

TREBALL DE FI DE MÀSTER

Màster de Salut Pública

Universitat Pompeu Fabra – Universitat Autònoma de Barcelona

La coordinació i la continuïtat de l'atenció sanitària i social dels pacients adults majors amb necessitats complexes: una *Scoping Review*

Alumna: Mireia Miralpeix Llopart

Directores: Constanza Vásquez Vera, Ingrid Vargas Lorenzo, María Luisa Vázquez Navarrete

Institució: Serveis d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut (SEPPS)
Consorci de Salut i Social de Catalunya (CSC)



Barcelona, 06 de Maig de 2025

A través del document present, nosaltres Constanza Vázquez Vera, Ingrid Vargas y María Luisa Vázquez AUTORITZEM a MIREIA MIRALPEIX LLOPART a presentar el Treball de Fi de Màster del Màster de Salut Pública de la UPF/UAB pel curs 2024-2025 titulat: **“La coordinació i la continuïtat de l’atenció sanitària i social dels pacients adults majors amb necessitats complexes: una Scoping Review”** i que serà enviat per publicació a la següent revista:

Nom de la revista: Gaceta Sanitaria		
	Normativa de la revista	Article TFM
Número de paraules del resum	250	247
Número de paraules	3000	2982
Número de taules i figures	6	4
Número de referències	100	43

En constància firmem,



Constanza Vázquez Vera



Ingrid Vargas Lorenzo



María Luisa Vázquez Navarrete

RESUM

Introducció: L'augment de l'esperança de vida ha incrementat els adults majors amb necessitats complexes que requereixen una atenció sanitària i social coordinada. Tot i l'existència d'estudis sobre aquesta problemàtica, manca una sistematització que reculli les interrelacions i complexitats que defineixen la coordinació i continuïtat de l'atenció entre serveis sanitaris i socials.

Objectiu: Sintetitzar el coneixement existent sobre la coordinació i la continuïtat entre l'atenció sanitària i social de pacients adults majors amb necessitats complexes.

Mètode: Es va realitzar una revisió sistemàtica d'abast (Scoping Review) seguint la guia PRISMA-ScR. Es van incloure estudis qualitius i quantitatius que analitzessin la coordinació i/o continuïtat assistencial en persones de 65 anys o més amb comorbiditat i/o dependència, sense restriccions geogràfiques ni temporals. Es van excloure estudis que no relacionessin l'atenció social amb la sanitària. L'anàlisi es va basar en el marc teòric desenvolupat pel Servei d'Estudis i Perspectives en Polítiques de Salut (SEPPS).

Resultats: Tot i l'escassa evidència disponible —amb només 10 estudis inclosos (9 qualitius i 1 quantitatiu) de 93 articles revisats entre 2005 i 2024—, s'identifica una coordinació limitada entre serveis socials i sanitaris, amb absència de circuits formals, referents clars i intercanvi d'informació. La continuïtat assistencial es veu afectada per dificultats d'accés, repetició de la història clínica i inestabilitat dels vincles professionals. Els pacients valoren els referents estables, mentre que els professionals reclamen lideratge i estructures compartides. Com a facilitadors, destaquen la co-localització, la comunicació directa i les figures d'enllaç. Només un estudi avalua l'impacte d'una intervenció.

ABSTRACT

Introduction: The increase in life expectancy has increased the number of older adults with complex needs that require coordinated health and social care. Despite the existence of studies on this issue, there is a lack of systematization that captures the interrelationships and complexities that define the coordination and continuity of care between health and social services.

Objective: To synthesize existing knowledge on the coordination and continuity of health and social care for older adult patients with complex needs.

Method: A systematic scoping review was conducted following the PRISMA-ScR guideline. Qualitative and quantitative studies that analyzed the coordination and/or continuity of care in people aged 65 or older with comorbidity and/or dependency were included, without geographical or temporal restrictions. Studies that did not relate social care to health were excluded. The analysis was based on the theoretical framework developed by the Health Policy Studies and Prospectives Service (SEPPS).

Results: Despite the limited evidence available —with only 10 studies included (9 qualitative and 1 quantitative) out of 93 articles reviewed between 2005 and 2024—, limited coordination between social and health services is identified, with an absence of formal circuits, clear references and exchange of information. Continuity of care is affected by difficulties in access, repetition of clinical history and instability of professional links. Patients value stable references, while professionals demand leadership and shared structures. Co-location, direct communication and liaison figures stand out as facilitators. Only one study evaluates the impact of an intervention.

INTRODUCCIÓ

L'envelliment de la població és un fenomen demogràfic global que ha despertat l'interès de governs, sistemes sanitaris i investigadors arreu del món¹. Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS), el nombre de persones de 60 anys superarà els 2.000 milions l'any 2050. Aquest creixement implica un augment significatiu del nombre de persones adultes majors amb patologies cròniques, fragilitat física i psicosocial, i necessitats complexes^{2,3} plantejant reptes importants en la prestació de serveis sanitaris i socials efectius i eficients^{4,5}.

Aquest increment demogràfic implica una major demanda de serveis continuats i adaptats, que requereixen una combinació simultània de suports sanitaris i socials⁶. La manca d'una coordinació entre serveis sanitaris i socials pot comportar desajustos rellevants en el procés d'atenció, sobretot pels pacients adults majors amb necessitats complexes⁷.

Històricament, els sistemes de salut han estat organitzats de manera que els serveis sanitaris i socials operin de manera independent, amb poc intercanvi d'informació i recursos entre ells⁸. Aquesta separació ha donat lloc a una atenció fragmentada, dificultant la navegació d'aquests pacients i, traduint-se en un augment d'hospitalitzacions, insatisfacció i una degradació de la qualitat de vida del pacient^{9,10}. Davant d'aquesta situació, s'han desenvolupat estratègies per millorar la coordinació entre serveis sanitaris i socials, com ara la incorporació de gestors de casos, la creació d'equips multidisciplinaris intersectorials o el desenvolupament de sistemes d'informació compartida. Tanmateix, la seva implantació és desigual: la qualitat, l'abast i la integració d'aquestes iniciatives poden variar molt segons el territori i el sistema de salut¹¹⁻¹³.

Així doncs, l'atenció d'aquestes persones requereixen d'una coordinació entre serveis sanitaris com socials, per donar resposta i assegurar la continuïtat^{14,15}. En aquest context, la coordinació i la continuïtat assistencial emergeixen com dos elements clau. Ara bé, pel que fa a la coordinació i la continuïtat, existeixen diversos marcs teòrics i definicions, sovint sense un consens clar¹⁵. En aquest treball, ens centrarem en el marc teòric desenvolupat pel Servei d'Estudis i Perspectives en Polítiques de Salut (SEPPS) per emmarcar el nostre anàlisi on la coordinació de l'atenció es defineix com la connexió harmoniosa entre serveis necessaris per a l'atenció assistencial del pacient tant socials com sanitaris, independentment del lloc on es proporcionin. Així mateix, la continuïtat de l'atenció es considera el resultat de la coordinació, però des de la perspectiva dels pacients^{16,17}. En aquest marc, la coordinació i la continuïtat es concreten en diferents tipus que recullen atributs específics propis de cada concepte. Es distingeixen tres tipus de coordinació assistencial (informació, gestió i administrativa) i tres de continuïtat (informació, gestió i relacional)^{16,17}.

L'evidència disponible sobre la coordinació i la continuïtat entre serveis sanitaris i socials en l'atenció a persones adultes majors amb necessitats complexes és escassa i fragmentada. Tot i que alguns estudis han analitzat components rellevants, ho fan de manera parcial i separada, sense abordar conjuntament ni amb profunditat els dos conceptes. Meranius et al.¹⁸ analitzen la gestió de l'atenció sanitària i social, incloent aspectes com el lideratge i la continuïtat, però sense aprofundir en la coordinació específica entre serveis. Kjelsnes et al.¹⁹ estudien models d'atenció integrada que poden afavorir la coordinació, però no desenvolupen el concepte de continuïtat de manera central ni

detallada. Horgan et al.²⁰ aborden l'atenció integrada per a persones grans amb necessitats complexes i destaquen la importància de la coordinació i la continuïtat, tot i que no les analitzen específicament entre serveis sanitaris i socials. En conjunt, aquests estudis evidencien que no existeix cap estudi que analitzi de forma específica la coordinació i continuïtat de l'atenció sanitària i social en pacients adults majors amb necessitats complexes, subratllant que hi ha un buit que cal investigar.

Així doncs, aquest estudi es presenta per explorar de manera àmplia i sistemàtica, quin és l'estat de la qüestió pel que fa a la coordinació i la continuïtat entre serveis sanitaris i socials en l'atenció a l'adult major amb necessitats complexes. Aquesta aproximació permetrà descriure l'evidència disponible, assenyalar els buits de coneixement i, a més llarg termini, poder contribuir a informar el desenvolupament de polítiques i estratègies que garanteixin una atenció més cohesionada, integral i centrada en la persona.

MÈTODES

Es va dur a terme una revisió sistemàtica d'abast (scoping review) seguint les directrius metodològiques PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews)²¹ amb l'objectiu d'identificar l'evidència disponible sobre la coordinació i la continuïtat assistencial entre els serveis d'atenció sanitària i social en adults majors amb necessitats complexes, sense restriccions temporals ni geogràfiques.

Es van incloure estudis de tipus quantitatiu, qualitatiu i/o de mètodes mixtos que analitzessin la coordinació i/o la continuïtat entre serveis sanitaris i serveis socials en adults majors (>65 anys) amb necessitats complexes, enteses com situacions de comorbiditat i/o dependència. Es van excloure els estudis en què l'atenció social no estigués relacionada amb la salut, així com els estudis que abordessin exclusivament una sola malaltia, si no s'emmarcava dins un context de comorbiditat i/o dependència. Així mateix es van excloure articles que no estiguessin en català, castellà o anglès.

La cerca bibliogràfica es va dur a terme a les bases de dades científiques PubMed, MEDLINE, Redalyc i Scopus, així com al cercador Google Scholar. També es va utilitzar l'eina de cerca basada en intel·ligència artificial Research Rabbit²². A MEDLINE/PubMed, la cerca es va construir combinant termes MeSH i paraules clau lliures mitjançant els operadors booleans "AND" i "OR". A la resta de bases de dades es van utilitzar paraules clau i els seus equivalents en català, castellà o anglès, segons correspongués (Annex 1). Addicionalment, es va dur a terme una cerca manual de les referències bibliogràfiques dels articles seleccionats i de literatura prèviament identificada.

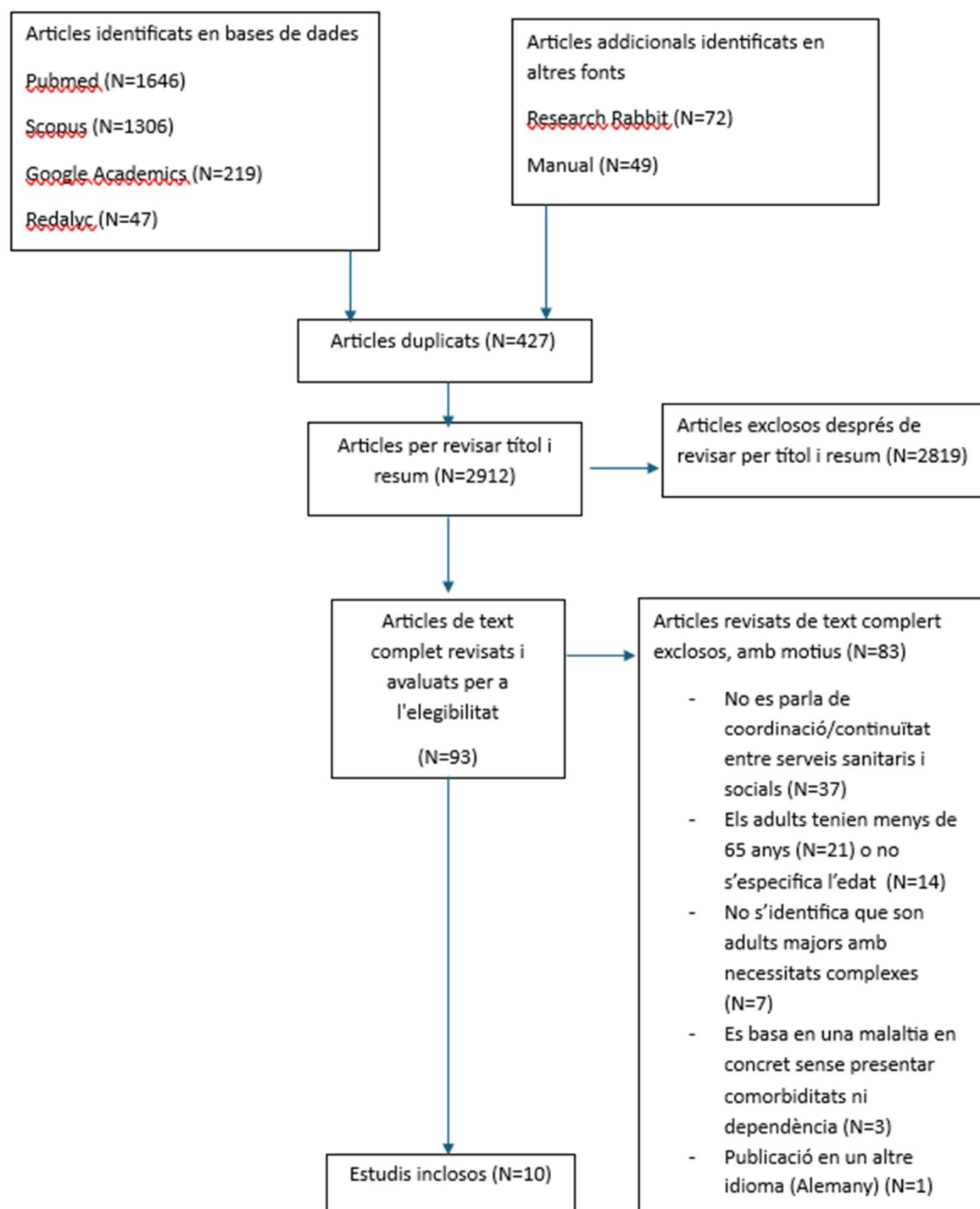
La selecció inicial dels articles es va realitzar mitjançant la revisió dels títols i resums, seguida de la lectura completa dels articles considerats potencialment elegibles. Qualsevol discrepància en la decisió d'inclusió va ser resolta mitjançant una revisió independent per part dels membres de l'equip investigador.

Es van extreure dades dels articles seleccionats relatives a les característiques de l'estudi (autoria, any de publicació, país, metodologia, població i mostra d'estudi, font de dades, serveis i professionals sanitaris i socials implicats) i els resultats principals vinculats als elements analitzats. La informació es presenta en taules agrupades segons si els estudis tractaven la coordinació o la continuïtat assistencial, i segons el tipus de metodologia utilitzada (quantitativa o qualitativa). L'anàlisi dels resultats es va estructurar segons el marc teòric desenvolupat pel SEEPS¹⁶.

RESULTATS

Es van identificar un total de 2912 articles, un cop eliminats els duplicats, provinents tant de les bases de dades científiques com de fonts addicionals, dels quals es van revisar 93 a text complet, i 10 van complir els criteris d'inclusió (Figura 1).

Figura 1. Diagrama del procés de selecció d'estudis segons PRIMA per Scoping Reviews



Característiques dels estudis seleccionats

La revisió inclou 10 estudis publicats entre 2005 i 2024, amb una concentració majoritària en l'última dècada. Del total, 9 són qualitatius^{18,23-30} i 1 és quantitatiu³¹. Cap dels estudis utilitza mètodes mixtos.

Els estudis s'han dut a terme principalment a Europa, amb presència destacada del Regne Unit (4) i Suècia (2), i un estudi per país a Finlàndia, Dinamarca, Canadà, Estats Units i Argentina. Un d'ells²⁴ adopta una perspectiva comparativa entre Suècia i Dinamarca.

Els estudis mostren gran heterogeneïtat pel que fa als objectius, metodologies i grau d'atenció a la coordinació i continuïtat entre serveis socials i sanitaris. Només una mínima part de l'evidència aborda de manera específica aquests dos conceptes, centrals per a l'atenció de persones grans amb necessitats complexes. Només dos estudis^{24,28} tenen com a objectiu principal analitzar la coordinació i/o la continuïtat: el primer des d'una perspectiva focalitzada en la coordinació i el segon mitjançant un marc conceptual sobre la continuïtat que també incorpora aspectes de coordinació.

La resta d'estudis només s'hi aproximen parcialment i es poden agrupar en tres enfocaments: els que aborden altres aspectes i inclouen la coordinació o la continuïtat de forma secundària^{18,23,26,30}; els que se centren en factors que influeixen en la coordinació i continuïtat^{25,27,29}; i els que avaluen l'impacte d'intervencions sobre la coordinació assistencial³¹. Aquest panorama posa en evidència una manca important de coneixement acumulat sobre la coordinació i continuïtat, malgrat el seu paper clau en l'atenció integrada.

Els serveis implicats en la coordinació o continuïtat són, en l'àmbit sanitari, l'atenció primària, l'atenció hospitalària i l'atenció domiciliària; i en l'àmbit social, els serveis socials municipals^{18,23-31}, principalment entre metges i infermeres d'atenció primària i treballadors socials^{25,28}, amb la participació puntual de figures com gestors de casos, navegadors de cures o professionals d'enllaç^{25,27}. Aquestes interaccions sovint busquen facilitar la planificació conjunta i el seguiment compartit, però es desenvolupen habitualment sense circuits formals ni eines d'intercanvi d'informació compartides^{24,29}.

Tot i que alguns estudis descriuen iniciatives per millorar la connexió entre serveis, molt pocs avaluen formalment l'efectivitat d'aquestes intervencions³¹.

La coordinació entre els serveis socials i sanitaris (Taula 1 i Taula 2)

Dels estudis qualitatius (n=6), només un aborda la coordinació com a objectiu principal²⁴. Aquest estudi se centra en el procés d'alta hospitalària i analitza tant la coordinació de la informació com la coordinació de la gestió. Els resultats mostren un intercanvi d'informació limitat i informal entre infermeres, metges d'atenció primària i treballadors socials, amb una comunicació predominantment unidireccional i absència de circuits formals. Això es tradueix en una planificació poc estructurada que genera inseguretat clínica i organitzativa, així com retards en l'activació de recursos per la dependència²⁴.

La resta d'articles aborden la coordinació entre serveis socials i sanitaris de manera secundària. Tots aquests estudis analitzen tant la coordinació de la informació com la de la gestió, posant en relleu diversos problemes que dificulten una coordinació efectiva entre serveis. Entre aquests problemes de coordinació destaca la manca de sistemes d'informació compartits, les dificultats d'accés a dades rellevants i l'absència de referents clarament identificables, especialment en moments de transició com l'alta hospitalària^{25,26,29}. Aquestes disfuncions tenen com a conseqüència una major responsabilitat assumida per les famílies en el seguiment posthospitalari i la gestió de l'atenció domiciliària, que pot generar situacions de sobrecàrrega i desorientació²⁹. També s'hi recullen dificultats derivades de la manca d'objectius compartits entre serveis socials i sanitaris, que limiten la capacitat d'oferir una atenció coordinada i centrada en la persona²⁸.

Quant als factors que influeixen en la coordinació, s'identifiquen barreres i facilitadors. Entre les barreres més assenyalades hi ha la manca de confiança i de coneixement mutu entre professionals de diferents àmbits, la complexitat burocràtica i les dificultats per compartir informació, així com l'absència de protocols i circuits formals per estructurar la comunicació i les derivacions^{25,26,28}. Com a facilitadors, alguns estudis destaquen la co-localització dels serveis, que permet un contacte més directe i continu entre professionals, així com el coneixement interpersonal previ, que afavoreix la fluïdesa en la comunicació²⁷, les figures d'enllaç, com els gestors de casos o els professionals dedicats específicament a la coordinació, que actuen com a pont entre serveis socials i sanitaris i contribueixen a millorar el seguiment i la continuïtat de l'atenció^{25,27,28}.

Només es va identificar un estudi quantitatiu (n=1), amb disseny pre-post i seguiment a 6 mesos, que avalua l'impacte d'una intervenció per millorar la coordinació assistencial entre serveis socials i sanitaris, amb l'objectiu de facilitar la permanència de les persones grans al domicili. El treball analitza una estratègia de reforç de l'atenció domiciliària mitjançant la coordinació estructurada entre treballadors socials municipals i professionals d'atenció primària (metges, infermeres i gestors de casos). Els resultats mostren una millora en la coordinació de la gestió i la informació entre serveis, especialment a través de contactes directes, intercanvi d'informació útil i ajustos dels plans d'atenció. Malgrat això, s'identifica una comunicació encara limitada, i majoritàriament unidireccional (principalment iniciats pels serveis socials), i poca participació dels professionals sanitaris en reunions conjuntes.

La continuïtat entre els serveis socials i sanitaris (Taula 3)

Pel que fa a la continuïtat assistencial, es van identificar sis estudis qualitius (n=6). Un d'ells té com a focus principal l'anàlisi de la continuïtat mitjançant un marc conceptual específic, i ressalta com l'absència d'un professional de referència limita la consistència de l'atenció, l'accessibilitat i el vincle amb els pacients²⁸.

En la resta d'estudis, la continuïtat es tracta de manera secundària. S'hi destaca la manca de transmissió d'informació i de coneixement acumulat entre serveis, amb la repetició constant de la història clínica per part dels pacients^{18,30}. Aquesta situació fragmenta l'atenció i incrementa la

càrrega emocional i administrativa per a les persones ateses. També s'observen altres barreres com l'accés limitat als serveis, la rigidesa organitzativa i la manca de punts de contacte estables²³

Quant als factors relacionats influeixen en la continuïtat, es destaca la importància de disposar d'un professional estable i conegut, que millora la confiança, reforça el vincle i facilita una trajectòria assistencial més coherent²⁷. Sense aquest suport, la continuïtat es veu greument compromesa i es genera una experiència fragmentada i impersonal.

TAULA 1. ARTICLES QUALITATIUS QUE ABORDEN LA COORDINACIÓ ENTRE SERVEIS SOCIALS I SANITARIS

Autor i Any	País	Població i mostra d'estudi	Recol·lecció de dades	Tipus de serveis sanitaris i socials i professionals, dels quals s'analitza la coordinació.	Resultats principals	
2023, Janne Agerholm ²⁴	Dinamarca (Copenhaguen) i Suècia (Estocolm)	Infermeres hospitalàries i domiciliàries en la coordinació del procés d'alta hospitalària a Copenhaguen (n=11) i Estocolm(n=6)	Entrevistes semiestructurades (desembre 2018-abril 2019).	Serveis sanitaris Metges AP Infermeres d'AP i AH Serveis socials TS de SS municipals	Coordinació de la informació	Intercanvi d'informació La comunicació al domicili entre infermeres i serveis socials és informal i esporàdica. La comunicació entre hospital i serveis socials pot ser unidireccional i limitada (especialment a Copenhaguen), Factor relacionat: Manca de circuits formals.
					Coordinació de la gestió	Consistència de l'atenció Limitada planificació compartida que causa inseguretat clínica i organitzativa en les altes. Factor relacionat: Comunicació entre hospital i serveis socials unidireccional i limitada
						Accessibilitat entre serveis Retard de l'alta i la posada en marxa de la en cobertura en l'atenció a la dependència. Factor relacionat: La falta de contacte entre serveis sanitaris i socials
2013. Markus Gustafsson ²⁵	Suècia	Gestors de casos amb experiència laboral prèvia. (com infermeres, auxiliars o terapeutes ocupacionals) (N=9)	Observacions participants, entrevistes individuals i grupals (2012- 2013)	Serveis sanitaris Metges AP Infermeres AH i AD Serveis socials TS SS municipals Gestors de casos de SS municipals	Coordinació de la informació	Intercanvi de la informació Els gestors de casos no tenen accés a la informació clínica i genera duplicitats de dades i inseguretat informativa. Factor relacionat: Falta d'informació compartida entre serveis socials i sanitaris
					Coordinació de la gestió	Consistència: Atenció coherent entre serveis amb planificació conjunta i processos compartits amb professionals de l'atenció primària, serveis socials municipals, hospitals. Factor relacionat: Gestors de casos com a facilitadors.
						Seguiment entre serveis Seguiment personalitzat de la planificació conjunta i processos compartits entre professionals de l'atenció primària, serveis socials municipals, hospitals i famílies Factor relacionat: Gestors de casos com a facilitadors. Accessibilitat entre serveis Els gestors de casos milloren l'accessibilitat entre serveis, facilitant l'entrada, orientació i seguiment dels pacients dins el sistema sociosanitari. Factor relacionat: Gestors de casos com a facilitadors.

2020, Ruta Valaitis ²⁶	Canadà	Proveïdors d'atenció mèdica (metges? i serveis socials (que treballen en atenció domiciliària (N= 21)	Focus grups (n=4), amb 21 professionals (12 AP / 9 SS)	Serveis sanitaris Metges AP Infermeres AP i AD Serveis socials TS SS municipals Gestors de casos de SS municipals	Coordinació de la informació	Intercanvi de la informació La manca de comunicació entre serveis socials i atenció primària dificulta la coordinació i condueix a una atenció fragmentada. Factor relacionat: Falta de comunicació entre serveis socials i serveis sanitaris.
					Coordinació de la gestió	Accessibilitat entre serveis Falta d'accés a informació clara, criteris canviants i sistemes informàtics desconnectats, limiten l'accés efectiu als serveis Factor relacionat: Complexitat del sistema i manca de circuits formals.
						Seguiment entre serveis Limitació de les derivacions entre serveis socials i sanitaris. Factor relacionat: La falta de confiança i coneixement entre professionals sanitaris i socials
					Coordinació administrativa	Els processos burocràtics complexos (documents legals, consentiments, criteris d'elegibilitat) dificulten l'intercanvi d'informació entre serveis i es converteixen en una barrera per a l'accés i la coordinació de l'atenció.
2021, Hajira Dambha-Miller ²⁷	Regne Unit	Professionals de l'àmbit sanitari, social i comunitari (N=30).	Entrevistes semiestructurades (Juny 2020- Setembre 2020)	Serveis sanitaris Metges AP Infermeres AP i AD Professionals AH Serveis socials Prescriptors socials TS SS municipals Gestors de casos de SS municipals Serveis del tercer sector	Coordinació de la informació	Intercanvi d'informació. La co-localització afavoreix la comunicació informal i construeix vincles de confiança, facilitant equips interdisciplinaris més sòlids i resolutius. Factor relacionat: Co-localització com a facilitador.
					Coordinació de la gestió	Seguiment entre serveis Els rols d'interfície com "social prescriptors" o "care navigators" enllacen serveis socials i sanitaris, facilitant recursos i seguiment post alta. Factor relacionat: Rols d'interfície com a facilitadors

2020, Julie MacInnes ²⁸	Regne Unit	Professionals de serveis sanitaris i socials (N=6)	Entrevistes semiestructurades, grup focal, qüestionaris, anàlisi documental i notes de camp.	Serveis sanitaris Metges AP Infermeres AP i AD Serveis socials TS de SS municipals Gestors de casos socials de SS municipals Representants del tercer sector	Coordinació de la informació	Intercanvi d'informació Malgrat les limitacions informàtiques, sanitaris i socials compartien informació clínica i social de forma efectiva Factor relacionat: Iniciativa i comunicació directa entre serveis sanitaris i socials
					Coordinació de la gestió	Mecanisme de coordinació per retroalimentació Les infermeres articulen l'actuació de professionals de diferents àmbits (sanitari, social i comunitari), millorant la coordinació mitjançant la centralització de la informació i la resposta ràpida i flexible a les necessitats dels usuaris. Factor relacionat: Infermeria com a facilitador.
2021, Amanda L. Brewster ²⁹	Estat Units	Representants de serveis sanitaris (hospitals, atenció primària, asseguradores, salut a domicili) i serveis socials (habitatge, transport, nutrició, serveis legals, agències de l'envel·liment). (N=175)	Entrevistes qualitatives realitzades (setembre de 2015 i setembre de 2016).	Serveis sanitaris Metges AP Infermeres AP i AD Serveis socials TS de SS municipals Gestors de casos socials de SS municipals	Coordinació de la informació	Intercanvi d'informació falta d'interoperabilitat tecnològica dins dels serveis socials, generant tensions entre serveis i dificultant una resposta integrada. Factor relacionat: Manca de comunicació efectiva entre serveis socials i sanitaris
					Coordinació de la gestió	Consistència de l'atenció La presència d'un objectiu comú i coherent entre organitzacions socials i sanitàries (ex. creació conjunta de centres de dia) afavoreix la consistència de l'atenció i l'alineació entre serveis. Factor relacionat: Objectius compartits entre serveis socials i sanitaris.

AP: Atenció Primària; AD: Atenció Domiciliària; AH: Atenció hospitalària; SS: Serveis Socials; TS: Treballadors socials

TAULA 2. ARTICLES QUANTITATIUS QUE ABORDEN LA COORDINACIÓ ENTRE SERVEIS SOCIALS I SANITARIS

Autor i Any	País	Tipus d'estudi	Població i mostra d'estudi	Recol·lecció de dades	Tipus de serveis sanitaris i socials i professionals, dels quals s'analitza la coordinació	Variables	Tipus de coordinació	Resultats principals
2005, Barbara Davey ³¹	UK	Pre-post amb seguiment a 6 mesos,	Professionals de SS i Sanitaris (TS, metges AP, infermeres AP).	Entrevistes estructurades	Serveis sanitaris Metges AP Infermeres AP i AD Serveis socials TS de SS municipals Gestors de casos socials de SS municipals	-Tipus de comunicació (cara a cara vs telefònic). -Direccionalitat de la comunicació (unidireccional vs bidireccional). - Percentatge de contactes considerats útils. - Percentatge de modificació del pla d'atenció social.	Coordinació de la informació	Intercanvi i utilització de la informació En els equips co-localitzats es va registrar més contacte cara a cara, tot i que la major part de la comunicació continuava sent telefònica i unidireccional (58%) des dels serveis socials. La limitada transferència d'informació entre serveis va fer que només un de cada 3 dels contactes entre treballadors socials i metges fossin útils. Factor relacionat: Falta de comunicació entre serveis socials i sanitaris.
							Coordinació de la gestió	Consistència de l'atenció Els contactes entre treballadors socials i infermeria van ser valorats com útils en un 90% dels casos, especialment per facilitar la coordinació de la cura, compartir informació sobre l'estat del pacient i ajustar serveis. En un 30% dels casos, aquesta col·laboració va implicar canvis en el pla social d'atenció. Factor relacionat: Col·laboració estructurada entre professionals socials i sanitaris.

AP: Atenció Primària; AD: Atenció Domiciliària; AH: Atenció hospitalària; SS: Serveis Socials; TS: Treballadors socials

TAULA 3. ARTICLES QUALITATIUS QUE ABORDEN CONTINUITAT ENTRE SERVEIS SOCIALS I SANITARIS

Autor i Any	País	Població i mostra d'estudi	Recol·lecció de dades	Tipus de serveis sanitaris i socials i professionals, dels quals s'analitza la continuïtat	Tipus de continuïtat assistencial	Resultats principals
2006, Markus Themsel-Huber ³⁰	UK	Adults majors (80 anys o més) de quatre regions diferents del Regne Unit que havien tingut més de dues admissions d'emergència en els cinc anys anteriors a l'estudi. (N=18)	Entrevistes semiestructurades (2003-2004).	Serveis sanitaris Metges AP Metges AH Infermeres AP I AD Serveis socials TS municipals Coordinadors/es de SS municipals	Continuïtat de la informació	Transferència de la informació Desconeixement de l'existència de transferència d'informació entre els professionals socials i sanitaris. Falta d'informació als pacients i de participació en decisió sobre el suport domiciliari abans de l'alta hospitalària. Factor relacionat: Manca de comunicació entre serveis sanitaris i socials
					Continuïtat de la gestió	Flexibilitat Els serveis oferts per suport social no s'adaptaven a les necessitats de salut dels pacients. Percepció d'abandonament per part dels serveis. Factor relacionat: Manca de coneixement dels pacients per part de serveis socials i sanitaris.
					Continuïtat de relació	Víncle pacient-professional La voluntat de preservar la independència portava molts pacients a contactar amb familiars abans que amb professionals. Factor relacionat: Manca de confiança en serveis sanitaris i socials.
2015, Martina Summer Meraniu ¹⁸	Suècia	Receptors de cures (n=20), familiars (N=13), integrants del Consell de Familiars (n=1)	Entrevistes individuals a domicili i discussió en grups en entorn de conferència.	Serveis sanitaris: Metges AP i AH Infermeres AP Infermera gestora de casos Serveis socials TS de SS	Continuïtat de la informació	Transferència d'informació Els pacients repeteixen la seva història davant de diferents professionals generant una percepció de desconexió, pèrdua de resultats i manca d'informació adequada i oportuna, sobretot en l'alta hospitalària. Factor relacionat: Manca de transferència d'informació entre serveis sanitaris i socials.
					Continuïtat de la gestió	Consistència de l'atenció Els familiars sovint assumeixen el seguiment i la coordinació entre serveis, la qual cosa genera una percepció de descoordinació i sobrecàrrega Factor relacionat: Manca de referents professionals clarament identificats.
						Flexibilitat Els pacients perceben que l'atenció social i sanitària no s'adapta a la seva realitat i necessitats.

						Factor relacionat: Manca d'adaptació conjunta entre serveis socials i sanitaris. Accessibilitat entre serveis Els pacients expressen dificultats per accedir als serveis socials i sanitaris a nivell general després de l'alta a causa que no saben a qui recórrer i no reben informació clara sobre els recursos disponibles. Factor relacionat: Manca de circuits formals estructurals.
					Factor relacionat	Context més ampli La separació estructural entre el sistema sanitari i el social a Suècia dificulta una atenció integrada i coordinada, ja que no hi ha una responsabilitat clarament definida ni una cultura de treball conjunt centrada en la persona.
2024, Jenna Peiponen ²³	Finlàndia	Adults majors amb necessitats complexes que accedeixen als serveis socials a Finlàndia. (N=18)	Entrevistes individuals realitzades entre maig i setembre de 2021.	Serveis sanitaris Metges AP i AD Serveis socials TS de SS municipals TS diaconals	Continuïtat de la gestió	Accessibilitat entre serveis Les persones grans perceben l'accés als serveis com a difícil, i sovint depenen de familiars per gestionar-lo. Factor relacionat: La burocràcia, la digitalització i la manca de referents entre serveis sanitaris i socials.
					Continuïtat relacional	Vincle pacient-professional Desconfiança cap als professionals, especialment quan no es comprenen les funcions del treballador social. Factor relacionat: Manca de comunicació de serveis socials i serveis sanitaris. Estabilitat del professional Les persones grans valoren molt la relació sostinguda amb el mateix treballador social municipal, ja que genera confiança i afavoreix una millor comprensió de la seva situació. Factor relacionat: Treballador social únic com a facilitador.
					Factor relacionat	Historial d'experiències prèvies Les experiències negatives anteriors amb treballadors socials o serveis comunitaris poden generar rebuig i desconexió futura, limitant la continuïtat de la relació amb el sistema.
2021. Hajira Dambha-Miller ²⁷	Anglaterra	Cuidadors/familiars (N=6) i 1 pacient.	Entrevistes semiestructurades realitzades per	Serveis sanitaris Metges AP Infermeres AP i AD Professionals AH	Continuïtat de la informació	Transferència d'informació. Els pacients i familiars han de repetir sovint la seva història davant de diversos professionals- Factor relacionat: Manca de comunicació entre serveis

			telèfon, entre juny i setembre de 2020	Serveis socials Prescriptors socials TS SS municipals Gestors de casos de SS municipals Serveis del tercer sector	Continuïtat de la gestió Continuïtat de la relació	Accessibilitat entre serveis Els pacients i cuidadors relaten dificultats per accedir als recursos de serveis socials i sanitaris. Factor relacionat: Manca de professionals referents entre serveis socials i sanitaris i manca d'estructura del sistema. Víncle pacient-professional. Els pacients valoren tenir un referent únic entre serveis, ja que això millora la confiança i redueix l'estrès causat per la fragmentació. Factor relacionat: La proximitat física entre serveis i la figura d'un professional estable com a facilitador.
2020, Julie MacInnes ²⁸	UK	Pacients (N=15), cuidadors informals (N=4)	Entrevistes semiestructurades, grup focal, qüestionari, anàlisi documental i notes de camp.	Serveis sanitaris Metges AP Infermeres AP i AD Serveis socials TS de SS municipals Gestors de casos socials de SS municipals Representants del tercer sector	Continuïtat de la informació Continuïtat de la gestió Continuïtat de la relació	Transferència de la informació Els pacients han de repetir la seva història a diferents professionals Factor relacionat: Manca de comunicació entre serveis socials i sanitaris. Coneixement acumulat Els pacients valoren que el professional de referència conegui bé la seva història i situació personal, ja que això els fa sentir compresos, segurs i amb menys necessitat d'explicar-se repetidament. Factor relacionat: Professional de referència com a facilitador. Consistència de l'atenció La matrona de pràctica actua com a coordinadora de l'atenció i punt únic de contacte, facilitant la comunicació entre serveis i assegurant la continuïtat dels recursos i derivacions. Factor relacionat: Figura referent com a facilitador. Accessibilitat entre serveis Els pacients valoren l'accessibilitat immediata de les infermeres, mentre que critiquen la dificultat d'accedir als serveis socials. Factor relacionat: Serveis socials sovint canalitzats per sistemes centralitzats i impersonals. Dimensió: Estabilitat del professional Quan el pacient té una relació estable amb un professional de referència, aportant una sensació de confiança i continuïtat entre serveis socials i sanitaris Factor relacionat: Professional de referència com a facilitador.

AP: Atenció Primària; AD: Atenció Domiciliària; AH: Atenció hospitalària; SS: Serveis Socials; TS: Treballadors Social

DISCUSSIÓ

Aquesta revisió ha analitzat l'escassa evidència existent sobre la coordinació i la continuïtat assistencial entre serveis socials i sanitaris en l'atenció a persones adultes majors amb necessitats complexes. A partir de la síntesi de deu estudis, s'ha constatat que la coordinació depèn sovint de la comunicació informal i de l'esforç individual dels professionals^{24,25,29}, davant la manca de protocols clars, sistemes d'informació compartits i figures de referència definides^{25,26}. Respecte continuïtat, s'observen dificultats per garantir seguiment, estabilitat de vincles i coherència en la transmissió d'informació clínica^{27,28,30}. A més, s'han identificat buits rellevants, com l'absència d'anàlisis integrades amb enfocament sanitari i social^{25,26,28}, la poca incorporació de les experiències de pacients i cuidadors^{18,23}, i l'escassetat d'avaluacions formals de les intervencions orientades a la integració assistencial^{23,25,26}.

Les percepcions difereixen segons el col·lectiu. Els pacients destaquen la importància de comptar amb referents professionals estables al llarg del seu recorregut assistencial^{18,23,30}, en línia amb la literatura que destaca que l'estabilitat afavoreix la confiança, la comprensió mútua i una millor experiència d'atenció^{15,32}. En canvi, els professionals participants posen l'accent en la necessitat de lideratge clar i estructures de coordinació compartides, com ara protocols comuns, espais de treball conjunt i eines compartides^{24-26,29}. Aquesta demanda també troba suport en estudis previs, que assenyalen que l'atenció integrada requereix no només voluntat col·laborativa, sinó també condicions organitzatives que la facin possible^{33,34}.

Aquesta doble mirada no ha estat sempre tan present: si bé històricament la coordinació s'ha conceptualitzat des d'una perspectiva organitzativa, el gir cap a models centrats en la persona ha fet aflorar amb més claredat aquestes dues dimensions, especialment en contextos d'envelliment i multimorbiditat³⁵.

Els resultats no només constaten mancances en la coordinació i la continuïtat, sinó que qüestionen la capacitat del sistema per oferir una resposta integrada i sostenible. El predomini de la comunicació informal i l'absència de sistemes compartits no són disfuncions tècniques, sinó el símptoma d'un model assistencial que no parteix d'una lògica intersectorial^{34,36}. Les dificultats per garantir la continuïtat reflecteixen una responsabilitat difusa, sovint delegada als professionals. Les percepcions recollides reforcen aquesta lectura: la demanda de referents estables i d'un marc organitzatiu clar expressa la necessitat d'un canvi de paradigma. Cal superar les solucions puntuals i avançar cap a una arquitectura institucional i tecnològica que sostingui la integració com a pràctica estructural^{32,37,38}.

Pel que fa a la dimensió sectorial, la majoria d'estudis se centren en l'àmbit sanitari, mentre que el paper dels serveis socials queda poc desenvolupat. Només alguns estudis inclouen professionals del sector social com a població d'anàlisi^{25,26,28}, i cap no explora amb profunditat el seu rol específic. Aquesta asimetria pot dificultar una comprensió realment integrada dels processos d'atenció. Alguns estudis apunten al potencial de perfils com gestors de casos^{25,27}, tot i que aquests es troben poc institucionalitzats i sovint poc definits^{25,27,29}. Aquestes disfuncions poden derivar de tensions

estructurals entre sectors amb cultures professionals diferents, jerarquies pròpies i una manca de lideratge clar en la governança dels processos integrats^{39,40}.

Quant al context geogràfic, l'evidència analitzada prové principalment de països del nord i centre d'Europa. Aquesta concentració territorial pot estar relacionada amb un major desenvolupament dels sistemes de serveis socials i d'atenció a la dependència, que han facilitat el desplegament d'estratègies d'integració assistencial. Aquests països solen disposar de finançament públic més sòlid per als serveis de suport comunitari, així com d'estructures institucionals més consolidades, com la presència d'agències intersectorials o normatives específiques per a la col·laboració entre sectors⁴¹⁻⁴³. No obstant, aquest context pot limitar la transferibilitat dels resultats a altres entorns com el sud d'Europa, on el desenvolupament dels serveis socials és més recent, amb cobertura desigual i amb una tradició de cura més centrada en les famílies⁴².

Una de les forteses d'aquesta revisió és que aporta una mirada específica sobre un àmbit poc explorat conjuntament, permetent identificar problemes clau, barreres recurrents i factors facilitadors. També ha contribuït a clarificar definicions i a consolidar una base conceptual mitjançant el marc SEPPS¹⁶, especialment útil per analitzar els tipus i atributs de coordinació i continuïtat.

Finalment, cal considerar limitacions com la possible exclusió d'estudis en altres idiomes, la concentració geogràfica dels casos analitzats i la variabilitat metodològica, que dificulta la comparació i extrapolació de resultats. Per mitigar-ho, es va fer una cerca exhaustiva en diverses bases de dades internacionals, es van aplicar criteris amplis d'inclusió i es van revisar les bibliografies dels articles per identificar fonts rellevants no indexades.

CONCLUSIÓ

La revisió realitzada mostra la dispersió i l'escassetat d'estudis sobre la coordinació i la continuïtat assistencial entre serveis socials i sanitaris en l'atenció a persones adultes majors amb necessitats complexes. El predomini d'estudis qualitius i centrats en l'àmbit sanitari limita una comprensió integrada del fenomen. Tot i això, l'aplicació d'un marc conceptual sòlid ha permès identificar barreres estructurals, factors facilitadors i buits de coneixement rellevants, oferint una visió organitzada d'un àmbit encara poc explorat de manera conjunta.

Els resultats apunten a la necessitat de reforçar la coordinació formal mitjançant rols definits, sistemes d'informació compartida i estratègies intersectorials. També es fa evident la importància d'impulsar recerca que incorpori la perspectiva social i permeti avaluar l'impacte real de les intervencions. Avançar cap a un model d'atenció integrada i centrat en la persona requerirà transformacions organitzatives, culturals i polítiques, així com lideratge clar per superar la fragmentació actual dels sistemes.

BIBLIOGRAFIA

1. Contel JC, Muntané B, Camp L. La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada. *Aten Primaria*. 2012;44(2):107-113. doi:10.1016/j.aprim.2011.01.013.
2. Chen HM, Tu YH, Chen CM. Effect of continuity of care on quality of life in older adults with chronic diseases: A meta-analysis. *Clin Nurs Res*. 2017;26(3):266-284. doi:10.1177/1054773815625467.
3. Rudnicka E, Napierała P, Podfigurna A, Męczekalski B, Smolarczyk R, Grymowicz M. The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. *Maturitas*. 2020;139:6-11. doi:10.1016/j.maturitas.2020.05.018.
4. Esteve-Matalí L, Vargas I, Cots F, et al. Does the integration of health services management improve clinical coordination? Experience in Catalonia. *Gac Sanit*. 2022;36(4):324-332. doi:10.1016/j.gaceta.2021.06.004.
5. Fuentes FV. Social and health care coordination: towards a new culture of care. *Enferm Clin*. 2020;30(5):291-294. doi:10.1016/j.enfcli.2020.09.001.
6. Lorenzo SM. Continuidad Asistencial y Coordinación Entre Niveles. ¿Algo Más Que Lugares Comunes? *Rev Calid Asist*. 2008;23(6):299-302.
7. Karam M, Chouinard MC, Poitras ME, et al. Nursing care coordination for patients with complex needs in primary healthcare: A scoping review. *Int J Integr Care*. 2021;21(1):5. doi:10.5334/ijic.5518.
8. Ministerio de Sanidad. Experiencias de integración asistencial en el Sistema Nacional de Salud de España. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2011.
9. Bryan K, Gage H, Gilbert K. Delayed transfers of older people from hospital: Causes and policy implications. *Health Policy*. 2006;76(2):194-201. doi:10.1016/j.healthpol.2005.06.005.
10. Alavi K, Sutan R, Shahar S, et al. Connecting the Dots between Social Care and Healthcare for the Sustainability Development of Older Adult in Asia: A Scoping Review. *Sustainability*. 2022;14(5):2573. doi:10.3390/su14052573.
11. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness: The Chronic Care Model, Part 2. *JAMA*. 2002;288(15):1909-1914. doi:10.1001/jama.288.15.1909.
12. Aujla N, Frost H, Guthrie B, et al. A comparative overview of health and social care policy for older people in England and Scotland, United Kingdom (UK). *Health Policy*. 2023;132:104814. doi:10.1016/j.healthpol.2023.104814.

13. Rameli PM, Rajendran N. Outcomes of complex discharge planning in older adults with complex needs: a scoping review. *J Int Med Res.* 2022;50(7):3000605221110511. doi:10.1177/03000605221110511.
14. Haggerty J, Scott CM, Couturier Y, et al. Connecting Health and Social Services for Patients with Complex Care Needs: A Pan-Canadian Comparative Policy Research Program. *Healthc Policy.* 2023;19(SP):10-23. doi:10.12927/hcpol.2023.27182.
15. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ.* 2003;327(7425):1219-1221.
16. Vargas I, Vázquez ML, Farré J, Pizarro V. Marco Conceptual Para El Estudio de Las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI). Barcelona: Consorci de Salut i Social de Catalunya; 2004.
17. Vázquez ML, Amigó F, Esteve-Matalí L, Vargas I. La Coordinació Clínica Entre Nivells d'Atenció: Resultats Comparatius Entre Àrees Del Sistema Sanitari a Catalunya. Barcelona: Consorci de Salut i Social de Catalunya; 2008.
18. Meranius MS, Josefsson K. Health and social care management for older adults with multimorbidity: a multiperspective approach. *Scand J Caring Sci.* 2017;31(1):96-103. doi:10.1111/scs.12322.
19. Kjelsnes A, Feiring E. Models of integrated care for older people with frailty: a horizon scanning review. *BMJ Open.* 2022;12(4):e060142. doi:10.1136/bmjopen-2021-060142.
20. Horgan S. Designing Integrated Care for Older Adults Living with Complex and Chronic Health Needs: A Scoping Review. *Int J Integr Care.* 2020;20(3):1-13. doi:10.5334/ijic.5457.
21. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med.* 2018;169(7):467-473. doi:10.7326/M18-0850.
22. Cole V, Boutet M. ResearchRabbit. *J Can Health Libr Assoc.* 2023;44(2):43. doi:10.29173/jchla29699.
23. Peiponen J, Tiilikainen E, Kinni RL, Rissanen S. Navigating Social Services from the Perspective of Finnish Older Adults with Complex Needs: An Examination of Different Dimensions of Access. *J Soc Serv Res.* 2024. doi:10.1080/01488376.2024.2388627.
24. Agerholm J, Jensen NK, Liljas A. Healthcare professionals' perception of barriers and facilitators for care coordination of older adults with complex care needs being discharged from hospital: A qualitative comparative study of two Nordic capitals. *BMC Geriatr.* 2023;23(1):354. doi:10.1186/s12877-023-03754-z.
25. Gustafsson M, Kristensson J, Holst G, Willman A, Bohman D. Case managers for older persons with multi-morbidity and their everyday work-a focused ethnography. *BMC Health Serv Res.* 2013;13:496. doi:10.1186/1472-6963-13-496.

26. Valaitis R, Cleghorn L, Ploeg J, et al. Disconnected relationships between primary care and community-based health and social services and system navigation for older adults: A qualitative descriptive study. *BMC Fam Pract.* 2020;21(1):69. doi:10.1186/s12875-020-01143-8.
27. Dambha-Miller H, Simpson G, Hobson L, et al. Integrating primary care and social services for older adults with multimorbidity: A qualitative study. *Br J Gen Pract.* 2021;71(711):e753-e761. doi:10.3399/bjgp.2020.1100.
28. Macinnes J, Baldwin J, Billings J. The Over 75 Service: Continuity of Integrated Care for Older People in a United Kingdom Primary Care Setting. *Int J Integr Care.* 2020;20(3):2. doi:10.5334/ijic.5457.
29. Brewster AL. Aligning health care and social services for patients with complex needs: The multiple roles of interorganizational relationships. *Adv Health Care Manag.* 2021;20:29-41. doi:10.1108/S1474-823120210000020002.
30. Themessl-Huber M, Hubbard G, Munro P. Frail older people's experiences and use of health and social care services. *J Nurs Manag.* 2007;15(2):222-229. doi:10.1111/j.1365-2834.2007.00726.x.
31. Davey B, Levin E, Iliffe S, Kharicha K. Integrating health and social care: Implications for joint working and community care outcomes for older people. *J Interprof Care.* 2005;19(1):22-34. doi:10.1080/1356182040021734.
32. Freeman G, Shepperd S, Robinson I, et al. Continuity of Care: Report of a Scoping Exercise for the NCCSDO. London: NHS NCCSDO; 2001.
33. Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *Int J Integr Care.* 2013;13:e010. doi:10.5334/ijic.886.
34. Goodwin N, Dixon A, Anderson G, Wodchis W. Providing Integrated Care for Older People with Complex Needs: Lessons from Seven International Case Studies. London: The King's Fund; 2014.
35. World Health Organization. Framework on Integrated, People-Centred Health Services: Report by the Secretariat. Geneva: WHO; 2016.
36. Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *Int J Integr Care.* 2002;2:e12. doi:10.5334/ijic.67.
37. Gridley K, Brooks J, Glendinning C. Good practice in social care: The views of people with severe and complex needs and those who support them. *Health Soc Care Community.* 2014;22(6):588-597. doi:10.1111/hsc.12105.
38. Valentijn PP, Boesveld IC, van der Klauw DM, et al. Towards a taxonomy for integrated care: A mixed-methods study. *Int J Integr Care.* 2015;15:e0032. doi:10.5334/ijic.1513.

39. Hudson B. Interprofessionality in health and social care: the Achilles' heel of partnership? *J Interprof Care*. 2002;16(1):7-17. doi:10.1080/13561820220104122.
40. Glasby J, Dickinson H. *Partnership Working in Health and Social Care: What is Integrated Care and How Can We Deliver It?* 2nd ed. Bristol: Policy Press; 2014.
41. De La Porte C, Larsen T. The Nordic Model: Capable of Responding to the Social Side of Crises and Sustaining Social Investment? *Intereconomics*. 2023;58(5):245-248. doi:10.2478/ie-2023-0051.
42. Anttonen A, Haikio L. Care "going market": Finnish elderly-care policies in transition. *Nord J Soc Res*. 2011;2(1):70-90. doi:10.7577/njsr.2050.
43. Greve B, et al. Chapter 17: Care regimes in Europe: a dynamic view of typologies and evolving long-term care policies over time. In: *Handbook on the Political Economy of Social Policy*. Edward Elgar Publishing; 2024.

ANNEX 1. Estratègia de recerca

PUBMED/MEDLINE

((("Continuity of Patient Care"[MeSH] OR "Care coordination" OR "Continuity of care" OR "Clinical coordination" OR "Intersectoriality" OR "Collaboration") AND (((("Health Services"[MeSH] OR "Healthcare") AND ("Social Care" OR "Social Services")) OR ("Delivery of Health Care, Integrated"[MeSH] OR "Integrated Care" OR "Service Integration")))) AND ("Aged"[MeSH] OR "Aging"[MeSH] OR "Frail Elderly"[MeSH] OR "Older adults") AND ("Chronic Disease"[MeSH] OR "Multimorbidity"[MeSH] OR "Comorbidity"[MeSH] OR "Complex Needs" OR "Chronic conditions"))	1#242 Resultats
((("Continuity of Patient Care"[MeSH] OR "Patient Care Continuity" OR "Continuity of care" OR "Continuum of Care" OR "Care Continuity" OR "Care contínuum" OR "Care coordination" OR "Coordinated care" OR "Clinical coordination" OR "Intersectoriality" OR "Collaboration") AND ((("Health Services"[MeSH] OR "Health services" OR "Health care") AND ("Social Care" OR "Social Services")) OR "Community health services" OR "Community Health care" OR "Delivery of Health Care, Integrated"[MeSH]) AND ("Aged"[MeSH] OR "Aged" OR "Aging"[MeSH] OR "Aging" OR "Frail Elderly"[MeSH] OR "Frail elderly" OR "Older adults") AND ("Chronic Disease"[MeSH] OR "Multimorbidity"[MeSH] OR "Comorbidity"[MeSH] OR "Complex Needs" OR "Chronic conditions" OR "Chronic disease" OR "Multimorbidity"))	2#351 Resultats
((("Continuity of Patient Care" OR "Care coordination" OR "Continuity of care" OR "Clinical coordination" OR "Intersectoriality" OR "Collaboration") AND (((("Health Services" OR "Healthcare") AND ("Social Care" OR "Social Services")) AND ("Aged" OR "Frail Elderly" OR "Older adults") AND ("Chronic Disease" OR "Multimorbidity" OR	3#48 Resultats

"Comorbidity" OR "Complex Needs" OR "Chronic conditions"))	
((("Patient Care Continuity" OR "Continuity of care" OR "Continuum of Care" OR "Care Continuity" OR "Care continuum" OR "Care coordination" OR "Coordinated care" OR "Clinical coordination" OR "Intersectoriality" OR "Collaboration") AND (("Health services" OR "Health care") AND ("Social Care" OR "Social Services")) OR ("Community health services" OR "Community Health care" OR "Integrated Care" OR "Service Integration")) AND ("Aged" OR "Aging" OR "Frail elderly" OR "Older adults") AND ("Chronic Disease" OR "Multimorbidity" OR "Comorbidity" OR "Complex Needs" OR "Chronic conditions" OR "Chronic disease" OR "Multimorbidity"))	4#1005 Resultats
1# OR 2# OR 3# 4#	1646 Resultats

REDALYC

("coordinación de la atención" OR "continuidad de la atención" OR "intersectorialidad") AND ("adultos mayores" OR "ancianos" OR "personas mayores") AND ("comorbilidad" OR "multimorbilidad" OR "enfermedades crónicas" OR "condiciones crónicas" OR "necesidades complejas") AND ("atención sanitaria" OR "servicios de salud") AND ("atención social" OR "servicios sociales") OR ("atención integrada"))	# 48 Resultats
---	-----------------------

SCOPUS

ALL (((("Patient Care Continuity" OR "Continuity of care" OR "Continuum of Care" OR "Care Continuity" OR "Care continuum" OR "Care coordination" OR "Coordinated care" OR "Clinical coordination" OR "Intersectoriality" OR "Collaboration") AND (("Health services" OR "Health care") AND ("Social Care" OR "Social Services")) OR ("Community health services" OR "Community Health care" OR "Integrated Care" OR "Service Integration")) AND ("Aged" OR "Aging" OR "Frail elderly" OR "Older adults") AND ("Chronic Disease" OR "Multimorbidity" OR "Comorbidity" OR "Complex	#1306 Resultats
--	------------------------

Needs" OR "Chronic conditions" OR "Chronic disease" OR "Multimorbidity")) AND (LIMIT-TO (EXACTKEYWORD , "Older Adults") OR LIMIT-TO (EXACTKEYWORD , "Social Care") OR LIMIT-TO (EXACTKEYWORD , "Multiple Chronic Conditions") OR LIMIT-TO (EXACTKEYWORD , "Continuity Of Patient Care"))	
--	--

GOOGLE SCHOLAR

(("Care coordination" OR "Continuity of care") AND ("Health Services" OR "Healthcare") AND ("Social Care" OR "Social Services")) OR "Integrated Care" AND ("Aged" OR "Aging" OR "Frail Elderly" OR "Older adults") AND ("Chronic Disease" OR "Multimorbidity" OR "Comorbidity" OR "Complex Needs" OR "Chronic conditions")	#219 Resultats
--	-----------------------

RESEARCH RABBIT

"Coordination and continuity of care between social and Health services of older adults with complex needs"	#72 Resultats
---	----------------------

ANNEX 2. Taula marc teòric d'anàlisi de coordinació i continuïtat de l'atenció

Àmbit	Tipus	Descripció	Dimensions	Atributs
Continuïtat de l'atenció	Informació	La informació rellevant sobre la salut i atenció del pacient és compartida i utilitzada entre professionals i serveis.	Transferència d'informació	El/la pacient percep que la informació es comunica entre serveis i professionals.
			Coneixement acumulat	Els professionals coneixen les preferències, història i context del/la pacient.
	Gestió	L'atenció és coherent entre serveis i pot adaptar-se a les necessitats canviants de la persona usuària.	Consistència de l'atenció	Els tractaments i missatges són alineats entre professionals i serveis.
			Flexibilitat assistencial	L'atenció es modifica segons l'evolució de la situació clínica i social.
			Accessibilitat entre serveis	La percepció de les derivacions són clares, oportunes i el retorn entre serveis és efectiu.
	Relació	Es manté un vincle estable i de confiança entre el/la pacient i els professionals al llarg del temps.	Estabilitat del professional	El/la pacient és atès/esa per les mateixes persones habitualment.
			Vincle pacient-proveïdor	S'estableix una relació personal i propera entre professional i pacient.
Coordinació de l'atenció	Informació	Comunicació i ús efectiu de la informació clínica entre serveis i	Intercanvi d'informació	Comunicació formal i informal entre nivells assistencials.

		professionals per garantir decisions alineades.	Utilització de la informació	L'ús efectiu d'aquesta informació orienta els tractaments i actuacions.
	Gestió	Organització entre serveis per garantir continuïtat terapèutica, seguiment i accessibilitat fluida entre nivells.	Consistència de l'atenció	Tractaments coherents entre professionals i serveis.
			Seguiment entre serveis	Hi ha un/a referent o figura que acompanya i coordina el procés assistencial.
			Accessibilitat entre serveis	Les derivacions són clares, oportunes i el retorn entre serveis és efectiu.
	Administrativa	Els tràmits, circuits i sistemes garanteixen un accés fluid del pacient al conjunt del sistema, sense barreres operatives.	Accés i derivació	El/la pacient accedeix als serveis que necessita en temps i forma adequats.
			Coordinació de circuits i tràmits	Hi ha integració i simplificació en els processos administratius entre nivells.

ANNEX 3. Tasques de l'estudiant

Tasques	Programat al protocol del TFM	Desenvolupat al TFM
Apropiació del marc conceptual de coordinació i continuïtat de l'atenció i la revisió de marcs d'integració sanitària i social	Sí	Sí
Elaboració del protocol	Sí	Sí
Cerca bibliogràfica	Sí	Sí
Identificació i selecció dels estudis	Sí	Sí
Lectura dels articles seleccionats i extracció de dades	Sí	Sí
Síntesi dels resultats dels articles i Interpretació	Sí	Sí
Redacció de TFM i elaboració final de la publicació	Sí	Sí
Presentació del TFM	Sí	Sí