



ACCESO ABIERTO

Autoría

Eduardo Luna de Oliveira Torres^{1*}

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-1938-0153>

*Correspondiente: eduardo.torres@cejam.org.br

Institución

¹ Centro de Estudos e Pesquisas Doutor João Amorim (CEJAM), São Paulo, SP, Brasil.

Cómo citar este artículo • Derechos de autor[©]

Torres ELO. Coordinación del Cuidado entre Urgencias y Atención Primaria para Pacientes con Enfermedades Crónicas. Rev. Tec. Cient. CEJAM. 2026;5:e202650055. DOI: <https://doi.org/10.59229/2764-9806.RTCC.e202650055>.

Editores

Abel Silva de Meneses • Editor Jefe

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1632-2672>

André Ramalho • Editor Científico

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8099-3043>

Sumisión

07-07-2026

Aprobación

08-08-2026

Relato de Experiencia

Coordinación del Cuidado entre Urgencias y Atención Primaria para Pacientes con Enfermedades Crónicas

Coordenação do Cuidado entre Urgência e Atenção Primária para Pacientes com Doenças Crônicas

Care Coordination Between Emergency and Primary Health Care for Patients with Chronic Diseases

Resumen

Objetivos: Describir el desarrollo de un modelo organizacional de coordinación del cuidado para pacientes con enfermedades crónicas descompensadas atendidos en un servicio público de urgencias y emergencias, con el fin de fortalecer la integración con la Atención Primaria de Salud y la continuidad asistencial. **Método:** Relato de experiencia elaborado conforme a la guía Standards for Quality Improvement Reporting Excellence (SQUIRE 2.0), desarrollado en un servicio público de urgencias y emergencias del Sistema Único de Salud de Brasil. El modelo se desarrolló a partir del análisis de los procesos asistenciales, la evidencia científica y la experiencia institucional, incorporando criterios de elegibilidad, plan estructurado de alta, comunicación entre los niveles asistenciales, seguimiento longitudinal e indicadores de desempeño. **Resultados:** El modelo incorporó la coordinación del cuidado al flujo asistencial del servicio de urgencias mediante la identificación de pacientes elegibles, el plan estructurado de alta, la integración con la Atención Primaria de Salud y el seguimiento de la continuidad asistencial. Además, estableció indicadores para el monitoreo del desempeño asistencial. **Conclusión:** El modelo fortalece la integración entre los servicios de urgencias y la Atención Primaria de Salud, ampliando el papel de los servicios de urgencias en la coordinación del cuidado de personas con enfermedades crónicas y ofreciendo una estrategia organizacional potencialmente transferible para el Sistema Único de Salud de Brasil.

Descriptores: Coordinación de la Atención al Paciente; Atención Primaria de Salud; Enfermedad Crónica; Servicios Médicos de Urgencia; Continuidad de la Atención al Paciente.

Resumo

Objetivo: Descrever o desenvolvimento de um modelo organizacional de coordenação do cuidado para pacientes com doenças crônicas descompensadas atendidos em um serviço público de urgência, visando fortalecer a integração com a Atenção Primária à Saúde e a continuidade assistencial. **Método:** Relato de experiência elaborado conforme a diretriz Standards for Quality Improvement Reporting Excellence (SQUIRE 2.0), desenvolvido em um pronto-socorro público do Sistema Único de Saúde. O modelo foi construído com base na análise dos processos assistenciais, na literatura científica e na experiência institucional, estruturando critérios de elegibilidade, plano de alta, comunicação entre os níveis assistenciais, monitoramento longitudinal e indicadores. **Resultados:** O modelo fortalece a integração entre urgência e Atenção Primária, ampliando o papel dos serviços de urgência na coordenação do cuidado de pessoas com doenças crônicas e oferecendo estratégia organizacional potencialmente reproduzível no Sistema Único de Saúde.

Descritores: Coordenação da Assistência ao Paciente; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Serviços Médicos de Emergência; Continuidade da Assistência ao Paciente.

Abstract

Objective: To describe the development of an organizational care coordination model for patients with decompensated chronic diseases treated in a public emergency care service, aiming to strengthen integration with Primary Health Care and continuity of care. **Method:** An experience report developed in accordance with the Standards for Quality Improvement Reporting Excellence (SQUIRE 2.0) guidelines in a public emergency care service within the Brazilian Unified Health System. The model was developed based on the analysis of clinical workflows, scientific evidence, and institutional experience, incorporating eligibility criteria, a structured discharge plan, communication between levels of care, longitudinal follow-up, and performance indicators. **Results:** The model incorporated care coordination into emergency care workflows by organizing the identification of eligible patients, structured discharge planning, integration with Primary Health Care, and continuity of care. It also established indicators to monitor care performance. **Conclusion:** The model strengthens integration between emergency services and Primary Health Care, expanding the role of emergency care in coordinating care for patients with chronic diseases and providing a potentially transferable organizational strategy for the Brazilian Unified Health System.

Descriptors: Care Coordination; Primary Health Care; Chronic Disease; Emergency Medical Services; Continuity of Patient Care.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) representan uno de los principales desafíos actuales para los sistemas de salud debido a su elevada prevalencia, al impacto sobre la morbilidad y la mortalidad, y a la necesidad de un seguimiento longitudinal y coordinado en la Red de Atención a la Salud (RAS)^(1,2). El envejecimiento de la población, la multimorbilidad y el aumento de la demanda de cuidados continuos aumentan la complejidad de la atención, lo que exige modelos organizacionales capaces de integrar los diferentes puntos de atención, mejorar los resultados clínicos y promover una mayor eficiencia en la atención^(3,4). En este contexto, la coordinación de la atención constituye uno de los pilares para la organización de los sistemas de salud orientados a las necesidades de la población⁽⁵⁻⁷⁾.

En el Sistema Único de Salud (SUS), la Red de Atención a la Salud fue concebida para superar la fragmentación de los servicios mediante la integración entre los diferentes niveles de atención y la responsabilidad compartida por la atención^(1,8). En este modelo, la Atención Primaria de Salud (APS) desempeña un papel central como coordinadora de la atención y responsable del seguimiento a largo plazo de las personas con afecciones crónicas⁽⁹⁻¹⁰⁾. Sin embargo, persisten los desafíos relacionados con la integración entre los puntos de atención, la comunicación entre los servicios y la continuidad asistencial, especialmente después de la atención en servicios de urgencia y emergencia⁽⁵⁻¹⁰⁾.

Aunque tradicionalmente se centran en la estabilización clínica de episodios agudos, los servicios de urgencias atienden a un gran número de pacientes con enfermedades crónicas descompensadas, como hipertensión arterial, diabetes mellitus y otras afecciones que requieren seguimiento continuo. Tras el alta, muchos regresan a su hogar sin mecanismos estructurados de reintegración a la atención primaria, lo que favorece la discontinuidad en la atención, la recurrencia de consultas y hospitalizaciones potencialmente evitables^(7,10).

En este contexto, las transiciones de la atención (care transitions) se han reconocido como un componente esencial de la coordinación asistencial^(2,11). El paso entre diferentes niveles de atención representa un momento crítico para la continuidad de la atención, y estrategias como los planes estructurados de alta, la comunicación estandarizada entre servicios y el seguimiento longitudinal demuestran su potencial para fortalecer la integración de la atención y reducir las reingresos evitables^(2,11-12).

Los principios del Triple Objetivo, posteriormente ampliados por el Cuádruple Objetivo, y de la atención médica basada en el valor (Value-Based Healthcare) refuerzan la idea de que la generación de valor depende de la capacidad de los sistemas para producir mejores resultados clínicos a lo largo de la trayectoria de atención de las personas con afecciones crónicas^(3,4,13). Sin embargo, siguen siendo escasas las experiencias que describen modelos organizacionales capaces de utilizar la atención en servicios de urgencias como una oportunidad para fortalecer la coordinación de la atención entre urgencias y la atención primaria, y la mayoría de las iniciativas siguen centradas en la resolución del episodio agudo⁽⁵⁻¹⁰⁾.

Ante este panorama, resulta importante presentar experiencias que amplíen el papel de los servicios de urgencias como componentes estratégicos de la Red de Atención de la Salud, fortaleciendo la integración entre los servicios de urgencias y la atención primaria y favoreciendo la continuidad de la atención a las personas con enfermedades crónicas.

MÉTODO

Tipo de estudio

Se trata de un informe de experiencia, elaborado de acuerdo con la guía Standards for Quality Improvement Reporting Excellence (SQUIRE 2.0)⁽¹⁴⁾, de la Red EQUATOR, que describe el desarrollo de un modelo organizacional orientado a fortalecer la coordinación de la atención de pacientes con enfermedades crónicas descompensadas atendidos en un servicio público de urgencias, favoreciendo su integración con la APS.

Contexto del estudio

La experiencia se llevó a cabo en un servicio de urgencias público municipal de acceso libre, que forma parte de la Red de Atención a las Urgencias del SUS, ubicado en Barueri (SP) y administrado por una Organización Social de Salud. La unidad atiende aproximadamente 25 000 casos al mes, lo que incluye una elevada demanda de pacientes con enfermedades crónicas descompensadas que requieren seguimiento a largo plazo por parte de la APS.

Población beneficiada

El modelo se desarrolló para pacientes con enfermedades crónicas descompensadas atendidos en la unidad de urgencias, especialmente aquellos con hipertensión arterial, diabetes mellitus, multimorbilidad, visitas recurrentes o necesidad de seguimiento a largo plazo. Su estructura puede adaptarse a otras afecciones clínicas que requieran integración entre los diferentes niveles de la Red de Atención de la Salud.

Desarrollo del modelo organizacional

El modelo se construyó a partir del análisis de los procesos asistenciales, de la literatura científica⁽¹⁻¹³⁾ y de la experiencia institucional, identificando debilidades en la continuidad de la atención tras el alta de urgencias. Se estructuró en cinco componentes organizacionales: criterios de elegibilidad; plan estructurado de alta; comunicación entre los niveles de atención; seguimiento longitudinal; indicadores de proceso y de resultado.

Flujo institucional

El flujo asistencial comienza con la identificación de los pacientes elegibles durante la atención en urgencias, seguida de la estratificación clínica, la elaboración del plan estructurado de alta, la comunicación con la APS y el seguimiento longitudinal mediante indicadores, con el objetivo de fortalecer la integración entre los diferentes puntos de la Red de Atención de la Salud.

Indicadores

Se definieron indicadores de proceso y de resultado para monitorear la implementación del modelo y evaluar su contribución a la coordinación de la atención, la continuidad asistencial y la integración entre el servicio de urgencias y la APS. Los indicadores abarcan la identificación de pacientes elegibles, la elaboración de planes de alta, la comunicación entre los niveles de atención, la asistencia a la APS, la recurrencia de consultas y las hospitalizaciones potencialmente evitables.

Aspectos éticos y de integridad

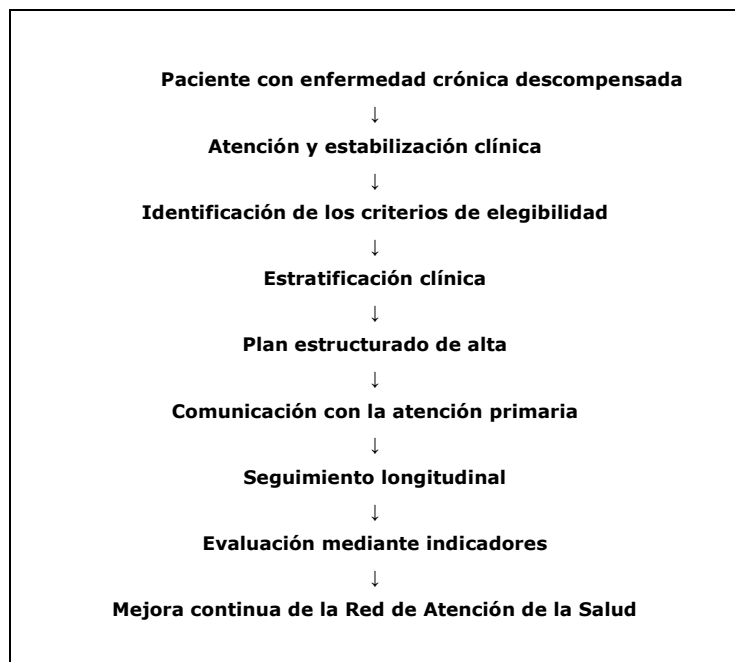
La experiencia describe el desarrollo de un modelo organizacional basado en información institucional agregada, sin utilizar datos clínicos individualizados ni identificar a pacientes ni profesionales. El manuscrito preserva la confidencialidad de la información de atención médica y se elaboró en el contexto de las actividades institucionales de gestión y mejora de la calidad, de conformidad con los principios éticos aplicables a la protección de datos y a la integridad científica.

RESULTADOS

Desarrollo del modelo organizacional

Se desarrolló un modelo organizacional para fortalecer la coordinación de la atención de pacientes con enfermedades crónicas descompensadas atendidos en un servicio de urgencias público, estructurando el servicio de urgencias como un punto estratégico de integración con la Red de Atención de la Salud. El modelo incorpora la coordinación de la atención al flujo asistencial de la unidad, organizando la identificación de los pacientes elegibles, la transición a la atención primaria de salud y el seguimiento de la continuidad asistencial. La Figura 1 presenta el flujo institucional desarrollado.

Figura 1 - Modelo organizacional de coordinación de la atención entre el servicio de urgencias y la atención primaria de salud, Barueri (SP), Brasil, 2026.



Fuente: Elaboración propia.

Componentes organizacionales del modelo

El modelo se estructuró en cinco componentes organizacionales que orientan la coordinación de la atención entre los servicios de urgencias y la atención primaria de salud, presentados en el Cuadro 1.

Cuadro 1 - Componentes organizativos del modelo de coordinación de la atención, Barueri (SP), Brasil, 2026.

Componente	Finalidad
Criterios de elegibilidad	Identificar a los pacientes prioritarios para la coordinación de la atención
Plan estructurado de alta	Organizar el seguimiento tras la estabilización clínica
Comunicación entre los niveles de atención	Compartir información entre urgencias y la atención primaria
Monitoreo longitudinal	Acompañar la continuidad de la atención
Indicadores	Evaluar el desempeño y la mejora continua

Fuente: Elaboración propia.

Indicadores de proceso

Se definieron indicadores de proceso y de resultado para monitorear la implementación del modelo y evaluar su contribución a la coordinación de la atención, la continuidad asistencial y la integración entre la atención de urgencias y la atención primaria de salud. Los indicadores propuestos se presentan en el Cuadro 2.

Cuadro 2 - Indicadores del modelo organizacional de coordinación de la atención, Barueri (SP), Brasil, 2026.

Tipo	Indicador	Objetivo
Proceso	Pacientes elegibles identificados	Evaluar la capacidad de identificación de los pacientes prioritarios para la coordinación de la atención.
Proceso	Planes estructurados de alta elaborados	Verificar el cumplimiento del modelo organizacional.
Proceso	Comunicación con la atención primaria de salud	Evaluar la integración entre los diferentes niveles de atención.
Proceso	Derivaciones realizadas	Monitorear la continuidad de la atención tras el alta de urgencias.
Resultado	Asistencia a la atención primaria tras el alta	Evaluar la continuidad de la atención.
Resultado	Regreso al servicio de urgencias en 30 días	Evaluar la recurrencia temprana de las consultas.
Resultado	Regreso al servicio de urgencias en 90 días	Evaluar la efectividad del seguimiento a largo plazo.
Resultado	Hospitalizaciones potencialmente evitables	Evaluar los resultados de la atención relacionados con las afecciones crónicas.
Resultado	Continuidad de la atención	Evaluar la integración entre los puntos de la Red de Atención de la Salud.

Fuente: Elaboración propia.

Organización del flujo asistencial

El modelo estructuró un flujo institucional basado en la identificación de los pacientes elegibles, la estratificación clínica, un plan estructurado de alta, la comunicación con la atención primaria y el seguimiento longitudinal. Esta organización amplía el papel de la unidad de urgencias en la coordinación de la atención y establece una estructura permanente de evaluación mediante indicadores, lo que favorece la mejora continua de los procesos asistenciales.

DISCUSIÓN

El principal hallazgo de este informe fue el desarrollo de un modelo organizacional capaz de incorporar la coordinación de la atención al flujo asistencial de un servicio público de urgencias, ampliando el papel tradicional de estos servicios en la Red de Atención de la Salud.

A diferencia de los modelos centrados exclusivamente en la estabilización clínica del episodio agudo, la propuesta presentada estructura el servicio de urgencias como un punto estratégico para la identificación de pacientes con enfermedades crónicas descompensadas, la elaboración de planes estructurados de alta y la articulación con la atención primaria de salud. Esta reorganización amplía la capacidad del servicio para contribuir a la continuidad asistencial y a la reducción de la fragmentación de la atención.

La coordinación de la atención es reconocida internacionalmente como uno de los atributos esenciales de la atención primaria de salud y uno de los principales mecanismos para mejorar la calidad de los sistemas organizados en redes de atención^(5,7,9-10). Sin embargo, su efectividad depende de la existencia de procesos formales de comunicación, intercambio de información y rendición de cuentas entre los diferentes niveles de atención.

El modelo desarrollado busca responder a esta necesidad al establecer criterios objetivos de elegibilidad, mecanismos estandarizados de comunicación y seguimiento longitudinal, lo que favorece una actuación integrada entre la atención de urgencias y la atención primaria. En este sentido, la experiencia acerca el servicio de urgencias a la lógica de las redes de atención de salud, reduciendo las barreras tradicionalmente asociadas a la fragmentación asistencial.

Otro aspecto relevante se refiere a la continuidad de la atención tras el alta de urgencias. La literatura demuestra que los pacientes con enfermedades crónicas suelen sufrir discontinuidad en la atención durante la transición entre diferentes servicios, especialmente cuando no existen planes estructurados de alta ni una comunicación efectiva entre los profesionales involucrados⁽⁷⁻¹¹⁾. Estas brechas favorecen el abandono del seguimiento, el uso repetitivo de los servicios de urgencias y hospitalizaciones potencialmente evitables. El modelo propuesto busca transformar el alta de urgencias en un proceso organizado de transición de la atención (care transition), en el que la definición del seguimiento asistencial pasa a integrarse en la propia planificación terapéutica realizada durante la atención del episodio agudo.

Esta perspectiva se alinea directamente con los modelos contemporáneos de transiciones de atención^(2,11), ampliamente utilizados en sistemas de salud orientados a la integración asistencial. Más allá de la simple transferencia administrativa del paciente entre servicios, la transición de la atención supone un intercambio estructurado de la información clínica, una definición clara de las responsabilidades entre los profesionales y un seguimiento a largo plazo después del alta. Al incorporar estas etapas al flujo institucional, el modelo refuerza la seguridad del paciente, reduce las pérdidas de información entre los diferentes puntos de la red y amplía la capacidad institucional para coordinar trayectorias asistenciales más continuas y eficaces.

La propuesta también presenta elementos relacionados con la navegación del paciente (patient navigation)⁽¹²⁾. Aunque originalmente se desarrollaron para poblaciones oncológicas y grupos vulnerables, los modelos de navegación se han ido incorporando progresivamente al manejo de las enfermedades crónicas, ya que favorecen el acceso oportuno a los servicios, reducen las barreras organizativas y apoyan al paciente durante su trayectoria asistencial. En el modelo aquí descrito, la identificación de los pacientes elegibles, la elaboración del plan estructurado de alta y el seguimiento longitudinal constituyen mecanismos organizacionales que facilitan la navegación del usuario por la Red de Atención de la Salud, lo que contribuye a una mayor integración entre los diferentes niveles de atención.

Desde la perspectiva de la gestión en salud, el modelo también se acerca a los principios de la atención de salud basada en el valor (Value-Based Healthcare)^(4,13), al desplazar el enfoque de la atención de la resolución aislada del episodio agudo hacia la generación de valor a lo largo de la trayectoria del paciente. La incorporación de indicadores relacionados con la asistencia a la atención primaria, la recurrencia de las consultas, las

hospitalizaciones potencialmente evitables y la continuidad asistencial amplía la capacidad de evaluar resultados relevantes para los pacientes, los gestores y los sistemas de salud. De esta manera, el servicio de urgencias deja de entenderse únicamente como un lugar para la resolución inmediata de complicaciones clínicas y pasa a formar parte de estrategias orientadas a producir mejores resultados en salud, un uso más eficiente de los recursos y el fortalecimiento de la coordinación de la atención.

Aunque el modelo se desarrolló en una sola unidad pública de urgencias, sus componentes organizacionales tienen potencial para adaptarse a diferentes contextos del Sistema Único de Salud^(1,8). Los criterios de elegibilidad, los planes estructurados de alta, la comunicación estandarizada, el seguimiento longitudinal y la evaluación mediante indicadores constituyen estrategias compatibles con diferentes niveles de complejidad asistencial y pueden ser incorporadas progresivamente por otras instituciones interesadas en fortalecer la integración entre la atención de urgencias y la atención primaria. Esta característica amplía la posibilidad de replicar la experiencia y refuerza su potencial como instrumento de reorganización de los procesos asistenciales.

Por último, este informe amplía la comprensión sobre el papel estratégico de los servicios de urgencias en la Red de Atención de la Salud^(1,8) al demostrar que estos servicios pueden actuar como importantes mecanismos de coordinación de la atención⁽⁵⁻⁷⁾ para pacientes con enfermedades crónicas. Al integrar principios de la atención primaria, las transiciones de la atención, la orientación del paciente y la atención médica basada en el valor^(4,13), el modelo presentado contribuye a reducir la fragmentación asistencial y ofrece una estrategia organizacional potencialmente aplicable a otros servicios públicos de salud que busquen fortalecer la continuidad de la atención y la integración de las redes de atención de salud.

Limitaciones del estudio

Este estudio presenta limitaciones inherentes al diseño de informe de experiencia y al carácter organizacional de la intervención descrita. El modelo se desarrolló a partir de la realidad de un único servicio de urgencias público municipal, insertado en el contexto específico de la Red de Atención de Salud, lo que puede limitar su transferencia directa a instituciones con características asistenciales, organizacionales y estructurales diferentes.

Además, el manuscrito describe el desarrollo de un modelo organizacional y sus componentes, sin contemplar la evaluación cuantitativa de su implementación ni de sus impactos sobre los indicadores asistenciales y los resultados clínicos. De este modo, aunque se definieron indicadores de proceso y de resultado para monitorear su implementación, la efectividad del modelo deberá confirmarse en estudios futuros que evalúen su aplicación en diferentes contextos organizacionales.

Otra limitación se refiere a la complejidad inherente a la coordinación de la atención, que depende no solo de los procesos desarrollados en el servicio de urgencias, sino también de la capacidad de articulación entre los diferentes puntos de la Red de Atención de la Salud, de la disponibilidad de recursos en la atención primaria, de la comunicación interinstitucional y del compromiso de los profesionales involucrados. Estos factores pueden influir en la implementación y los resultados del modelo en distintos escenarios.

A pesar de estas limitaciones, la descripción sistematizada del modelo organizacional, basada en evidencia científica y alineada con los principios de la coordinación de la atención, las redes de atención de salud y la mejora de la calidad, ofrece un marco de referencia potencialmente aplicable para respaldar iniciativas de integración asistencial en otros servicios públicos de urgencias y emergencias.

Aportes a la ciencia

Este informe contribuye a ampliar la comprensión sobre el papel estratégico de los servicios de urgencias y emergencias en la coordinación de la atención de personas con enfermedades crónicas, demostrando que estos servicios pueden actuar como componentes activos de la Red de Atención de la Salud y no solo como lugares destinados al manejo de episodios agudos.

Al estructurar un modelo organizacional basado en criterios de elegibilidad, un plan estructurado de alta, la comunicación entre los niveles de atención, el seguimiento longitudinal e indicadores de desempeño, el estudio ofrece un marco sistematizado para fortalecer la integración entre los servicios de urgencias y la atención primaria de salud.

El modelo propuesto también amplía el diálogo entre los marcos de referencia de la coordinación de la atención, las transiciones de la atención (care transition), la orientación del paciente (patient navigation) y la generación de valor en salud (Value-Based Healthcare), acercando conceptos ampliamente discutidos en la literatura internacional a la realidad organizacional del Sistema Único de Salud. De esta manera, contribuye a reducir la brecha entre la producción científica y la implementación práctica de estrategias orientadas a la continuidad asistencial y a la integración de las Redes de Atención de Salud.

Además, el estudio ofrece una estructura organizativa potencialmente reproducible en otros servicios públicos de urgencias y emergencias, proporcionando recursos para gestores, profesionales e investigadores interesados en la reorganización de los procesos asistenciales, el fortalecimiento de la gobernanza en red y la implementación de modelos de atención centrados en las necesidades de las personas con afecciones crónicas.

CONCLUSIÓN

El modelo organizativo desarrollado demuestra que los servicios públicos de urgencias pueden desempeñar un papel estratégico en la coordinación de la atención a las personas con enfermedades crónicas, ampliando su actuación más allá de la estabilización clínica del episodio agudo. Al incorporar criterios estructurados de elegibilidad, un plan de alta, la comunicación entre los diferentes niveles de atención, el seguimiento longitudinal y la evaluación mediante indicadores, el modelo fortalece la integración entre los servicios de urgencias y la atención primaria de salud, lo que favorece la continuidad asistencial y reduce la fragmentación de la atención.

Los resultados evidencian que la organización de flujos institucionales orientados a las transiciones de la atención permite transformar el alta de urgencias en una oportunidad para reorganizar la trayectoria asistencial de los pacientes en la Red de Atención de la Salud. De esta manera, la coordinación de la atención deja de ser una atribución exclusiva de la atención primaria y pasa a constituir una responsabilidad compartida entre los diferentes puntos de la red, fortaleciendo la gobernanza clínica y la integración de los servicios.

Aunque el modelo se desarrolló en el contexto específico del Sistema Único de Salud, sus componentes organizacionales tienen potencial para adaptarse a diferentes servicios públicos de urgencias y emergencias, respetando las particularidades locales y los distintos niveles de madurez organizacional. El uso de indicadores de proceso y de resultado también permite monitorear continuamente su implementación y respaldar ciclos permanentes de mejora de la calidad.

Por último, este informe reitera que la reorganización de los procesos de atención representa una estrategia viable para fortalecer la coordinación de la atención y la continuidad asistencial de las personas con enfermedades crónicas. La experiencia presentada amplía el papel de la atención de urgencia en la Red de Atención de la Salud, ofreciendo un modelo organizacional potencialmente reproducible para otros servicios del Sistema Único de Salud y sentando las bases para futuras evaluaciones sobre sus impactos en los resultados clínicos, organizacionales y en la generación de valor en salud.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Transparencia en la contribución de los autores según la taxonomía [CRediT](#).

Conceptualización	Eduardo Luna de Oliveira Torres
Curación de datos	Eduardo Luna de Oliveira Torres
Análisis formal	No Aplicable
Captación de fondos	No Aplicable
Investigación	Eduardo Luna de Oliveira Torres
Metodología	Eduardo Luna de Oliveira Torres
Administración del proyecto	Eduardo Luna de Oliveira Torres
Recursos	Eduardo Luna de Oliveira Torres
Software	No Aplicable
Supervisión	Eduardo Luna de Oliveira Torres
Validación	Eduardo Luna de Oliveira Torres
Visualización	Eduardo Luna de Oliveira Torres
Redacción - borrador original	Eduardo Luna de Oliveira Torres
Redacción - revisión y edición	Eduardo Luna de Oliveira Torres

DECLARACIONES

Conflictos de intereses	No Aplicable
Financiamiento	No Aplicable
Aprobación ética	No Aplicable
Agradecimientos	No Aplicable
Preprint	No Aplicable
Inteligencia Artificial	No Aplicable

TRADUCCIÓN

La traducción de este artículo ha sido realizada con la ayuda de la inteligencia artificial [DeepL Translator](#) a partir de la versión original escrita en portugués (Brasil). La versión traducida fue sometida a la supervisión del equipo editorial, que consistió en una revisión editorial de alcance limitado. Las traducciones asistidas por inteligencia artificial pueden presentar variaciones en el idioma nativo.

REFERENCIAS

- Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2nd ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
- Naylor MD, Aiken LH, Kurtzman ET, Olds DM, Hirschman KB. The care span: the importance of transitional care in achieving health reform. Health Aff. 2011;30(4):746-754.
- Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The Triple Aim: care, health, and cost. Health Aff. 2008;27(3):759-769.
- Porter ME. What is value in health care? N Engl J Med. 2010;363(26):2477-2481.
- Halberstadt BMK, Bousquat A, Almeida PF, et al. Coordenação do cuidado de usuários com condições crônicas na atenção primária à saúde: descrição interpretativa. Texto Contexto Enferm. 2025;34:e20240258. doi:10.1590/1980-265X-TCE-2024-0258pt.

6. Polati AM, Sarti TD, Fontenelle LF, Almeida PSC. Coordenação de cuidados na atenção primária para indivíduos com doenças crônicas. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2024;57(4):e220586. doi:10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2024.220586.
7. Khatri R, et al. Continuity and care coordination of primary health care: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2023;23:750. doi:10.1186/s12913-023-09718-8.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
9. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. New York: Oxford University Press; 1998.
10. Gerlach FM, et al. A strong and sustainable primary care system is associated with a lower risk of hospitalization in high-risk patients. *Sci Rep*. 2021;11:4349. doi:10.1038/s41598-021-83962-y.
11. Coleman EA, Boult C. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *J Am Geriatr Soc*. 2003;51(4):556-557.
12. Freeman HP. The origin, evolution, and principles of patient navigation. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2012;21(10):1614-1617.
13. Bodenheimer T, Sinsky C. From Triple to Quadruple Aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med*. 2014;12(6):573-576.
14. Ogrinc G, Davies L, Goodman D, Batalden P, Davidoff F, Stevens D. SQUIRE 2.0 (Standards for QQuality Improvement Reporting Excellence): revised publication guidelines from a detailed consensus process. *BMJ Qual Saf*. 2016;25(12):986-992. doi:10.1136/bmjqs-2015-004411.