷⁾.

Asimismo, se sabe que los usuarios con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) necesitan un seguimiento continuo, ya que, cuando el cuidado se interrumpe, se generan varios perjuicios para el sistema de salud y para el propio usuario, siendo necesaria una comunicación eficaz entre los diversos servicios de salud⁽⁸⁾.

En lo que respecta a la hipertensión arterial sistémica (HAS) y la diabetes *mellitus* (DM), estas están en aumento en Brasil y en el mundo, con un incremento en su prevalencia en la población y un consecuente aumento en las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares. Por lo tanto, es necesario orientar estrategias para el combate efectivo de estas enfermedades⁽⁹⁻¹¹⁾.

De este modo, la coordinación del cuidado se muestra relevante, ya que los efectos negativos de su ausencia son indicativos de una mala calidad en la atención en salud, siendo aún más potentes en las condiciones crónicas, como en la HAS y la DM⁽¹²⁾. A pesar de ello, un estudio que realizó un mapeo bibliográfico de artículos sobre la

APS en Brasil hasta 2016⁽⁴⁾, señaló que solo el 5,5% de los estudios trataban sobre el atributo de la coordinación del cuidado en la proporción de los artículos seleccionados en la muestra levantada por los autores.

Además, considerando la relevancia de la HAS y DM en la APS, sumada al bajo número de estudios sobre la coordinación del cuidado, según lo mencionado anteriormente, así como las especificidades de la asistencia a los usuarios con enfermedades crónicas, y considerando que es posible que la coordinación del cuidado sea una estrategia fundamental para el mejoramiento del sistema de salud, este estudio tuvo como objetivo mapear las evidencias disponibles acerca de las características de la coordinación del cuidado entre la APS y la AEA para los usuarios con diabetes e hipertensión.

Método

Tipo de estudio

Se trata de una revisión de alcance conducida de acuerdo con las directrices metodológicas de la Colaboración *Joanna Briggs Institute* (JBI) para Revisiones de Alcance, reportada de acuerdo con la declaración *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR)⁽¹³⁾.

Esta es una metodología de revisión de la literatura utilizada para mapear los principales conceptos, resumir evidencias, posibilitar una mayor amplitud de la literatura e informar investigaciones futuras que atraviesa la realización de un esbozo de la revisión, la elaboración de criterios de inclusión, estrategia de búsqueda, extracción, presentación y resumen de los resultados y sus implicaciones para la investigación y la práctica⁽¹³⁾.

Se adoptó esta metodología para explorar la información ya disponible sobre la coordinación del cuidado entre la APS y la AEA en usuarios con HAS y DM y, así, posibilitar un análisis de las características de este atributo. El protocolo de revisión fue registrado en el *Open Science Framework* (OSF) bajo el DOI 10.17605/OSF.IO/9CV6N para hacer públicas las informaciones del estudio, estimular la transparencia y permitir que la estrategia de búsqueda de la investigación sea replicada.

Criterio de selección

La pregunta orientadora de la revisión fue formulada con base en la estrategia Población, Concepto y Contexto (PCC), según lo orientado por la JBI, resultando en la siguiente pregunta: “¿Cuáles son las características de la coordinación del cuidado para usuarios con diabetes e hipertensión entre la Atención Primaria de Salud y la

Atención Especializada Ambulatoria?”. Para la construcción de esta pregunta y para la realización de la búsqueda, la estrategia PCC se estipuló como: P para los usuarios con diabetes y/o hipertensión; C para la coordinación del cuidado; y C para la APS y la AEA.

Esta revisión de alcance consideró artículos nacionales e internacionales, publicados en portugués, inglés o español, y no realizó restricciones en cuanto a la fecha de publicación, ya que el objetivo de la revisión fue relatar toda la literatura existente. Además, consideró artículos publicados en su totalidad en formato completo, pudiendo ser cualitativos, cuantitativos o mixtos, y publicados hasta el período de la recolección de datos.

Se definieron como criterios de exclusión los artículos de revisión por abordar la interpretación y síntesis de una fuente no primaria, las cartas al editor, los resúmenes y los trabajos publicados en anales de eventos científicos debido a la necesidad de mayor robustez en los datos presentados.

Recolección de datos

Inicialmente, se realizó una etapa de prueba mediante la base de datos de *PubMed/Medline* para identificar artículos que abordaran el tema deseado y analizar las palabras clave a ser utilizadas. Con los artículos referentes al tema deseado, fue posible identificar y analizar las palabras contenidas para desarrollar la estrategia de búsqueda completa. Durante la búsqueda, no se encontró ninguna revisión sistemática o de alcance que abordara la cuestión de este estudio.

Para maximizar y garantizar la calidad en la investigación, las búsquedas fueron elaboradas con la colaboración de un bibliotecario especialista en ciencias de la salud, utilizando los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS)/*Medical Subject Headings* (MeSH) y diseñando encabezados de temas médicos de *Medline* relacionados con la pregunta de investigación.

Con la definición realizada y probada, los términos y palabras clave fueron adaptados a cada base de datos, utilizando como modelo la estrategia de búsqueda montada para *PubMed/Medline*: (“Hypertension” [MeSH Terms] OR “Hypertension” [All Fields] OR “High Blood Pressure” [All Fields] OR “High Blood Pressures” [All Fields] OR “Diabetes Mellitus” [MeSH Terms] OR “Diabetes Mellitus” [All Fields] OR “Diabetes” [Title/Abstract]) AND (“Primary Health Care” [MeSH Terms] OR “Primary Health Care” [All Fields] OR “Primary Healthcare” [All Fields] OR “Primary Care” [All Fields] OR “primary-secondary care interface” [All Fields] OR “collaborative care” [All Fields] OR “Ambulatory Care” [MeSH Terms] OR “Ambulatory Care” [All Fields] OR “Outpatient Care” [All Fields] OR “Outpatient Health

Service” [All Fields] OR “Outpatient Health Services” [All Fields] OR “Outpatient Services” [All Fields] OR “Outpatient Service” [All Fields] OR “Clinic Visits” [All Fields] OR “Clinic Visit” [All Fields]) AND (“Care coordination” [All Fields] OR “Coordinated care” [All Fields]).

La búsqueda se realizó el día 16 de abril de 2023, utilizando el acceso institucional del portal de periódicos de la CAPES/Acceso CAFe (Comunidad Académica), cuando no estaba disponible el acceso de forma libre y gratuita. Así, se realizó la búsqueda en las siguientes fuentes de información: *PubMed/MedLine*, *Embase*, *Scopus (Elsevier)*, *Web of Science*, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL/EBSCOhost), Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), *Livivo* y *Google Scholar*.

Además, considerando que *Google Scholar* es una fuente de literatura gris, que no forma parte de bases de datos oficiales y no sigue un proceso editorial riguroso, las búsquedas tienden a encontrar una gran variabilidad de artículos y documentos. Por ello, se definió utilizar solo los primeros 100 resultados de la búsqueda.

Después de la búsqueda en todas las bases de datos, los artículos encontrados fueron migrados al software *Rayyan*® versión web gratuita, posibilitando el análisis automático y manual de duplicados. Con la ayuda de esta herramienta, dos investigadores pudieron, de forma ciega e independiente, realizar la evaluación en dos etapas: (1) lectura del título y resumen y (2) lectura del texto completo. En cada etapa, las divergencias se resolvieron por consenso entre los dos investigadores según lo recomendado en la literatura, sin ser necesario utilizar un tercero⁽¹⁴⁾.

Los datos de los artículos incluidos fueron extraídos usando una hoja de cálculo propia del software *Microsoft Excel*®, que contenía información específica sobre título, autores, año, país de origen, revista de publicación, idioma, objetivo del estudio, enfoque metodológico, población estudiada (usuarios con hipertensión y diabetes), número de participantes, contexto (APS y AEA), definición de coordinación del cuidado y principales resultados.

Tratamiento y análisis de los datos

Después de que los datos fueron extraídos, se utilizó el Análisis de Contenido, del tipo temático-categorial que, de acuerdo con Minayo⁽¹⁵⁾, se enfoca en descubrir los núcleos de sentido de una comunicación cuya frecuencia o presencia significa algo relevante para el objetivo del estudio. Además, se utilizaron las tres etapas recomendadas: preanálisis, con la organización y preparación del material; exploración del material, con la codificación de los datos mediante las unidades de registro; y el tratamiento de los resultados, interpretación e inferencias⁽¹⁶⁾.

Para la segunda etapa, exploración del material, se utilizó el software ATLAS.ti Web, versión paga, que facilita la creación de categorías. El uso del software se realizó en dos momentos: primero, el contenido extraído de las referencias se separó por temas clave que representaran la esencia de lo descrito y que respondieran a la pregunta de la investigación. Después de esta etapa, los temas clave se agruparon, formando un conjunto de categorías con similitudes, que representaran los conceptos y características de la coordinación del cuidado.

Con la categorización realizada mediante el software mencionado, fue posible analizar en cada artículo cuáles categorías fueron más prevalentes, realizando un cruce de las informaciones después del tratamiento de los resultados.

Aspectos éticos

Considerando que este estudio no realizó evaluaciones con seres humanos, sino con información secundaria de acceso y dominio público, exclusivamente por medio de artículos científicos, no fue necesario someterlo al Comité de Ética en Investigación de acuerdo con la Resolución del

Consejo Nacional de Salud nº 466, de 12 de diciembre de 2012, y sus complementarias.

Resultados

La investigación resultó inicialmente en 1.506 publicaciones, de las cuales 943 fueron identificadas como duplicadas, quedando 563 publicaciones para la lectura de títulos y resúmenes. De estas, 149 fueron elegibles para la lectura del texto completo, lo que, con la aplicación de los criterios de exclusión, resultó en 40 artículos incluidos en esta revisión, según el proceso de selección detallado en la Figura 1.

En la Figura 2 se presenta la descripción de los artículos que fueron incluidos como muestra final de esta revisión de alcance.

En relación con el año de publicación de los artículos seleccionados, estos datan desde el año 2000, con años consecutivos de publicaciones encontradas desde 2009 hasta 2022. En cuanto al país de origen de los artículos, la mayoría fueron realizados en Estados Unidos (n=25) (17,19-24,27-29,31-33,35,38,40-43,45-49,53), seguido de Brasil (n=3) (36-37,56), Australia (n=3) (30,34,51) y otros ocho países con uno o dos artículos, siendo estos: Sudáfrica, País Vasco, Canadá, Corea del Sur, India, Italia, Noruega y Taiwán.

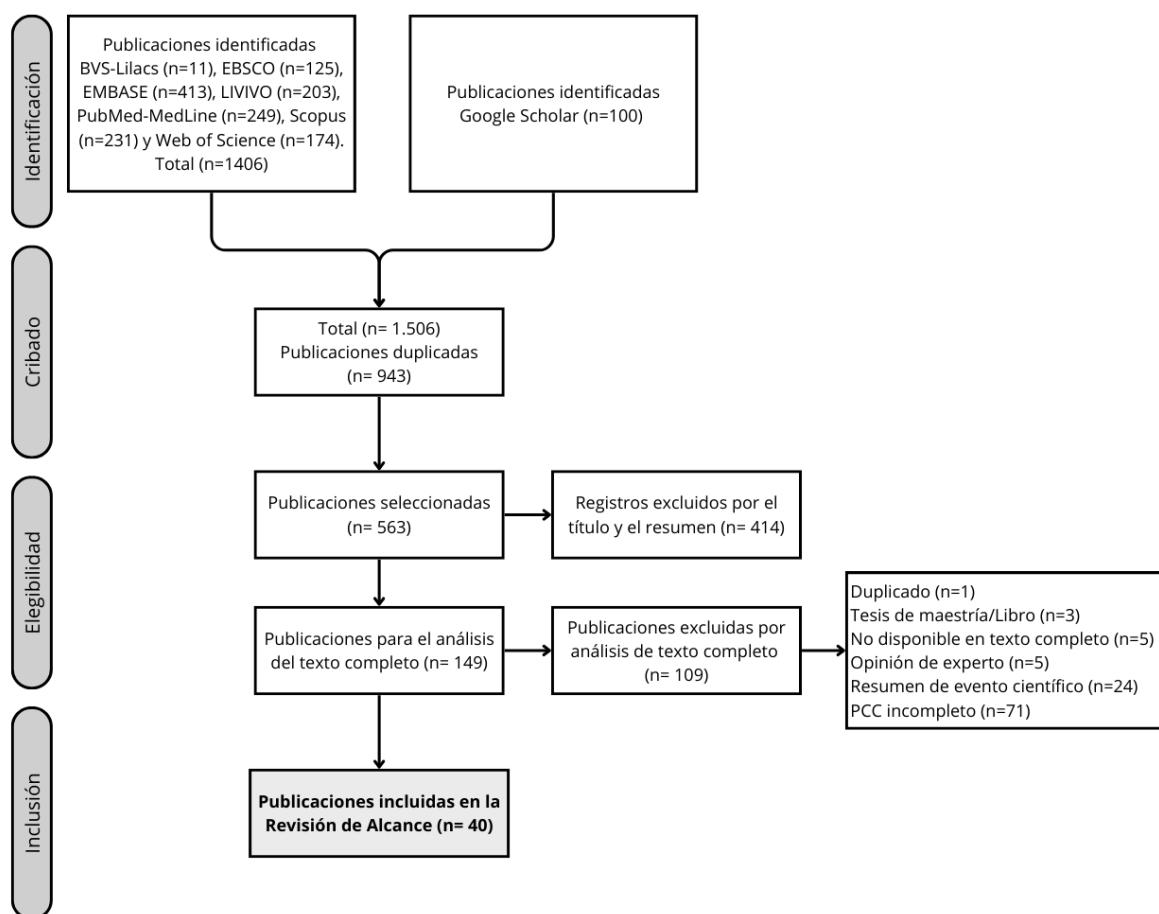


Figura 1 – Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios para la revisión de alcance adaptado del *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses* (PRISMA)⁽¹³⁾

Autor / Referencia	Año	Título	Enfoque metodológico / Diseño del estudio	Población estudiada
Schillinger, et al. ⁽¹⁷⁾	2000	<i>Effects of primary care coordination on public hospital patients</i>	Cuantitativo / Aleatorizado	Usuario con hipertensión y diabetes
Mills; Harvey ⁽¹⁸⁾	2003	<i>Beyond community-based diabetes management and the COAG coordinated care trial</i>	Cuantitativo / Caso control	Usuario con diabetes
O'Malley; Cunningham ⁽¹⁹⁾	2009	<i>Patient experiences with coordination of care: the benefit of continuity and primary care physician as referral source</i>	Cuantitativo / Estudio Transversal	Usuario con hipertensión y diabetes
MacPhaillet, et al. ⁽²⁰⁾	2009	<i>Coordination of diabetes care in four delivery models using an electronic health record</i>	Cualitativo / Estudio de caso múltiple	Usuario con diabetes
Liu, et al. ⁽²¹⁾	2010	<i>Care Fragmentation and Emergency Department Use Among Complex Patients With Diabetes</i>	Cuantitativo / Observacional	Usuario con diabetes
Hummel; Gandara ⁽²²⁾	2011	<i>Health information exchange and care coordination of diabetic patients between medicine and dentistry</i>	Cualitativo / Estudio de caso	Usuario con diabetes
Maeng, et al. ⁽²³⁾	2012	<i>Care coordination for the chronically ill: understanding the patient's perspective</i>	Cuantitativo / Transversal	Usuario con hipertensión y diabetes
Pollack, et al. ⁽²⁴⁾	2013	<i>Patient sharing among physicians and costs of care: a network analytic approach to care coordination using claims data</i>	Cuantitativo / Cohorte	Usuario con diabetes
Baldo, et al. ⁽²⁵⁾	2014	<i>Diabetes outcomes within integrated healthcare management programs</i>	Cuantitativo / Observacional	Usuario con diabetes
Katz, et al. ⁽²⁶⁾	2014	<i>Do primary care physicians coordinate ambulatory care for chronic disease patients in Canada?</i>	Cuantitativo / Cohorte	Usuario con hipertensión y diabetes
Liss, et al. ⁽²⁷⁾	2014	<i>Specialty use among patients with treated hypertension in a patient-centered medical home</i>	Cuantitativo / Estudio de serie temporal	Usuario con hipertensión
Segal; Dugoff ⁽²⁸⁾	2014	<i>Building blocks for measuring care coordination with claims data</i>	Cualitativo / Observacional	Usuario con diabetes
Weeks, et al. ⁽²⁹⁾	2014	<i>Measuring Primary Care Organizational Capacity for Diabetes Care Coordination: The Diabetes Care Coordination Readiness Assessment</i>	Cuantitativo	Usuario con diabetes
Dawda, et al. ⁽³⁰⁾	2015	<i>Does it matter who organises your health care?</i>	Cuantitativo	Usuario con diabetes
Haley, et al. ⁽³¹⁾	2015	<i>Improving Care Coordination Between Nephrology and Primary Care: A Quality Improvement Initiative Using the Renal Physicians Association Toolkit</i>	Cuantitativo / Estudio longitudinal	Usuario con hipertensión y diabetes
Wang, et al. ⁽³²⁾	2015	<i>Association of patient-reported care coordination with patient satisfaction</i>	Cuantitativo / Estudio Transversal	Usuario con diabetes
Zlateva, et al. ⁽³³⁾	2015	<i>Development and validation of the Medical Home Care Coordination Survey for assessing care coordination in the primary care setting from the patient and provider perspectives</i>	Cuantitativo	Usuario con hipertensión y diabetes
Lo, et al. ⁽³⁴⁾	2016	<i>Primary and tertiary health professionals' views on the health-care of patients with co-morbid diabetes and chronic kidney disease - a qualitative study</i>	Cualitativo	Usuario con diabetes
Malkani, et al. ⁽³⁵⁾	2016	<i>Redesigning Diabetes Care: Defining the Role of Endocrinologists Among Alternative Providers</i>	Cualitativo	Usuario con diabetes
Venancio, et al. ⁽³⁶⁾	2016	<i>Atenção integral à hipertensão arterial e diabetes mellitus: implementação da Linha de Cuidado em uma Região de Saúde do estado de São Paulo, Brasil</i>	Mixto / Estudio de caso	Usuario con hipertensión y diabetes
Aleluia, et al. ⁽³⁷⁾	2017	<i>Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro</i>	Cualitativo / Estudio de caso	Usuario con hipertensión y diabetes
Fitzgerald, et al. ⁽³⁸⁾	2017	<i>Program Implementation Approaches to Build and Sustain Health Care Coordination for Type 2 Diabetes</i>	Cualitativo	Usuario con diabetes
Provost, et al. ⁽³⁹⁾	2017	<i>Implementation of an integrated primary care cardiometabolic risk prevention and management network in Montréal: Does greater coordination of care with primary care physicians have an impact on health outcomes?</i>	Mixto	Usuario con hipertensión y diabetes

(continúa en la página siguiente...)

(continuacion...)

Autor / Referencia	Año	Título	Enfoque metodológico / Diseño del estudio	Población estudiada
Talley, et al. ⁽⁴⁰⁾	2018	<i>Improving Population Health among Uninsured Patients with Diabetes</i>	Cuantitativo / Estudio observacional	Usuario con diabetes
Van-Eeghen, et al. ⁽⁴¹⁾	2018	<i>Chronic care coordination by integrating care through a team-based, population-driven approach: a case study</i>	Cualitativo / Estudio de Caso	Usuario con diabetes
Vimalananda, et al. ⁽⁴²⁾	2018	<i>Patient, Primary Care Provider, and Specialist Perspectives on Specialty Care Coordination in an Integrated Health Care System</i>	Cualitativo	Usuario con diabetes
Benzer, et al. ⁽⁴³⁾	2019	<i>Survey of Patient-Centered Coordination of Care for Diabetes with Cardiovascular and Mental Health Comorbidities in the Department of Veterans Affairs</i>	Cuantitativo / Estudio Observacional	Usuario con hipertensión y diabetes
Lee; Bae ⁽⁴⁴⁾	2019	<i>Implementation of a care coordination system for chronic diseases</i>	Cualitativo	Usuario con hipertensión y diabetes
McLendo, et al. ⁽⁴⁵⁾	2019	<i>Enhancing diabetes care through care coordination, telemedicine, and education: Evaluation of a rural pilot program</i>	Cuantitativo / Cohorte	Usuario con diabetes
Mohr et al. ⁽⁴⁶⁾	2019	<i>Organizational Coordination and Patient Experiences of Specialty Care Integration</i>	Mixto / Estudio transversal	Usuario con hipertensión y diabetes
Williams, et al. ⁽⁴⁷⁾	2019	<i>Sustainable care coordination: a qualitative study of primary care provider, administrator, and insurer perspectives</i>	Cualitativo	Usuario con diabetes
Benzer, et al. ⁽⁴⁸⁾	2020	<i>A Mixed Methods Study of the Association of Non-Veterans Affairs Care With Veterans' and Clinicians' Experiences of Care Coordination</i>	Mixto / Estudio Observacional	Usuario con hipertensión y diabetes
Harrison, et al. ⁽⁴⁹⁾	2020	<i>Economic outcomes of insurer-led care management for high-cost Medicaid patients</i>	Cuantitativo / Cohorte	Usuario con hipertensión y diabetes
Mateo-Abad, et al. ⁽⁵⁰⁾	2020	<i>Impact of the CareWell integrated care model for older patients with multimorbidity: a quasi-experimental controlled study in the Basque Country</i>	Mixto / Estudio cuasiexperimental	Usuario con diabetes
Blignault, et al. ⁽⁵¹⁾	2021	<i>"You Can't Work with My People If You Don't Know How to": Enhancing Transfer of Care from Hospital to Primary Care for Aboriginal Australians with Chronic Disease</i>	Cualitativo	Usuario con diabetes
Chen; Cheng ⁽⁵²⁾	2021	<i>Care Continuity and Care Coordination: A Preliminary Examination of Their Effects on Hospitalization</i>	Cuantitativo / Cohorte	Usuario con diabetes
Cook, et al. ⁽⁵³⁾	2021	<i>Registry-Managed Care Coordination and Education for Patients With Co-occurring Diabetes and Serious Mental Illness</i>	Cuantitativo / Cohorte	Usuario con diabetes
Helmersen, et al. ⁽⁵⁴⁾	2021	<i>Women's experience with receiving advice on diet and Self-Monitoring of blood glucose for gestational diabetes mellitus: a qualitative study</i>	Cualitativo	Usuario con diabetes
Jindal, et al. ⁽⁵⁵⁾	2022	<i>Improving care for hypertension and diabetes in India by addition of clinical decision support system and task shifting in the national NCD program: I-TREC model of care</i>	Cualitativo / Estudio de caso	Usuario con hipertensión y diabetes
Rêgo, et al. ⁽⁵⁶⁾	2022	<i>Coordenação do cuidado na perspectiva das pessoas com hipertensão na atenção primária à saúde</i>	Cuantitativo / Estudio Transversal	Usuario con hipertensión

Figura 2 – Cuadro de descripción de los artículos seleccionados por autor/referencia, año, título, enfoque metodológico y categoría poblacional

Los artículos fueron publicados en 26 revistas científicas diferentes, con una mayor concentración en la revista *Journal of General Internal Medicine* (n=7) (17,19,24,27,29,43,36), seguida por la revista *BMC Health Services Research* (n=5) (23,33,47,50,55). En cuanto al idioma de los artículos, la mayoría fueron publicados en inglés (n=37) (17-35,38-55) y en portugués (n=3) (36-37,56). En lo que respecta al enfoque metodológico utilizado en los artículos, la mayoría se definieron como cuantitativos

(n=21) (17-19,21,23-27,29-33,40,43,45,49,52-53,56), seguidos por cualitativos (n=14) (20,22,28,34-35,37-38,41-42,44,47,51,54-55) y mixtos (n=5) (36,39,46,48,50).

Algunas definiciones de coordinación del cuidado fueron identificadas en los artículos seleccionados. Por lo tanto, para describirlas de manera sistematizada, se realizó un análisis del contenido abordado, identificando en el texto las características más citadas mediante la categorización.

Se enumeraron 108 temas clave, divididos en 16 categorías. Sin embargo, para facilitar la comprensión y dada la cercanía de las temáticas, se agruparon en ocho categorías, como muestra el gráfico de embudo en

la Figura 3. A continuación, se presentará una síntesis de cada tema, con las características señaladas por los artículos, para que el concepto de coordinación del cuidado pueda ser entendido en su amplia dimensión.

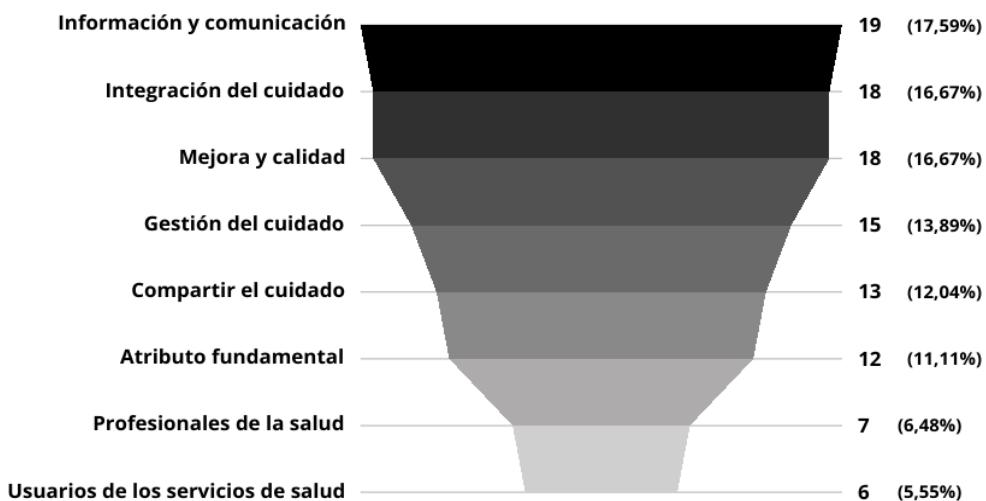


Figura 3 – Gráfico de embudo con las definiciones de la coordinación del cuidado por categorías

Información y comunicación

Los sistemas de registros tecnológicos son necesarios para viabilizar el reconocimiento y la transferencia de información entre los diversos proveedores de servicios, asegurando una comunicación eficaz, con el objetivo de facilitar el cuidado coordinado, incluso entre el equipo de atención primaria y los demás especialistas^(22-24,26,28,32-33,38,41,46,48,52-53).

Integración del cuidado

La coordinación del cuidado es una estrategia de prestación de servicios de salud oportuna, responsable de integrar los servicios y las acciones de salud de los usuarios de manera complementaria dentro de los diferentes niveles de atención. Para ello, es imperativa su estructuración, ya que representa un componente esencial en la regionalización de los servicios en los sistemas de salud^(22,26,28,30,37,47,52,56).

Mejora y calidad

Coordinar el cuidado significa desempeñar un papel fundamental en la promoción de mejoras y en la entrega adecuada de cuidados a los usuarios, promoviendo un aumento en la calidad de la prestación de servicios de manera organizada, eficaz y eficiente. Este proceso propicia la mejora de los resultados en el área de la salud, la reducción de los costos asociados debido a la optimización

de la utilización de servicios y mejoras significativas en los resultados clínicos^(20,23,26,32,37-38,43,46-47,53,56).

Gestión del cuidado

En la coordinación del cuidado, la planificación y organización de la asistencia pueden llevarse a cabo mediante la estandarización de procesos y procedimientos entre las partes. En este sentido, gestionar las necesidades de los pacientes y monitorear los planes de cuidado, generando responsabilidad, son características esenciales para que se gestionen los servicios que los usuarios realmente necesitan, reorientando las demandas cuando sea necesario y anticipando las necesidades futuras^(19,22,29,33,37-38,41,43,46,52-53,56).

Compartición del cuidado

El mecanismo de referencia y contrarreferencia, en conformidad con las mejores prácticas en el área de la salud, viabiliza la interdependencia y la adecuada conducción del cuidado ofrecido entre las distintas instancias de servicios de salud, mediante una transición de cuidado oportuna y segura. Este proceso se efectúa cuando múltiples intervinientes, incluyendo el propio usuario, los profesionales de atención primaria y los demás proveedores de servicios, colaboran y comparten la responsabilidad de los cuidados^(20,22-23,29-30,33,37-38,41-42,44,48,52).

Atributo fundamental

Ampliamente reconocida como un atributo fundamental, la coordinación del cuidado tiene una notable importancia, caracterizándose por ser esencial para la APS y por desempeñar un papel crítico en la promoción del acceso a los servicios de salud. Asegura la continuidad del cuidado, minimizando barreras de acceso y estableciendo la conexión entre los recursos comunitarios, contribuyendo a la provisión de cuidados centrados en el paciente^(19-20,26,30,37-38,52).

Profesionales de la salud

Existe la participación de una extensa variedad de profesionales de la salud y recursos para operacionalizar la coordinación del cuidado. En este sentido, para que la ejecución de las actividades esenciales y los cuidados necesarios para los usuarios sean viables, es imperativo el establecimiento de una sólida conexión entre las partes y la promoción de un trabajo eficiente entre los equipos prestadores de cuidados en salud^(23,26,37-38,46,53).

Usuarios de los servicios de salud

Aunque la coordinación del cuidado se ha empleado para atender a todos los usuarios de los servicios de salud, en el contexto de las condiciones crónicas, surge como una estrategia de respuesta que debe ser estimulada en toda su amplitud, especialmente en virtud de los usuarios que reciben cuidados de diversos proveedores en múltiples entornos, ya que esto resulta en un incremento en los costos asociados a esos cuidados y en riesgos clínicos^(26,30,32,41,47,56).

En lo que respecta a los resultados presentados por los artículos, se consideraron las categorías mencionadas anteriormente, excepto la categoría de atributo fundamental, con el objetivo de relacionar las principales características de los resultados con las características conceptuales señaladas sobre la coordinación del cuidado. Así, mediante el software ATLAS.ti Web, se realizó el cruce de la información identificada en los principales resultados de cada artículo para identificar las categorías más presentes, utilizando el Diagrama de Sankey, según la Figura 4.

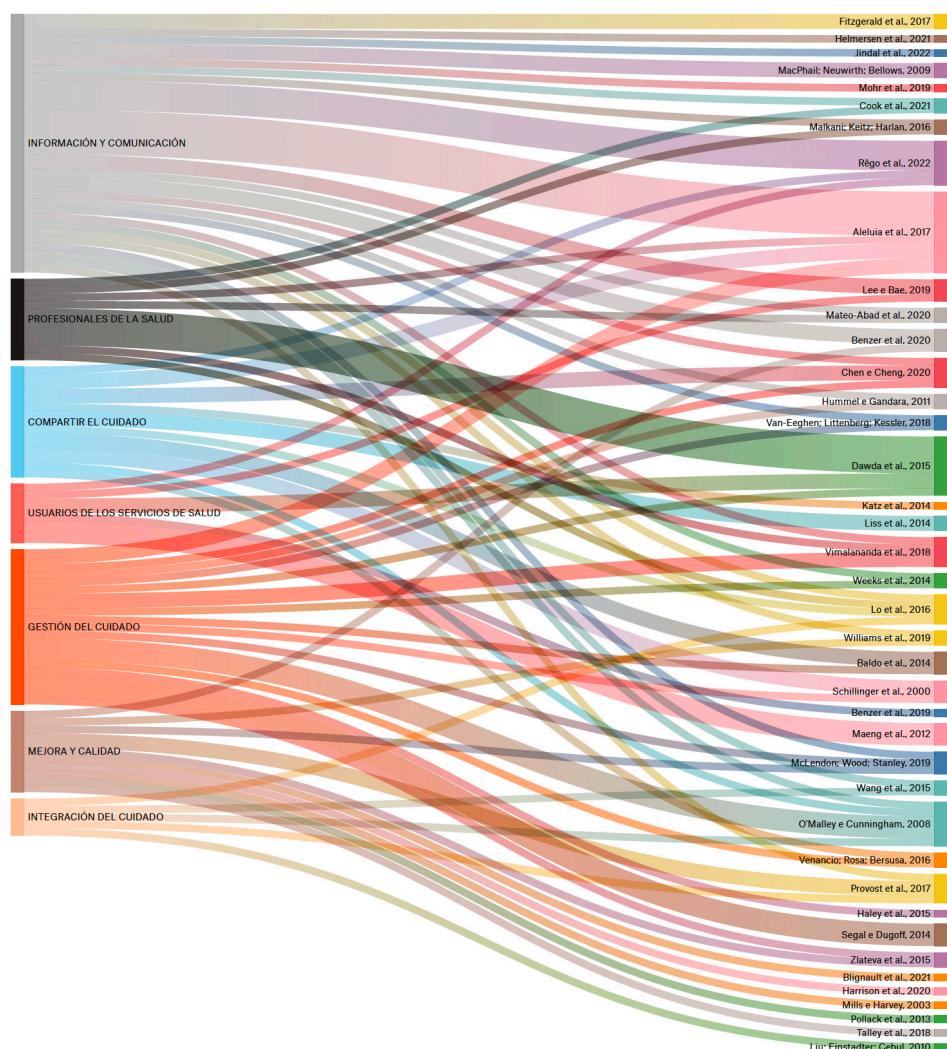


Figura 4 – Diagrama de Sankey de las categorías de los resultados de los estudios por artículo seleccionado

Los resultados de los artículos se concentraron principalmente en cuatro categorías, destacándose la categoría de *información y comunicación*, seguida por la categoría de *gestión del cuidado* y la categoría de *compartición del cuidado*, en paralelo con *mejora y calidad*.

En lo que respecta a la categoría de *información y comunicación*, esta temática se ha mostrado como uno de los desafíos centrales de la coordinación de cuidados, ya que la información proporcionada no presenta detalles suficientes para la toma de decisiones. Sin embargo, con la integración del historial clínico electrónico, la gestión de la información ha mejorado y, además, mejoras en el historial clínico electrónico, como la señalización de *feedback*, generaron una mejora en la coordinación del cuidado^(22,37-38,46-48,53).

En este sentido, se informó que el envío por intermedio de un sistema electrónico simplifica el registro de la información y se muestra como una herramienta útil para el seguimiento del usuario, aunque el propio usuario, en algunos momentos, no identifique que el profesional está realizando las anotaciones^(20,45,55-56).

Por otro lado, la *coordinación del cuidado* requiere más que el establecimiento de recursos electrónicos; además, las fichas de referencia y contrarreferencia no han tenido mucho éxito, ya que se han utilizado poco en la contrarreferencia^(20,22,29,32,37). Cabe destacar que un sistema electrónico, dependiendo de la estructura necesaria, puede tener costos elevados para las organizaciones, siendo de difícil implementación principalmente debido a los recursos limitados^(35,41).

En cuanto a la *gestión del cuidado*, los usuarios que tienen atención con el médico de familia y otros médicos especialistas presentan mejores resultados de salud que cuando son atendidos solo por el médico de familia, reduciendo la utilización hospitalaria y los costos para el sistema de salud^(17,25,39,45). Además, desde el punto de vista de los usuarios, la coordinación del cuidado es mucho mejor cuando la realiza un profesional de atención primaria específico, siendo también importante la decisión de este profesional sobre qué especialista consultar^(19,28).

En lo que respecta a la *compartición del cuidado*, los mecanismos formales de referencia y contrarreferencia han demostrado ser insuficientes, principalmente debido a la ausencia de contrarreferencia de los niveles secundarios y terciarios, incluso para el tratamiento de usuarios con diabetes e hipertensión. Sin embargo, el aumento en la derivación de usuarios con alta morbilidad a especialistas destaca la necesidad de una coordinación más eficiente^(27,36-37).

Se evidenció, además, que cuando un médico no es el responsable del cuidado del usuario, es más probable que realice una derivación a la atención especializada

por falta de información y por no conocer el historial del usuario, lo cual difiere de cuando la derivación es realizada por los profesionales de atención primaria^(17,26).

En cuanto a la *mejora y calidad*, se señaló que la coordinación del cuidado debe ser una prioridad, ya que garantiza la calidad de la atención, generando mejores resultados de salud para los usuarios^(18,39,45,48). Además, para garantizar una atención más adecuada y planificada, la transferencia del cuidado debe tener en cuenta las cuestiones culturales de los usuarios⁽⁵¹⁾.

En este sentido, para realizar un cuidado coordinado desde la perspectiva de la mejora del financiamiento de los sistemas de salud, estudios evidencian que pacientes con diabetes e insuficiencia cardíaca congestiva, y aquellos con altos riesgos que recibieron cuidados compartidos mediante la coordinación del cuidado, presentaron menores costos totales, menor tasa de internación y hospitalización⁽²⁴⁾.

Otro estudio, aunque consideró que la coordinación podría haber reducido los costos totales y/o farmacéuticos, no encontró evidencias significativas⁽⁴⁹⁾. Además, en cuanto a los costos, se evidenció que la coordinación del cuidado en sistemas de salud privados puede ser cobrada a los usuarios, lo que conduce a la falta de participación de estos debido a los altos costos⁽⁴⁷⁾.

En lo que concierne a la categoría de *profesionales de la salud*, los usuarios y sus cuidadores perciben que estos son buenos coordinadores del cuidado, lo que también fue ratificado por la percepción de los médicos especialistas y de atención primaria^(34,50). No obstante, se señaló que los usuarios con una o más visitas a los médicos de familia en los últimos tres meses tienen niveles de coordinación más elevados⁽³⁰⁾.

Se identificó, por otro lado, que existen indicios de que tener a un enfermero como gestor de cuidados puede mejorar la coordinación del cuidado, incluso en la percepción de los usuarios, quienes también destacaron el papel importante de los farmacéuticos y de los Agentes Comunitarios de Salud en este proceso, principalmente mediante la búsqueda activa de los usuarios en las visitas domiciliarias^(30,37,42).

En relación con los *usuarios de los servicios de salud*, aquellos con condiciones crónicas que se consultan con el mismo médico muestran una mejora en la adherencia al tratamiento, con resultados significativos, debido al establecimiento de un vínculo y a la continuidad del cuidado^(30,36).

En este sentido, se evidenció que los usuarios con diabetes que son atendidos solo en el nivel primario tienen tasas de mortalidad más altas que aquellos compartidos con el servicio especializado, con un aumento significativo en los usuarios que utilizan insulina⁽²⁵⁾. Sin embargo, a

pesar de tener menor probabilidad de ser hospitalizados, los pacientes con baja morbilidad son derivados en menor cantidad debido a que sus necesidades se satisfacen en el ámbito de la atención primaria^(27,52).

Asimismo, en lo que respecta a las condiciones crónicas, según lo señalado por un estudio, cuando el usuario presenta mayor gravedad, como en los casos de diabetes tipo 2, la fragmentación estaba más presente, lo que sugiere que la gravedad aumenta los desafíos de la coordinación⁽⁴⁷⁾. A pesar de ello, se informó que las personas con condiciones más complejas tienen una coordinación del cuidado más consistente⁽³⁰⁾.

Estudios sobre los usuarios de los servicios de salud muestran que aquellos mayores de 60 años tienen niveles de coordinación más elevados que los de menor edad, así como los usuarios más activos son menos propensos a reportar problemas de coordinación, ya que son mejores autogestores de sus cuidados, y aquellos usuarios que son más complejos se benefician de mayores esfuerzos en cuanto a la coordinación del cuidado^(23,30).

En relación con los usuarios con hipertensión, aquellos con presión arterial controlada tienden a evaluar positivamente la coordinación del cuidado, mientras que los descompensados la evalúan de manera insatisfactoria⁽⁵⁶⁾. Así, se percibe que, cuanto mayor es la gravedad de la condición del paciente, mayor es la probabilidad de que necesite otro servicio y especialidades⁽⁴⁴⁾.

Respecto a la *integración del cuidado*, es necesaria una mayor proximidad entre los equipos en los modelos organizativos de la atención primaria, especialmente en los casos complejos de diabetes, donde existe fragmentación del cuidado^(21,39). En estas situaciones, la continuidad de la atención por los mismos profesionales es beneficiosa y puede favorecer, incluso, la clarificación de los roles de los profesionales en el cuidado, lo que mejora la coordinación del cuidado⁽¹⁹⁾.

Discusión

Es evidente que la coordinación del cuidado para las condiciones crónicas, específicamente para la HAS y la DM, se caracteriza por ser un atributo fundamental, generando integración y compartición de los cuidados de los usuarios mediante una gestión del cuidado que garantiza la mejora y calidad en la asistencia y en el sistema de salud, necesitando para su operacionalización excelentes medios de información, comunicación y profesionales capacitados.

En este sentido, se han realizado numerosos esfuerzos para investigar y comprender los factores, perspectivas y desafíos que los modelos de sistemas de salud universales están enfrentando para mantenerse

sostenibles. Sin embargo, se sabe que los hospitales tienen un papel protagonista y, al mismo tiempo, son productos de la fragmentación del cuidado. Frente a esto, se espera que se generen conexiones entre los servicios de salud, incluyendo la APS⁽⁵⁷⁾.

Es un hecho que todos los sistemas enfrentan desafíos similares en cuanto a la atención efectiva, eficiente y equitativa, incluso presentando diferentes características y formas de operación, como en el caso de Brasil y los Estados Unidos de América (EE.UU.). Aun así, todos han trabajado para responder a los problemas de una manera que no genere problemas económicos, sino que ayude a reducir los gastos en los servicios de salud, a pesar de las diferentes ideologías de cada sistema⁽⁵⁸⁻⁵⁹⁾.

Así, la coordinación del cuidado entre la APS y la AEA se está discutiendo incluso en los EE.UU., que, aunque no tienen un sistema de salud universal, intentan identificar la experiencia y percepción de los usuarios frente a la coordinación, evaluar los resultados médicos de los usuarios con la coordinación del cuidado y evaluar si hay disminución de los costos hospitalarios debido a la coordinación^(23-24,48).

Se cree que la coordinación del cuidado es responsable de promover mejoras en la calidad de la asistencia a los usuarios, reducir las barreras de acceso e integrar las acciones y servicios en los sistemas de salud. Además, las definiciones dadas para este atributo son amplias, como se señaló en este estudio. Así, es un hecho que, cuanto mayor sea la cantidad de personas y servicios involucrados en el cuidado y más compleja sea la intervención, mayor será el nivel de coordinación necesario para alcanzar los resultados deseados⁽³⁾.

Ante lo expuesto, se evidenció que, para garantizar una coordinación del cuidado en su totalidad, es necesaria una información y comunicación efectivas, lo que se realiza mediante sistemas de registros tecnológicos con la transferencia e intercambio de la información de los usuarios.

En este sentido, se entiende el Registro Electrónico de Salud (RES) como una tecnología que orienta las necesidades de los usuarios, uniendo la información de un individuo o de un grupo y compartiendo esa información entre las instituciones. Además, el RES puede facilitar los servicios de salud en el monitoreo de la situación de salud y la gestión financiera mediante informes. Sin embargo, la implementación de estos sistemas presenta desafíos, como el desarrollo de software, la relación costo-efectividad, el almacenamiento de datos y el desempeño de los programas⁽⁶⁰⁾.

Un estudio realizado descubrió que la implementación del Prontuario Electrónico del Paciente (PEP), utilizado

por la APS en Brasil, favoreció la organización de la red de servicios con integración horizontal entre los equipos. Además, influyó en la corresponsabilización del cuidado y en la producción de la autonomía de los profesionales de salud⁽⁶⁰⁾. El autor también señala que el uso del PEP en la APS es relevante, ya que favorece la coordinación del cuidado, la integralidad de la asistencia y la longitudinalidad, lo que corrobora lo evidenciado en los estudios encontrados en esta revisión.

No obstante, a pesar de los aspectos positivos del uso del RES, todavía existe resistencia por parte de los profesionales, lo cual podría estar relacionado con la falta de capacitación para su uso. Esto se evidenció porque, incluso en los lugares donde el prontuario electrónico ya está implementado, se encuentra subutilizado⁽⁶⁰⁾.

En otro estudio⁽⁶¹⁾, se informó que algunos profesionales de la salud no estaban a favor de implementar el prontuario electrónico, ya que muchos no sabían cómo utilizarlo y no tenían conocimientos sobre equipos tecnológicos. A pesar de ello, con el uso, comenzaron a tener una actitud positiva hacia la herramienta, especialmente después de las capacitaciones realizadas.

En consonancia con lo que se informó en los estudios de esta revisión, se comprende que los RES son necesarios para la organización y reestructuración de un sistema de salud, ya que su ausencia debilita la referencia y contrarreferencia, inhibiendo el intercambio de información entre la APS y otros servicios de salud. Ante esto, es necesario integrar los registros del prontuario para acceder a las conductas, exámenes y diagnósticos realizados por los profesionales, de modo que se pueda gestionar los procesos y flujos⁽⁶¹⁻⁶²⁾.

En cuanto a la gestión del cuidado, los estudios encontrados en esta revisión abordaron e identificaron que, para llevar a cabo la coordinación del cuidado, es necesario el planeamiento y la organización de la asistencia con la estandarización de procesos y procedimientos.

Por lo tanto, para organizar los sistemas de salud, la gestión del cuidado se inserta en un nuevo paradigma, ya que los usuarios han presentado necesidades de salud complejas, requiriendo una mayor capacidad de gestión. Sin embargo, esto solo es posible mediante las relaciones entre los integrantes, con un enfoque principal en el usuario, considerando que la APS tiene un carácter complejo entre los servicios de salud⁽⁶³⁾.

De esta forma, para fortalecer las conexiones, los profesionales deben preocuparse por la literacidad para la salud, también conocida como alfabetización en salud, ya que los usuarios necesitan procesar y comprender la información básica sobre salud, incluyendo el conocimiento sobre el funcionamiento del sistema de

salud y la coordinación del cuidado, especialmente para los usuarios con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), debido a la elevada complejidad de estas enfermedades⁽⁶⁴⁾.

En este sentido, algunos autores⁽⁶⁵⁾ señalaron que, en la atención a las condiciones crónicas, es necesaria la reorganización de los procesos de trabajo, con mejoras en la planificación e integración entre los miembros del equipo, para que se produzca un nuevo modelo de gestión del cuidado en salud.

Ante esto, se sabe que, para llevar a cabo la gestión del cuidado de los usuarios, especialmente aquellos con condiciones crónicas, los sistemas de salud necesitan una atención especializada (ambulatoria y hospitalaria) fortalecida, lo que ha sido uno de los mayores problemas del SUS, con ofertas insuficientes para satisfacer las necesidades de los usuarios⁽⁶⁶⁾.

Además, los artículos evaluados en esta revisión no abordan el papel de la AEA en esta coordinación del cuidado, ni se menciona la contrarreferencia de los usuarios con hipertensión y diabetes hacia la APS, lo que representa una laguna, posiblemente porque, como se ha demostrado, el apoyo de la AEA es insuficiente y aún no se ha superado esta barrera, lo que impide otros avances.

Cabe destacar que la reciente normativa publicada en Brasil, mediante la *Portaria nº 1.604*, de 18 de octubre de 2023, del Ministerio de Salud, que instituye la Política Nacional de Atención Especializada en Salud, es un marco orientador para el SUS. Ante esto, se espera que, con el fortalecimiento de la AEA, se produzca una mejora en la coordinación del cuidado, garantizando así un mejor apoyo a la APS.

En cuanto a la compartición del cuidado, los estudios de esta revisión indicaron que, para que la coordinación del cuidado sea efectiva, es necesario que la compartición se realice con responsabilidad, generando interdependencia y una adecuada conducción del cuidado. También se destaca que la compartición del cuidado debe realizarse de manera oportuna y segura.

En vista de esto, un estudio que aborda la derivación de usuarios al cardiólogo y al endocrinólogo concluyó que, aunque los médicos de la APS utilizan los protocolos de derivación, aún serían necesarias adecuaciones, ya que estos, por sí solos, no son capaces de resolver el problema debido a la falta de recursos diagnósticos⁽⁶⁷⁾.

Se subraya que, con mejoras en la implementación de un sistema de prontuario único, *telecharts* y reuniones de capacitación, la compartición del cuidado podría ser adecuada, lo que evitaría derivaciones innecesarias, reduciría filas y costos, y aumentaría el acceso de los usuarios a la AEA⁽⁶⁷⁾.

Se destaca que la coordinación del cuidado representa una estrategia para la integración de los niveles de atención, siendo imperativa para reorientar los servicios de salud y las necesidades de los usuarios. Ante esto, implica la creación y el mantenimiento de una estructura común, que tiene el propósito de coordinar su interdependencia para permitir un trabajo colectivo⁽⁶⁸⁾.

Además, un estudio que consideró el impacto de las ECNT en la morbimortalidad y los costos para los sistemas de salud, reconoció la importancia de la enfermería⁽⁶⁸⁾, ya que se otorga al profesional de enfermería la capacidad resolutiva, protagonismo y autonomía, así como la capacidad de coordinación, permitiendo una orientación más precisa de los usuarios a través de los servicios de salud, como lo indicaron estudios de esta revisión.

En resumen, se observa que, con los resultados presentados, el concepto y las características de la coordinación del cuidado se vuelven más claros, lo que puede ayudar a ampliar la evaluación de este atributo por medio de indicadores y mejorar la toma de decisiones, incluso para la atención de usuarios con ECNT, además de que es un hecho que este atributo debe ser comprendido, discutido y aplicado en los sistemas de salud en toda su magnitud.

Por lo tanto, esta revisión evidencia la importancia de la coordinación del cuidado para los sistemas de salud, así como deja claro que la coordinación posee una definición amplia y compleja, sin embargo, algunos puntos resultaron esenciales para el avance en la comprensión de este tema, siendo necesario el perfeccionamiento de la información y la comunicación, la gestión y el compartir del cuidado.

Esta revisión de alcance presenta como limitación el hecho de que el término “coordinación del cuidado” no está definido como un descriptor DeSC/MeSH, siendo necesario para la búsqueda de este tema una combinación de otros descriptores.

En cuanto a las lagunas encontradas, se observó que hay poca información y/o información divergente en la literatura con relación a los costos de los sistemas de salud que presentan o no estructuración en la coordinación del cuidado. Además, es notable la necesidad de más estudios que evalúen la coordinación del cuidado desde la perspectiva de la AEA, siendo evidente solo el papel y los desafíos de la APS para que los usuarios lleguen a la AEA, sin abordar el cuidado en este nivel de atención ni los desdoblamientos de este servicio hasta el retorno de los usuarios a la APS.

Conclusión

Esta revisión mostró que los estudios tuvieron como principales resultados la información y comunicación,

la gestión del cuidado y el compartir del cuidado como categorías de la coordinación del cuidado, ante esto, se entiende que son características destacadas que deben ser investigadas durante la evaluación de este atributo.

Con los avances tecnológicos y la rapidez de la información, se observa que las herramientas tecnológicas son un primer paso en la garantía de la coordinación del cuidado, lo que resultó ser una característica muy significativa entre los estudios de esta revisión, con énfasis en los estudios sobre el compartir de información entre los servicios de salud mediante históricos electrónicos. Sin embargo, aunque esta tecnología ha demostrado ser muy ventajosa para el sistema de salud, con buenos resultados, no es el único medio para garantizar la coordinación del cuidado.

En cuanto a las ECNT, al tratarse de enfermedades complejas que requieren de diversos profesionales para brindar un cuidado adecuado, es fundamental que la coordinación del cuidado sea efectiva, ya que ha demostrado ser positiva y ventajosa cuando se lleva a cabo. En este sentido, es evidente que la APS es el servicio principal y más capacitado dentro del sistema de salud para realizar la coordinación del cuidado.

No obstante, en relación con la AEA, se necesitan más estudios que aborden este servicio de salud en cuanto a la coordinación del cuidado, ya que ha demostrado fragilidades dentro del sistema de salud. Además, se destaca que la APS, por sí sola, no es capaz de resolver todas las necesidades de salud de los usuarios, aunque resuelve en gran parte las demandas.

Esta revisión de alcance no presenta conflicto de intereses y no recibió financiamiento externo para su realización.

Referencias

1. Nakata LC, Feltrin AFS, Chaves LDP, Ferreira JBB. Concept of health care network and its key characteristics: a scoping review. Esc Anna Nery. 2020;24(2):e20190154. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0154>
2. Tofani LFN, Furtado LAC, Guimarães CF, Feliciano DGCF, Silva GR, Bragagnolo LM. Chaos, organization and creativity: integrative review on Health Care Networks. Cien Saude Colet. 2021;26(10):4769-82. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.26102020>
3. Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM. Coordination of care and Primary Health Care in the Unified Health System. Saude Debate. 2018;42(spe 1):244-60. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>

4. Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L, organizators. Atenção Primária à Saúde: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2019. 610 p. <http://doi.org/10.7476/9788575416297>
5. Vargas I, Mogollón-Pérez AS, Paepe P, Silva MRF, Unger JP, Vázquez ML. Barriers to healthcare coordination in market-based and decentralized public health systems: a qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. *Health Policy Plan*. 2016;31(6):736-48. <http://doi.org/10.1093/heapol/czv126>
6. Guedes BAP, Vale FLB, Souza RW, Costa MKA, Batista SR. The Organization of Secondary Outpatient Care at SHS-DF. *Cien Saude Colet*. 2019;24(6):2125-34. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08632019>
7. Tesser CD, Poli P. Specialized outpatient care in the Unified Health System: how to fill a void. *Cien Saude Colet*. 2017;22(3):941-51. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.18842016>
8. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias [Internet]. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde; 2013 [cited 2023 Nov 30]. 28 p. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doenças_cronicas.pdf
9. Ribeiro GJS, Grigório KFS, Pinto AA. Prevalência de internações e mortalidade por diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica em Manaus: uma análise de dados do Datasus. *Saúde (Sta. Maria)* 2021;47(1). <https://doi.org/10.5902/2236583464572>
10. Simões TC, Meira KC, Santos J, Câmara DCP. Prevalence of chronic diseases and access to health services in Brazil: evidence of three household surveys. *Cien Saude Colet*. 2021;26(9):3991-4006. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269>
11. Murray CJL, Aravkin AY, Zheng P, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi-Kangevari M, et al. GBD 2019 Risk Factors Collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396(10258):1223-49. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30752-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2)
12. Almeida PF, Santos AM. Primary Health Care: care coordinator in regionalized networks? *Rev Saude Publica*. 2016;50:80. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006602>
13. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version) [Internet]. In: Aromataris E, Munn Z, editors. *JBI Manual for Evidence Synthesis*. Adelaide: JBI; 2020 [cited 2023 Nov 30]. Available from: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
14. Honório HM, Santiago JF Júnior. Fundamentos das revisões sistemáticas em saúde. São Paulo: Santos Publicações; 2021. 200 p.
15. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec; 2006. 406 p.
16. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016. 288 p.
17. Schillinger D, Bibbins-Domingo K, Vranizan K, Bacchetti P, Luce JM, Bindman AB. Effects of primary care coordination on public hospital patients. *J Gen Intern Med*. 2000;15(5):329-36. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2000.07010.x>
18. Mills PD, Harvey PW, COAG coordinated care trial. Beyond community-based diabetes management and the COAG coordinated care trial. *Aust J Rural Health*. 2003;11(3):131-7. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1584.2003.00508.x>
19. O'Malley AS, Cunningham PJ. Patient experiences with coordination of care: the benefit of continuity and primary care physician as referral source. *J Gen Intern Med*. 2009;24(2):170-7. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0885-5>
20. MacPhail LH, Neuwirth EB, Bellows J. Coordination of diabetes care in four delivery models using an electronic health record. *Med Care*. 2009;47(9):993-9. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31819e1ffe>
21. Liu CW, Einstadter D, Cebul RD. Care fragmentation and emergency department use among complex patients with diabetes. *Am J Manag Care* [Internet]. 2010 [cited 2023 Nov 30];16(6):413-20. Available from: https://www.ajmc.com/view/ajmc_10jun_liu_413to420
22. Hummel J, Gandara BK; Health Information Exchange and Care Coordination of Diabetic Patients Between Medicine and Dentistry. *Diabetes Spectr*. 2011;24(4):205-10. <https://doi.org/10.2337/diaspect.24.4.205>.
23. Maeng DD, Martsolf GR, Scanlon DP, Christianson JB. Care coordination for the chronically ill: understanding the patient's perspective. *Health Serv Res*. 2012;47(5):1960-79. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2012.01405.x>
24. Pollack CE, Weissman GE, Lemke KW, Hussey PS, Weiner JP. Patient sharing among physicians and costs of care: a network analytic approach to care coordination using claims data. *J Gen Intern Med*. 2013;28(3):459-65. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2104-7>
25. Baldo V, Lombardi S, Coccio S, Rancan S, Buja A, Cozza S, et al. Diabetes outcomes within integrated healthcare management programs. *Prim Care Diabetes*. 2015;9(1):54-9. <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2014.03.005>
26. Katz A, Martens P, Chateau D, Bogdanovic B, Koseva I. Do primary care physicians coordinate ambulatory care

- for chronic disease patients in Canada? *BMC Fam Pract.* 2014;15:148. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-148>
27. Liss DT, Fishman PA, Rutter CM, Grembowski D, Ross TR, Reid RJ. Specialty use among patients with treated hypertension in a patient-centered medical home. *J Gen Intern Med.* 2014;29(5):732-40. <https://doi.org/10.1007/s11606-014-2776-2>
28. Segal JB, DuGoff EH. Building blocks for measuring care coordination with claims data. *Popul Health Manag.* 2014;17(4):247-52. <https://doi.org/10.1089/pop.2013.0082>
29. Weeks DL, Polello JM, Hansen DT, Keeney BJ, Conrad DA. Measuring primary care organizational capacity for diabetes care coordination: the Diabetes Care Coordination Readiness Assessment. *J Gen Intern Med.* 2014;29(1):98-103. <https://doi.org/10.1007/s11606-013-2566-2>
30. Dawda P, McRae IS, Yen L, Islam MM, Bagheri N, Jowsey T, et al. Does it matter who organises your health care? *Int J Integr Care.* 2015;15. <https://doi.org/10.5334/ijic.1598>
31. Haley WE, Beckrich AL, Sayre J, McNeil R, Fumo P, Rao VM, et al. Improving care coordination between nephrology and primary care: a quality improvement initiative using the renal physicians association toolkit. *Am J Kidney Dis.* 2015;65(1):67-9. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2014.06.031>
32. Wang MC, Mosen D, Shuster E, Bellows J. Association of patient-reported care coordination with patient satisfaction. *J Ambul Care Manage.* 2015;38(1):69-76. <https://doi.org/10.1097/JAC.0000000000000021>
33. Zlateva I, Anderson D, Coman E, Khatri K, Tian T, Fifield J. Development and validation of the Medical Home Care Coordination Survey for assessing care coordination in the primary care setting from the patient and provider perspectives. *BMC Health Serv Res.* 2015;15:226. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0893-1>
34. Lo C, Ilic D, Teede H, Fulcher G, Gallagher M, Kerr PG, et al. Primary and tertiary health professionals' views on the health-care of patients with co-morbid diabetes and chronic kidney disease - a qualitative study. *BMC Nephrol.* 2016;17(1):50. <https://doi.org/10.1186/s12882-016-0262-2>
35. Malkani S, Keitz SA, Harlan DM. Redesigning Diabetes Care: Defining the Role of Endocrinologists Among Alternative Providers. *Curr Diab Rep.* 2016;16(12):121. <https://doi.org/10.1007/s11892-016-0818-3>
36. Venancio SI, Rosa TEC, Bersusa AAS. Comprehensive care to hypertension and diabetes mellitus: implementation of the Care Line in a Health Region of São Paulo, Brazil. *Physis.* 2016;26(1):113-35. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000100008>
37. Aleluia IRS, Medina MG, Almeida PF, Vilasbôas ALQ. Care coordination in primary health care: an evaluative study in a municipality in the Northeast of Brazil. *Cien Saude Colet.* 2017;22(6):1845-56. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.02042017>
38. Fitzgerald TM, Williams PA, Dodge JA, Quinn M, Heminger CL, Moultrie R, et al. Program Implementation Approaches to Build and Sustain Health Care Coordination for Type 2 Diabetes. *Health Promot Pract.* 2017;18(2):306-13. <https://doi.org/10.1177/1524839916643705>
39. Provost S, Pineault R, Grimard D, Pérez J, Fournier M, Lévesque Y, et al. Implementation of an integrated primary care cardiometabolic risk prevention and management network in Montréal: does greater coordination of care with primary care physicians have an impact on health outcomes? *Health Promot Chronic Dis Prev Can.* 2017;37(4):105-13. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.37.4.01>
40. Talley MH, Polancich S, Williamson JB, Frank JS, Curry W, Russell JF, et al. Improving Population Health Among Uninsured Patients with Diabetes. *Popul Health Manag.* 2018;21(5):373-7. <https://doi.org/10.1089/pop.2017.0170>
41. Van-Eeghen CO, Littenberg B, Kessler R. Chronic care coordination by integrating care through a team-based, population-driven approach: a case study. *Transl Behav Med.* 2018;8(3):468-80. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibx073>
42. Vimalananda VG, Dvorin K, Fincke BG, Tardiff N, Bokhour BG. Patient, Primary Care Provider, and Specialist Perspectives on Specialty Care Coordination in an Integrated Health Care System. *J Ambul Care Manage.* 2018;41(1):15-24. <https://doi.org/10.1097/JAC.0000000000000219>
43. Benzer JK, Singer SJ, Mohr DC, McIntosh N, Meterko M, Vimalananda VG, et al. Survey of Patient-Centered Coordination of Care for Diabetes with Cardiovascular and Mental Health Comorbidities in the Department of Veterans Affairs. *J Gen Intern Med.* 2019;34(Suppl 1):43-9. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-04979-8>
44. Lee JJ, Bae SG. Implementation of a care coordination system for chronic diseases. *Yeungnam Univ J Med.* 2019;36(1):1-7. <https://doi.org/10.12701/yujm.2019.00073>
45. McLendon SF, Wood FG, Stanley N. Enhancing diabetes care through care coordination, telemedicine, and education: evaluation of a rural pilot program. *Public Health Nurs.* 2019;36:310-20. <https://doi.org/10.1111/phn.12601>
46. Mohr DC, Benzer JK, Vimalananda VG, Singer SJ, Meterko M, McIntosh N, et al. Organizational Coordination and Patient Experiences of Specialty Care Integration. *J Gen Intern Med.* 2019;34(Suppl 1):30-6. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-04973-0>
47. Williams MD, Asiedu GB, Finnie D, Neely C, Egginton J, Finney Rutten LJ, et al. Sustainable care coordination: a qualitative study of primary care provider, administrator, and

- insurer perspectives. *BMC Health Serv Res.* 2019;19(1):92. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3916-5>
48. Benzer JK, Gurewich D, Singer SJ, McIntosh NM, Mohr DC, Vimalananda VG, et al. A Mixed Methods Study of the Association of Non-Veterans Affairs Care With Veterans' and Clinicians' Experiences of Care Coordination. *Med Care.* 2020;58(8):696-702. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001338>
49. Harrison JM, Oganisian A, Grande DT, Mitra N, Chhabra M, Chaiyachati KH. Economic outcomes of insurer-led care management for high-cost Medicaid patients. *Am J Manag Care.* 2020;26(7):310-6. <https://doi.org/10.37765/ajmc.2020.43769>
50. Mateo-Abad M, González N, Fullaondo A, Merino M, Azkargorta L, Giné A, et al. Impact of the CareWell integrated care model for older patients with multimorbidity: a quasi-experimental controlled study in the Basque Country. *BMC Health Serv Res.* 2020;20(613). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05473-2>
51. Blignault I, Norsa L, Blackburn R, Bloomfield G, Beets K, Jalaludin B, et al. "You Can't Work with My People If You Don't Know How to": Enhancing Transfer of Care from Hospital to Primary Care for Aboriginal Australians with Chronic Disease. *Int J Enviro Res Public Health.* 2021;18(14):7233. <https://doi.org/10.3390/ijerph18147233>
52. Chen CC, Cheng SH. Care Continuity and Care Coordination: A Preliminary Examination of Their Effects on Hospitalization. *Med Care Res Rev.* 2021;78(5):475-89. <https://doi.org/10.1177/1077558720903882>
53. Cook JA, Jonikas JA, Steigman PJ, Glover CM, Burke-Miller JK, Weidenar J, et al. Registry-Managed Care Coordination and Education for Patients With Co-occurring Diabetes and Serious Mental Illness. *Psychiatr Serv.* 2021;72(8):912-9. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000096>
54. Helmersen M, Sørensen M, Lukasse M, Laine HK, Garnweidner-Holme L. Women's experience with receiving advice on diet and Self-Monitoring of blood glucose for gestational diabetes mellitus: a qualitative study. *Scand J Prim Health Care.* 2021;39(1):44-50. <https://doi.org/10.1080/02813432.2021.1882077>
55. Jindal D, Sharma H, Gupta Y, Ajay VS, Roy A, Sharma R, et al. Improving care for hypertension and diabetes in India by addition of clinical decision support system and task shifting in the national NCD program: I-TREC model of care. *BMC Health Serv Res.* 2022;22(1):688. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08025-y>
56. Rêgo AS, Santos FGT, Radovanovic CAT, Arnaldo JGS, Martins MA, Silva M, et al. Coordenação do cuidado na perspectiva das pessoas com hipertensão na atenção primária à saúde. *Medicina (Ribeirão Preto).* 2022;55(2):e-181413. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2022.181413>
57. Beltrammi DGM, Reis AAC. The fragmentation of the universal healthcare systems and the hospitals as its agents and outcomes. *Saude Debate.* 2019;43(spe5):94-103. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S508>
58. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002. 726 p.
59. Paim JS. Universal health systems and the future of the Brazilian Unified Health System (SUS). *Saude Debate.* 2019;43(spe5):15-28. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S502>
60. Toledo PPS, Santos EM, Cardoso GCP, Abreu DMF, Oliveira AB. Electronic Health Record: a systematic review of the implementation under the National Humanization Policy guidelines. *Cien Saude Colet.* 2021;26(6):2131-40. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.39872020>
61. Rodrigues RM, Lima AO, Santos RC, Ferreira IS, Sousa AMR. Analysis of the implantation of the Electronic Prontuary of the Citizen (PEC) of the e-SUS AB in the Horizonte - CE municipality. *Rev Controle.* 2023;21(2):231-74. <https://doi.org/10.32586/rdca.v21i2.834>
62. Ribeiro SP, Cavalcanti MLT. Primary Health Care and Coordination of Care: device to increase access and improve quality. *Cien Saude Colet.* 2020;25(5):1799-808. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34122019>
63. Paes LG, Fermo VC, Figueiredo MCAB, Mello ALSF. Care management in primary health care: a constructivist grounded theory. *Texto Contexto Enferm.* 2021;30:e20200578. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0578>
64. Pavão ALB, Werneck GL, Saboga-Nunes L, Sousa RA. Assessment of health literacy in diabetic patients followed at a public outpatient clinic. *Cad Saude Publica.* 2021;37(10):e00084819. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00084819>
65. Silocchi C, Junges JR, Moehleck V, Diercks MS. Institutionalization of care practices for chronic conditions and the management of assistance in Primary Health Care. *Interface (Botucatu).* 2021;25:e200506. <https://doi.org/10.1590/interface.200506>
66. Melo EA, Gomes GG, Carvalho JO, Pereira PHB, Guabiraba KPL. Access Regulation to Specialized Outpatient Care and the Primary Health Care in National Policies of SUS. *Physis.* 2021;31(1):e310109. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310109>
67. Bernardino SV Junior, Medeiros CRG, Souza CF, Kich J, Alves AM, Castro LC. Referral processes to services specialized in cardiology and endocrinology for Primary Health Care. *Saude Debate.* 2020;44(126):694-707. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012608>

68. Sousa SM, Bernardino E, Peres AM, Martins MM, Goncalves LS, Lacerda MR. The role of nurses in the integration of care for people with chronic noncommunicable diseases. Rev Esc Enferm USP. 2021;55:e20200131. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0131>

Contribución de los autores

Concepción y dibujo de la pesquisa: Virgílio Luiz Marques de Macedo, Tânia Cristina Morais Santa Barbara Rehem. **Obtención de datos:** Virgílio Luiz Marques de Macedo, Naira Pereira de Sousa, Tânia Cristina Morais Santa Barbara Rehem. **Ánalisis e interpretación de los datos:** Virgílio Luiz Marques de Macedo, Naira Pereira de Sousa, Ana Cristina dos Santos, Walterlânia Santos, Marina Morato Stival, Tânia Cristina Morais Santa Barbara Rehem. **Ánalisis estadístico:** Virgílio Luiz Marques de Macedo, Ana Cristina dos Santos, Walterlânia Santos, Marina Morato Stival, Tânia Cristina Morais Santa Barbara Rehem. **Redacción del manuscrito:** Virgílio Luiz Marques de Macedo, Naira Pereira de Sousa, Ana Cristina dos Santos, Walterlânia Santos, Marina Morato Stival, Tânia Cristina Morais Santa Barbara Rehem. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Virgílio Luiz Marques de Macedo, Naira Pereira de Sousa, Ana Cristina dos Santos, Walterlânia Santos, Marina Morato Stival, Tânia Cristina Morais Santa Barbara Rehem.

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Recibido: 30.11.2023
Aceptado: 07.08.2024

Editora Asociada:
Karina Dal Sasso Mendes

Copyright © 2025 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.