

MASTER EN SALUD PÚBLICA

UNIVERSITAT POMPEU FABRA

TESINA

**LA CONTINUIDAD ENTRE NIVELES ASISTENCIALES
EN DOS ORGANIZACIONES SANITARIAS INTEGRADAS DE
CATALUÑA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PACIENTES
CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA**

Sina Waibel

Directoras de tesina:

Diana M. Henao Martínez

María Luisa Vázquez Navarrete

Barcelona, Junio de 2010

TABLA DE CONTENIDOS

LISTA DE ABREVIATURAS	I
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA.....	1
1.1.1 LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL	1
1.1.2 EL ANÁLISIS DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL: MÉTODOS E INSTRUMENTOS.....	3
1.1.3 ALGUNOS RESULTADOS DE ESTUDIOS SOBRE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL	3
1.1.4 LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD	4
1.1.5 EL SISTEMA SANITARIO EN CATALUÑA	4
1.1.6 LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS INTEGRADAS.....	5
1.1.7 LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA.....	6
1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	8
1.3 OBJETIVOS.....	8
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	8
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
1.4 TAREAS REALIZADAS	9
1.5 BIBLIOGRAFÍA.....	10
2. ARTÍCULO	14
2.1 INTRODUCCIÓN	19
2.1 METODOLOGÍA.....	20
2.3 RESULTADOS	21
2.4 DISCUSIÓN	23
3. ANEXOS.....	40
A META-SÍNTESIS	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
B GUÍA DE ENTREVISTA: USUARIOS	41
C GUÍA DE ENTREVISTA: PROFESIONALES	43
D GUÍA PARA REVISAR LA HISTORIA CLÍNICA.....	45
E CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	47
F PREGUNAS DE EVALUACIÓN, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	48
G RELACIÓN ENTRE OBJETIVOS, ANÁLISIS Y RESULTADOS.....	50
H RESULTADOS.....	51

Lista de abreviaturas

AE	Atención especializada
AP	Atención primaria
BSA	Badalona Serveis Assistencials
CA	Continuidad asistencial
CG	Continuidad de gestión
CI	Continuidad de información
CR	Continuidad de relación
CSC	Consorci de Salut i Social de Catalunya
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
OSI	Organización sanitaria integrada
SSIBE	Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes y estado actual del tema

La mejora en la coordinación de los servicios sanitarios, como paso intermedio para la continuidad asistencial, se ha convertido en una de las prioridades para responder a los desafíos emergentes en el sector salud. Estos desafíos incluyen rápidos avances tecnológicos, cambios en la organización de los servicios de salud, aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas y del número de pacientes pluripatológicos, que favorecen que los usuarios sean atendidos por un elevado número de proveedores en organizaciones y servicios distintos, dificultando la conexión de la atención a lo largo del tiempo(1;2).

Los términos coordinación, continuidad e integración asistencial – elementos esenciales de la atención – suelen ser utilizados indistintamente para referirse a una misma idea: 'la conexión de la atención que recibe un paciente desde múltiples fuentes de provisión'(3-5). La coordinación asistencial es la conexión de los servicios que son necesarios para atender al paciente de manera que se sincronicen y se alcance un objetivo común sin que se produzcan conflictos(6). Cuando la coordinación y la continuidad llegan a su grado máximo, la atención se considera integrada(4).

1.1.1 La continuidad asistencial

La continuidad asistencial se define como el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo de manera que éstas sean coherentes con sus necesidades médicas y contexto personal(1). En otras palabras, la CA es el resultado de la coordinación desde la perspectiva del paciente(3). Para que exista la continuidad se deben dar dos elementos simultáneamente: que la atención sea percibida por parte del paciente y que sea una atención mantenida a lo largo del tiempo(1;3).

Se han definido tres tipos de continuidad asistencial(1;7), los cuales constan de varias dimensiones (tabla 1). Cada tipo de CA puede estudiarse a partir de un episodio clínico concreto o partir de las percepciones generales de los usuarios(1;8). a) La continuidad de relación (CR) se define como la relación establecida a lo largo del tiempo entre el paciente y uno o más proveedores desde el punto de vista del paciente(1;9). CR implica la existencia de un *vínculo entre el paciente y el proveedor*, que se caracteriza por la generación de responsabilidad y confianza entre el paciente y los diferentes proveedores que le atienden, y de la *consistencia del personal*, que implica que el paciente es atendido por los mismos proveedores, aún cuando existen

pocas posibilidades de establecer relaciones en un período de tiempo, como en caso de patologías agudas(1;3;10).

b) La continuidad de información (CI) se refiere a la percepción del paciente sobre la disponibilidad, utilización e interpretación de la información de acontecimientos anteriores, que contribuye a una atención apropiada a su circunstancia actual(1). LA CI se define en base a las siguientes dimensiones: La *transferencia de la información* que significa que el paciente percibe que los proveedores tienen acceso a la información sobre la atención prestada anteriormente. Por otra parte, el *conocimiento acumulado* es la percepción del paciente que el proveedor conoce sus valores, preferencias y el contexto social. Este conocimiento permite la planificación del tratamiento actual de modo que sea más efectivo e individualizado(1;3).

c) La continuidad de gestión (CG) se refiere a la perspectiva del paciente sobre la provisión de diferentes servicios sanitarios a lo largo del tiempo de manera coordinada para que se complementen y no haya duplicación(1). La CG requiere una *consistencia* en los objetivos y el tratamiento y tiene especialmente relevancia cuando el cuidado es realizado por diferentes profesionales. La *flexibilidad* permite los cambios necesarios en los planes de tratamiento de acuerdo a las necesidades y eventos que puedan presentar los pacientes, los ciclos de su vida y la evolución de la enfermedad(1;10). En el presente estudio, la *accesibilidad* a los servicios de salud se ha considerado una tercera dimensión de la CG, puesto que estudios de corte cualitativo han destacado la importancia de la accesibilidad para los usuarios, quienes lo vinculan con la CA(7;8;11) No obstante, Reid et al.(1) considera que la accesibilidad es un elemento necesario para asegurar que los objetivos de la gestión puedan ser adoptados, pero no un elemento constitutivo de la CA.

Tabla 1: Tipos y dimensiones de la continuidad asistencial

Continuidad de relación	Continuidad de información	Continuidad de gestión
<ul style="list-style-type: none"> • Vínculo paciente-proveedor • Consistencia del personal 	<ul style="list-style-type: none"> • Transferencia de la información • Conocimiento acumulado 	<ul style="list-style-type: none"> • Consistencia de la atención • Flexibilidad y accesibilidad

Fuente: Adaptado de Reid et al. (1)

1.1.2 El análisis de la continuidad asistencial: métodos e instrumentos

El análisis de integración asistencial es un apartado poco desarrollado y suele centrarse en la coordinación asistencial, es decir en la perspectiva de los servicios, siendo escasos los estudios desde el punto de vista de la población usuaria(12). La mayoría de los estudios dirigidos a evaluar la CA son de carácter cuantitativo (anexo F). Además, en estos estudios, los principales instrumentos utilizados suelen evaluar un único tipo de continuidad (generalmente la CR) para una patología determinada (especialmente condiciones crónicas como la diabetes tipo II y las enfermedades mentales) y en un nivel específico, (generalmente la atención primaria) y no acostumbran a abordar todas los niveles de atención(1;6;13;14).

Debido a la escasez de estudios enfocados al estudio integral de la CA, son poco conocidos los factores que la promueven o dificultan(15). A partir de una síntesis de estudios cualitativos, Parker et al. (8) identificaron una serie factores que influyen la percepción de CA de los usuarios, entre los que destacan sus características y circunstancias personales, la manera en que la atención es suministrada, las trayectorias seguidas en los servicios de salud, la estructura de los servicios de salud, las características de los profesionales y el contexto en el que se subministra la atención. Sin embargo, no se dispone de información proveniente de estudios cuantitativos, de manera que se desconoce la magnitud del impacto de estos factores sobre la CA(16).

1.1.3 Algunos resultados de estudios sobre la continuidad asistencial

La CA se asocia entre otros a una mayor satisfacción de los usuarios (17-19), mayor utilización de los servicios preventivos(18;20;21), mayor tasa de adherencia a los tratamientos(18) y disminución del índice de hospitalizaciones(18;21;22).

Los estudios de carácter cualitativo muestran que los pacientes consideran la CR necesaria para alcanzar una alta calidad en el tratamiento(23), siendo especialmente importante para los pacientes más vulnerables, como los padres, las personas con pocos recursos económicos, las personas mayores y pacientes con enfermedades crónicas(24;25). Resaltan que la atención es continuada cuando su medico les acompaña en su atención entre los diferentes niveles(26). Destacan dificultades en la curación cuando son atendidos por sustitutos(27). En cuanto a la CI, diferentes estudios cualitativos muestran que los pacientes identifican problemas en la comunicación entre los proveedores de salud(28-30). Aunque algunos consideran que la historia clínica está accesible a todos los profesionales(31) y en cada paso del continuo asistencial(32). Sin embargo, los usuarios de dos organizaciones sanitarias

integradas (OSI) en Cataluña destacan un suministro inadecuado de su historia clínica(33). En cuanto a la CG, información sobre la percepción del paciente referente a la dimensión *flexibilidad* es escasa(14). Con respecto a la *accesibilidad*, destacan la dificultad de acudir a la atención especializada en dos OSI analizadas debido al tiempo de espera largo(33).

1.1.4 La investigación cualitativa en el ámbito de la salud

La investigación cualitativa abre un espacio en el análisis de los problemas de salud desde una perspectiva social y cultural. En el contexto de las ciencias de la salud se ha producido originalmente el interés por los análisis cualitativos en la investigación de las instituciones sanitarias(31). El enfoque metodológico cualitativo-fenomenológico permite situarse en la perspectiva del sujeto de interés mediante el estudio de los fenómenos en su contexto natural, e intentando encontrar el sentido o su interpretación a partir de los significados que los individuos les conceden(34). El estudio de casos, que se ha convertido en una estrategia cualitativa reconocida, proporciona información profunda, extensa y sistemática sobre la unidad de análisis para estudiar el proceso de la práctica terapéutica y de sus resultados(35;36). En cuanto al análisis de estudios cualitativos, la mayoría de ellos que se están publicando en ciencias de la salud en España, podrían encuadrarse dentro del nivel de análisis descriptivos, con una intención claramente explorativa(31). Los estudios descriptivos tratan de responder a las preguntas de qué está sucediendo y cómo, pretenden proporcionar una imagen “fiel a la vida” de lo que la gente dice y del modo en que la gente actúa. Se da una mínima interpretación y conceptualización, permitiendo que sean los propios lectores los que extraigan sus conclusiones y generalizaciones(34).

1.1.5 El sistema sanitario en Cataluña

El sistema de salud catalán se caracteriza por la separación de las funciones de financiación y provisión de servicios de salud. En este modelo, el ‘Departament de Salut’ es la autoridad sanitaria responsable de la dirección del sistema, es decir de la planificación, la ordenación, del control, de la autorización e inspección. El ‘Servei Català de la Salut’ (CatSalut) se encarga de la compra de servicios a los proveedores concertados. La provisión de los servicios está a cargo de un conjunto de entidades, de titularidad diversa, que suministran la atención a los ciudadanos(37).

Coherente con el modelo español, el sistema sanitario de Cataluña se configura en dos niveles asistenciales: La atención primaria (AP), que es la puerta de entrada del sistema, donde el médico de familia es el gestor de la atención y actúa como

integrador de los procesos asistenciales; y la atención especializada (AE) – de agudos, socio-sanitaria, de salud mental y drogodependencias – que realiza la función de apoyo para la resolución de problemas graves, tanto en el hospital como en los centros de atención primaria. Se trata, por lo tanto de un modelo basado en la AP, orientado hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, que busca garantizar la CA, con criterios de eficiencia(37;38).

1.1.6 Las organizaciones sanitarias integradas

En países con un sistema fragmentado, como en EEUU, se ha producido un cambio de paradigma en las políticas sanitarias, que ha impulsado experiencias relacionadas con la integración de servicios sanitarios como búsqueda de una mayor continuidad asistencial y eficiencia en prestación de servicios(39). En Cataluña, la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña de 1990 posibilitó la cesión de la gestión de los nuevos equipos de AP a proveedores ajenos al Institut Català de la Salut. En este nuevo escenario comienzan a surgir nuevas entidades, las ‘Organizaciones Sanitarias Integradas’ (OSI), que proporcionan servicios a lo largo del continuo asistencial a una población geográficamente definida, bajo la misma gestión(40).

Una OSI se define como ‘una red de organizaciones que ofrece una atención coordinada a través de un continuo de servicios sanitarios a una población determinada y se responsabiliza de los costes y resultados de salud de esta población’(39). El objetivo final de una OSI es aumentar la eficiencia global en la provisión y la CA mediante un objetivo intermedio: la mejora en la coordinación de los servicios. Por lo tanto las OSI se crean con el fin de facilitar la colaboración inter-organizacional CA y la comunicación entre proveedores de salud(41).

Las OSI poseen características que pueden variar en los diferentes países, de acuerdo con los sistemas de salud vigentes, sus problemáticas y los objetivos en sus contextos(42). Según los niveles asistenciales que integren, puede ser una OSI con integración horizontal o vertical. La integración horizontal es la unión y coordinación de servicios que se encuentran en la misma etapa de producción (por ejemplo entre hospitales); mientras que la integración vertical se refiere a diferentes etapas en el proceso de producción de salud (por ejemplo AE, AP) (39). Los resultados en la CA y la eficiencia dependen de la interacción de los elementos externos e internos. En el ámbito interno se consideran el modelo de gobierno, el modelo organizativo y de gestión, la cultura organizativa y el liderazgo. En el externo influyen elementos del entorno social, político y económico(43).

1.1.7 La enfermedad pulmonar obstructiva crónica

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC; Chronic Obstructive Pulmonary Disease) es una enfermedad progresiva, no reversible, que es causada por una inflamación pulmonar, afectando principalmente a personas fumadoras(44). La enfermedad se caracteriza por una limitación al flujo de aire que se asocia con una respuesta inflamatoria pulmonar anómala, causada por la inhalación de partículas o gases nocivos. La limitación del flujo de aire se mide por la espirometría, que proporciona una descripción de la gravedad de las alteraciones anatomopatológicas producidas por la EPOC (estado I: leve, hasta estado IV: muy grave) (45).

Aunque es prevenible y tratable, la EPOC es la cuarta causa de morbimortalidad en los países industrializados. Aproximadamente 400.000 muertes ocurren cada año en estos países asociadas al EPOC. Se calcula que para el año de 2020, esta enfermedad subirá la tercera causa en el impacto global de la mortalidad por enfermedades a escala mundial(46).

Según la encuesta de morbilidad hospitalaria del Instituto Nacional de Estadística (INE) la tasa de EPOC y bronquitis en el año 2008 es de 235 (hombres 311, mujeres 142) por 100.000 habitantes en España, en Cataluña de 252 y en Barcelona de 281 por 100.000 habitantes(47).

Las experiencias y percepciones de los pacientes con EPOC proporcionan una buena oportunidad para analizar la CA, debido a que el manejo de EPOC requiere la atención de equipos multidisciplinares, pertenecientes a diferentes niveles asistenciales y que precisa un seguimiento a largo plazo(48).

Debido a la complejidad de seguir los pacientes en su atención en los diferentes niveles asistenciales, es escasa la investigación de la percepción de CA de los usuarios con EPOC, y más escasa aún en usuarios atendidos en las OSI. Además, la perspectiva más analizada es la de los servicios, es decir, la coordinación asistencial, siendo pocos los estudios realizados desde el punto de vista de la población usuaria(49).

El presente estudio está enmarcado dentro de una línea de investigación sobre la integración asistencial(6;14;49;50). Para su realización, se adopta una aproximación cualitativa, puesto que permite situarse en la perspectiva de los usuarios(34). La estrategia utilizada es el estudio de casos que proporciona información profunda, extensa y sistemática sobre los casos seleccionados(35;36). El estudio pretende

contribuir al conocimiento sobre la integración asistencial, analizando la CA entre niveles asistenciales desde el punto de vista de los usuarios de las OSI y con el fin de identificar estrategias de mejora.

1.2 Preguntas de investigación

El estudio pretendió encontrar respuesta a la siguiente pregunta de investigación y sus sub-preguntas:

¿Cómo percibe el usuario con EPOC de las OSI la continuidad de su asistencia?

¿Qué entiende el paciente por continuidad asistencial?

¿Qué elementos le atribuye?

¿Qué tipos de continuidad distingue el paciente?

¿Qué importancia otorga a los distintos tipos de continuidad? ¿Por qué?

¿Qué elementos facilitan y dificultan la continuidad de asistencia?

¿Qué elementos de mejora identifica?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Analizar la continuidad asistencial de dos organizaciones sanitarias integradas en Cataluña entre 2009-2010 desde la perspectiva del usuario con enfermedad pulmonar obstructiva crónica con el fin de identificar estrategias de mejora.

1.3.2 Objetivos específicos

- Analizar las perspectivas de los usuarios sobre la continuidad asistencial de información, gestión y relación.
- Identificar las barreras y los facilitadores a la continuidad asistencial percibidos por los pacientes.
- Determinar sugerencias de mejora en los distintos tipos de la continuidad asistencial propuestos por los usuarios.

1.4 Tareas realizadas

El estudio se realiza durante dos cursos académicos desde diciembre 2008 hasta septiembre 2010. La tesinanda llevó a cabo todas las tareas especificadas en el plan de trabajo del protocolo, que constó de las etapas mostradas en la tabla 2.

Tabla 2: Tareas realizadas

	Tarea realizada por
Fase 1: Revisión bibliográfica Recogida y análisis de bibliografía Elaboración artículo de revisión(14) (Anexo A)	Tesinanda, ayuda directoras Tesinanda, ayuda directoras
Fase 2: Diseño del protocolo Elaboración del protocolo	Tesinanda, ayuda directoras
Fase 3: Desarrollo del trabajo de campo Elaboración de las guías para las entrevistas Identificación de los informantes Toma de contacto con los informantes clave Realización entrevistas Análisis de historias clínicas	Tesinanda, ayuda directoras Tesinanda Tesinanda, colaboradores de las OSIs Tesinanda Tesinanda
Fase 4: Análisis de los datos Transcripción Análisis preliminar Análisis en profundidad	Tesinanda Tesinanda Tesinanda, ayuda directoras
Fase 5: Elaboración de la tesina Redacción de resultados Elaboración de la tesina para su publicación en la Gaceta Sanitaria	Tesinanda, ayuda directoras Tesinanda, ayuda directoras
	Tarea será realizado por
Fase 5: Elaboración de la tesina Modificación de los aspectos evaluadores	Tesinanda, ayuda directoras
Fase 6: Difusión de los resultados Presentación de la Tesina Publicación del artículo	Tesinanda Tesinanda, ayuda directoras

1.5 Bibliografía

- (1) Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002.
- (2) WHO. Integration of health care delivery: Report of a WHO study group. Geneva: WHO; 1996. Report No.: 861.
- (3) Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* 2002;327:1219-21.
- (4) Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Erickson KM, Mitchell JB. Remaking health care in America. *Hosp Health Netw* 1996 Mar 20;70(6):43-4, 46, 48.
- (5) Starfield B. Coordinación de la atención en salud. In: Starfield B, editor. *Atención primaria*. Barcelona: Masson; 2002. p. 233-65.
- (6) Terraza R, Vargas I, Vázquez ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit* 2006;20(6):485-95.
- (7) Freeman G, Woloshynowych M, Baker R, Boulton M, Guthrie B, Car J et al. *Continuity of care 2006: what have we learned since 2000 and what are policy imperatives now?* London: National Coordinating Centre for Service Delivery and Organisation; 2010.
- (8) Parker G, Corden A, Heaton J. Synthesis and conceptual analysis of the SDO Programme's research on continuity of care: report for the National Institute for Health Research Service Delivery and Organisation programme. Southampton: National Institute for Health Research Evaluations, Trials and Studies Coordinating Centre; 2010.
- (9) Starfield B. Continuous confusion. *Am J Public Health* 1980;70(2):117-9.
- (10) Saultz JW. Defining and measuring interpersonal continuity of care. In: *Ann Fam Med*, editor. 2003. p. 134-43.
- (11) Gulliford MC, Naithani S, Morgan M. Continuity of care and intermediate outcomes of type 2 diabetes mellitus. *Fam Pract* 2007 Jun;24(3):245-51.
- (12) Baker R, Boulton M, Windridge K, Tarrant C, Bankart J, Freeman GK. Interpersonal continuity of care: a cross-sectional survey of primary care patients' preferences and their experiences. *Br J Gen Pract* 2007 Apr;57(537):283-9.
- (13) Waibel S, Henao D, Vázquez ML, Vargas I. Patients' Perceptions on Continuity of Care: Meta-synthesis of Qualitative Studies. Submitted. *Int Journal of Quality in Health Care* 2010.

- (14) Christakis DA, Kazak AE, Wright JA, Zimmerman FJ, Bassett AL, Connell FA. What factors are associated with achieving high continuity of care? *Fam Med* 2004 Jan;36(1):55-60.
- (15) Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu MD, Brunelle Y, Gauthier J, Goulet F, et al. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. *Ann Fam Med* 2008 Mar;6(2):116-23.
- (16) Guthrie B, Wyke S. Does continuity in general practice really matter? *BMJ* 2000 Sep 23;321(7263):734-6.
- (17) Saultz JW, Albedaiwi W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review. *Ann Fam Med* 2004 Sep;2(5):445-51.
- (18) Cabana MD, Jee SH. Does continuity of care improve patient outcomes? *J Fam Pract* 2004 Dec;53(12):974-80.
- (19) Saultz JW, Lochner J. Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. *Ann Fam Med* 2005 Mar;3(2):159-66.
- (20) Lester H, Tritter JQ, Sorohan H. Patients' and health professionals' views on primary care for people with serious mental illness: focus group study. *BMJ* 2005 May 14;330(7500):1122.
- (21) Guthrie B, Wyke S. Personal continuity and access in UK general practice: a qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of when and how they matter. *BMC Fam Pract* 2006;7:11.
- (22) Michiels E, Deschepper R, Van der Kelen G., Bernheim JL, Mortier F, Vander SR, et al. The role of general practitioners in continuity of care at the end of life: a qualitative study of terminally ill patients and their next of kin. *Palliat Med* 2007 Jul;21(5):409-15.
- (23) Harrison A, Verhoef M. Understanding coordination of care from the consumer's perspective in a regional health system. *Health Serv Res* 2002 Aug;37(4):1031-54.
- (24) Von Bultzingslowen I, Eliasson G, Sarvimaki A, Mattsson B, Hjortdahl P. Patients' views on interpersonal continuity in primary care: a sense of security based on four core foundations. *Fam Pract* 2006 Apr;23(2):210-9.
- (25) Nazareth I, Jones L, Irving A, Aslett H, Ramsay A, Richardson A, et al. Perceived concepts of continuity of care in people with colorectal and breast cancer--a qualitative case study analysis. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2008 Nov;17(6):569-77.
- (26) O'Cathain A, Coleman P, Nicholl J. Characteristics of the emergency and urgent care system important to patients: a qualitative study. *J Health Serv Res Policy* 2008 Apr;13 Suppl 2:19-25.
- (27) Williams A. Patients with comorbidities: perceptions of acute care services. *Journal of Advanced Nursing* 2004;46(1):13-22.

- (28) Alazri MH, Neal RD, Heywood P, Leese B. Patients' experiences of continuity in the care of type 2 diabetes: a focus group study in primary care. *Br J Gen Pract* 2006 Jul;56(528):488-95.
- (29) Wong ST, Watson DE, Young E, Regan S. What Do People Think Is Important about Primary Healthcare? *Healthc Policy* 2008 Feb;3(3):89-104.
- (30) Castro R, Henao D, Vazquez ML. La continuidad asistencial entre niveles asistenciales en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Tesina del Master de Salud Pública. Universidad Pompeu Fabra 2008.
- (31) Amescua M, Gálvez Toro A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76: 423-436
- (32) Vázquez ML, Ferreira MR, Mogollón AS, De Sanmamed MJ, Delgado ME, Vargas I. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. *Cursos GRAAL 5*. Barcelona: 2006.
- (33) DePoy E, Gitlin L. Introduction to research: Multiple strategies for health and human services. St. Louis: Mosby; 1994.
- (34) Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós; 1990.
- (35) Vázquez ML, Vargas I, Terraza R. El sistema de salud en Cataluña. In: Vázquez ML, Vargas I. *Organizaciones Sanitarias Integradas. Un estudio de caso*. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya; 2007. p. 33-46.
- (36) López G, Ortún V. La política sanitaria a Catalunya, 1989-1998. En: *Fundació Jaume Bofill: Informe per a la Catalunya del 2000*. Societat, Economia, Política, Cultura. Barcelona: 1999. p. 465-76.
- (37) Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Mitchell JB, Morgan KL. Creating organized delivery systems: the barriers and facilitators. *Hosp Health Serv Adm* 1993;38(4):447-66.
- (38) Vázquez ML, Vargas I, Terraza R, Pizarro V. Marco Conceptual para el estudio de las organizaciones sanitarias integradas. En: Vázquez ML, Vargas I. *Organizaciones Sanitarias Integradas: Un estudio de caso*. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya; 2007. p. 7-31.
- (39) Pons MA. Estudio de casos: Organizaciones Sanitarias Integradas Tesina del Master de Salud Pública. Universidad Pompeu Fabra, Barcelona; 2004.
- (40) Devereux G. ABC of chronic obstructive pulmonary disease. Definition, epidemiology, and risk factors. *BMJ* 2006 May 13;332(7550):1142-4.
- (41) Pauwels RA, Buist AS, Calverley PM, Jenkins CR, Hurd SS. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease

(GOLD) Workshop summary. *Am J Respir Crit Care Med* 2001 Apr;163(5):1256-76.

- (42) Lopez AD, Shibuya K, Rao C, Mathers CD, Hansell AL, Held LS, et al. Chronic obstructive pulmonary disease: current burden and future projections. *Eur Respir J* 2006 Feb;27(2):397-412.
- (43) INE. Encuesta de morbilidad hospitalaria 2008. www.ine.es 2009 December 28
- (44) Celli B. [COPD: from unjustified nihilism to reasonable optimism]. *Arch Bronconeumol* 2002 Dec;38(12):585-8.
- (45) Henao D, Vázquez ML, Vargas I. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. *Gac Sanit* 2009;23(4):280-6.
- (46) Vázquez ML, Vargas I. *Organizaciones Sanitarias Integradas: Un estudio de casos*. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya; 2007.

2. ARTÍCULO

La continuidad entre niveles asistenciales en dos organizaciones sanitarias integradas de Cataluña desde la perspectiva de los usuarios con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Sina Waibel^{a,b} Diana Henao Martínez^a, Ingrid Vargas Lorenzo^a, Marta Beatriz Aller^a, M. Luisa Vázquez Navarrete^a

^a Grup de Recerca en Polítiques de Salut i Serveis Sanitaris. Servei d'Estudis en Prospectives i Polítiques de Salut. Consorci de Salut i Social de Catalunya.

^b Universitat Pompeu Fabra, Barcelona

Autora de correspondencia:

Sina Waibel

Grup de Recerca en Polítiques de Salut i Serveis Sanitaris

Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut

Consorci de Salut i Social de Catalunya

Av. Tibidabo 21, 08022 Barcelona

Correo electrónico: swaibel@consorci.org

Resumen: 249 palabras

Abstract: 225 palabras

Resum: 237 palabras

Texto: 2.992 palabras

Número de tablas: 6

Contribución de autoría:

Sina Waibel participó en el diseño del estudio, recogió y transcribió los datos, realizó los análisis, interpretó los hallazgos y redactó el artículo. Diana Henaó Martínez, Ingrid Vargas Lorenzo y M. Luisa Vázquez Navarrete concibieron el diseño del estudio y supervisaron todas las etapas de su realización. Además, realizaron junto con Marta Beatriz Aller una revisión crítica de los hallazgos del estudio y de su interpretación. Todos los autores revisaron el borrador del manuscrito y aprobaron su versión final.

Financiación:

El estudio fue parcialmente financiado por el Consorci de Salut i Social de Catalunya.

Agradecimientos:

Agradecemos a todos los informantes, tanto pacientes como profesionales, por su participación en el estudio, así como su paciencia para proporcionarnos la información necesaria para realizar este estudio. Sin sus generosas aportaciones este proyecto no hubiera sido posible. Además, queremos agradecer a los colaboradores de Badalona y de Baix Empordà, Jordi Coderch de Lassaletta y Josep Ramón Llopart López, por su cooperación y las contribuciones aportadas al estudio.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

La continuidad entre niveles asistenciales en dos organizaciones sanitarias integradas de Cataluña desde la perspectiva de los usuarios con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

Introducción: Los rápidos avances tecnológicos, la especialización de la atención y el aumento de pluripatologías, están promoviendo que los pacientes sean atendidos por diferentes proveedores en organizaciones y servicios, hecho que amenaza la continuidad asistencial (CA). La CA es el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente. El objetivo del estudio es analizar la continuidad de relación (CR), de gestión (CG) y de información (CI) entre niveles asistenciales desde la perspectiva de los pacientes con EPOC en Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI) en Cataluña.

Métodos: Estudio cualitativo y descriptivo mediante un estudio de casos, basado en la realización de entrevistas semiestructuradas y la revisión de las historias clínicas para la triangulación de información. Se seleccionaron i) dos OSI de Cataluña y ii) una muestra teórica de pacientes con EPOC. Las entrevistas fueron transcritas textualmente. Se realizó un análisis narrativo del contenido, segmentado por casos y mediante la generación mixta de categorías.

Resultados: Los informantes perciben que hay CA cuando son atendidos por los mismos médicos (CR) que muestran familiaridad con la historia clínica (CI), y cuando tienen un fácil acceso a la atención (CG). Consideran que el responsable de la atención es el neumólogo (CR) y los pacientes de una OSI perciben una elevada rotación de profesionales en la atención primaria (CR). Perciben una accesibilidad limitada a la atención especializada (CG).

Conclusión: Se identificaron aspectos de una discontinuidad asistencial que podrían indicar problemas en la coordinación, promoviendo duplicaciones de pruebas innecesarias.

Palabras claves: Continuidad asistencial; organizaciones sanitarias integradas; investigación cualitativa; enfermedad pulmonar obstructiva crónica; relaciones médico-paciente; gestión de la información;

Continuity of care in two Integrated Healthcare Networks in Catalonia from the perspective of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD)

Introduction: Rapid advances in treatment and high specialisation of care, together with the rise in comorbidities mean that patients routinely receive care from different services and disciplines that can drastically reduce Continuity of Care (CC). CC is defined as ‘one patient experiencing care over time as coherent and linked’. The aim of the study is to analyse Relational (RC), Management (MC) and Informational Continuity (IC) across boundaries in two Integrated Healthcare Networks (IHN) in Catalonia from the perspective of patients with COPD.

Methods: Descriptive, qualitative study based on case studies, utilizing individual semi-structured interviews and review of patients’ medical histories for triangulation of data. We selected i) two IHN in Catalonia and ii) a theoretical sample of COPD patients. Interviews were transcribed literally. Content analysis was conducted, segmented by case and a mixed generation of categories.

Results: The informants perceive that CC is present when they are attended by the same physicians (CR) who are familiar with their medical history (CI), and when accessibility to care is uncomplicated (CG). They consider that the responsible person of their treatment is the pneumologist (CR) and observe an increased rotation of professionals in primary healthcare in one IHN (CR). Finally, they regard that accessibility to secondary care is limited (CG).

Conclusion: Aspects of discontinuity were identified that could indicate problems in the coordination, promoting unnecessary duplications of tests.

Key words: Continuity of patient care; integrated healthcare organizations; qualitative research; pulmonary disease; chronic obstructive; patient-centered care; physician-patient relations; information management;

La continuïtat entre nivells assistencials en dues organitzacions sanitàries integrades de Catalunya des de la perspectiva dels usuaris amb malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC)

Introducció: Els ràpids avanços tecnològics l'especialització de l'atenció i l'augment de pluripatologies, estan promovent que els pacients siguin atesos per diferents proveïdors en organitzacions i serveis, fet que amenaça la continuïtat assistencial (CA). La CA és el grau de coherència i unió de les experiències en l'atenció que percep el pacient. L'objectiu de l'estudi és analitzar la continuïtat de relació (CR), de gestió (CG) i d'informació (CI) entre nivells assistencials des de la perspectiva dels pacients amb EPOC en Organitzacions Sanitàries Integrades (OSI) a Catalunya.

Mètodes: Estudi qualitatiu i descriptiu mitjançant un estudi de casos, basat en la realització d'entrevistes semiestructurades i la revisió de les històries clíniques per a la triangulació d'informació. Es van seleccionar dues OSI de Catalunya i una mostra teòrica de pacients amb EPOC. Les entrevistes van ser transcrites textualment. Es va realitzar una anàlisi narrativa del contingut, segmentada per casos i mitjançant la generació mixta de categories.

Resultats: Els informants perceben que hi ha CA quan són atesos pels mateixos metges (CR) que mostren familiaritat amb la història clínica (CI), i quan tenen un fàcil accés a l'atenció (CG). Consideren que el responsable del tractament és el pneumòleg (CR) i perceben una elevada rotació de professionals en l'atenció primària en una OSI (CR). Perceben una accessibilitat limitada a l'atenció especialitzada (CG).

Conclusió: Es van identificar aspectes d'una discontinuïtat assistencial que podrien indicar problemes en la coordinació, promovent duplicacions de proves innecessàries.

Paraules claus: Continuïtat assistencial; continuïtat de l'atenció al pacient; organitzacions sanitàries integrades; investigació qualitativa; malaltia pulmonar obstructiva crònica; atenció dirigida al pacient; relacions metge-pacient; gestió de la informació.

2.1 Introducción

Los rápidos avances tecnológicos, la especialización de los proveedores de atención y el aumento de pacientes pluripatológicos están promoviendo que los pacientes sean atendidos por un elevado número de proveedores en organizaciones y servicios distintos(1). Esta tendencia impide que se adopte un enfoque holístico(51) y dificulta la conexión de la atención a lo largo del tiempo, especialmente con respecto a los enfermos crónicos que requieren la atención de múltiples profesionales y servicios(1;52). La atención primaria (AP) puede propiciar una mayor unidad en el actual contexto de fragmentación de los sistemas de salud y por lo tanto puede promover la continuidad asistencial(53). En Cataluña, donde hay fragmentación en la provisión, dado que la atención a la población la suministran múltiples proveedores de titularidad diversa, se promovieron las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI) para la gestión conjunta de más de un nivel asistencial(37). Su objetivo final es aumentar la eficiencia global en la provisión y mejorar la Continuidad Asistencial (CA) (54).

La CA es “el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo de manera que éstas sean coherentes con sus necesidades médicas y contexto personal”(1). Es decir, la CA es el resultado de la coordinación desde la perspectiva del paciente. Se distinguen tres tipos de CA(1;55), interrelacionadas entre sí(14): a) de relación, que es la percepción del paciente de la relación que establece a lo largo del tiempo con uno o más proveedores; b) de información, que es la percepción del usuario de la disponibilidad, utilización e interpretación de la información sobre acontecimientos anteriores para proporcionar una atención apropiada a sus circunstancias actuales y; c) de gestión, que es la percepción del usuario de que recibe los diferentes servicios de manera coordinada, complementaria y sin duplicaciones. Cada tipo de CA se describe mediante una serie de dimensiones (tabla 1) y puede ser analizada a partir de un episodio clínico concreto o partir de las percepciones generales de los usuarios(1;8).

La CA se asocia entre otros a una mayor satisfacción de los usuarios (18;56;57), mayor utilización de los servicios preventivos(18;21;58), mayor tasa de adherencia a los tratamientos(18) y disminución del índice de hospitalizaciones(18;21;59). Consecuentemente, la mejora en la coordinación de los servicios sanitarios, como paso intermedio para la CA, se ha convertido en una de las prioridades de gestores y proveedores.

El análisis de la CA es un apartado escasamente desarrollado en la literatura, que suele centrarse fundamentalmente en la coordinación asistencial, es decir la perspectiva de los servicios(49). Los esfuerzos enfocados a conocer la CA percibida suelen ser de carácter cuantitativo y evalúan un tipo de continuidad sólo (sobre todo la CR), con las dimensiones agregadas, en intervalos de tiempo cortos, para una patología determinada y en un nivel específico (sobre todo la AP) (1;6;14).

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una patología progresiva, no reversible y causada por una inflamación pulmonar(44). Su atención requiere equipos multidisciplinares en diferentes niveles y precisa un seguimiento a largo plazo(60). Debido a la complejidad de seguir los pacientes a través de los niveles(61), la CA en pacientes con EPOC ha sido escasamente evaluada. El objetivo de este estudio es analizar la CA entre niveles asistenciales, desde la perspectiva de los pacientes con EPOC, atendidos en las OSI de Cataluña.

2.1 Metodología

Diseño del estudio

Se realizó un estudio cualitativo, descriptivo, de carácter fenomenológico mediante un estudio de casos de usuarios con el objetivo de recoger información profunda, extensa y sistemática(62). Un caso es un fenómeno que se compone de múltiples partes, utilizando diferentes fuentes de información(35). El enfoque cualitativo permite situarse en la perspectiva de los usuarios mediante el estudio de los fenómenos en su contexto natural(34).

Área de estudio y muestra

En una primera etapa, se definieron los contextos de estudio, lo cuales habían de cumplir los siguientes criterios: i) ser proveedor integrado verticalmente, ii) poseer más de cinco años de gestión conjunta, iii) prestar atención a una población definida y iv) poseer un hospital comarcal en la red. Se seleccionaron las OSI de Badalona y de Baix Empordà, las cuales adicionalmente habían implementado estrategias para mejorar la coordinación de EPOC entre los niveles asistenciales.

En una segunda etapa, se diseñó una muestra de carácter teórico, es decir, basada en criterios de representatividad del discurso y de los significados, construida de forma intencional y razonada(34). Se realizó una selección de casos, empleando los siguientes criterios: i) diagnóstico confirmado de EPOC ii) cronicidad de al menos cinco años; iii) al menos dos años de atención continuada en la OSI; iv) utilización de al menos dos niveles de atención en los últimos seis meses. Los perfiles fueron diseñados para representar las diferentes variantes discursivas, teniendo en cuenta el sexo y la distancia del CAP al hospital de referencia. Una vez seleccionados los casos, se incluyeron en la muestra a los profesionales más relevantes en la atención desde el punto de vista del usuario para asegurar que la información sobre cada caso fuera lo más completa posible(62). Las características de los casos seleccionados están descritas en la tabla 1.

Técnicas de recogida de información

Se realizaron entrevistas individuales semiestructuradas con guía(62), que permiten obtener información profunda y contextualizada(63), asegurando que la conversación se ajuste a los objetivos y temas que se investigan y no se olviden aspectos importantes(34). Se elaboraron guías de entrevista para los pacientes, los profesionales, así como una guía para la revisión de las

historias clínicas. Las guías constaban de una parte sobre el diagnóstico y la trayectoria asistencial y de otra parte sobre los tipos de la CA. Además se abordaban conceptos y definiciones de CA, factores que la facilitan o dificultan y propuestas de mejora. Las entrevistas, de 30-80 minutos de duración, se grabaron y transcribieron textualmente. Fueron necesarias varias entrevistas con los pacientes hasta alcanzar la saturación de la información(34). Se solicitó autorización escrita a los participantes para la grabación y la participación en el estudio. Se aseguró la protección y confidencialidad de los datos, codificando y tratándolos de forma anónima.

Análisis de los datos

Se realizó un análisis narrativo del contenido de la información con ayuda del programa informático Atlas-ti 5.0. El programa permite la organización del texto en unidades de sentido, codificación en categorías, selección y relación entre textos(64). Los datos se segmentaron por casos, temas y grupos de informantes. Se generaron las categorías de análisis de forma mixta, a partir del marco teórico y categorías que emergieron en las entrevistas.

Calidad de los datos

La calidad de la muestra se aseguró mediante un diseño adecuado, es decir se seleccionó a las personas que poseen las características más relevantes al fenómeno social que se estudia, se realizó una descripción detallada del proceso y la calidad de los datos se garantizó mediante triangulación de fuentes de información y de investigadores; participaron tres analistas con formaciones diferentes y un buen conocimiento del contexto(34). Se pidió un consentimiento informado de los participantes y se garantizó la confidencialidad de los datos.

2.3 Resultados

Badalona: Caso 1

Paciente de 69 años con EPOC moderado y exacerbaciones (tabla2)

CR: El paciente identifica ambos neumólogos (de su hospital de referencia y de Barcelona) como responsables de su atención, tanto por su mayor competencia como por su conocimiento más especializado. No obstante, confía más en la atención recibida en Barcelona al disponer de una mejor infraestructura. Percibe una rotación alta del personal sanitario en la Atención Primaria (AP), siendo atendido por suplentes desde que le cambiaron a su anterior médica de cabecera. Confiaba en la atención proporcionada por la anterior médica de cabecera, debido a que tenían una buena comunicación, el interés individual que mostraba y su calidad profesional.

CG: El paciente considera que la accesibilidad a la AP es adecuada, contrariamente a la AE en su hospital de referencia, donde el tiempo de espera es demasiado elevado. Dado que considera más rápido acceder a la AE en el hospital de Barcelona, prefiere acudir a este centro, contrariamente a la recomendación de su médica de cabecera.

Opina que un control cada seis meses en la AE es insuficiente, dado que considera importante que le realicen pruebas periódicamente con el fin de recibir un tratamiento más adecuado a sus necesidades. Destaca que los especialistas de ambos hospitales se encargan de modificar la medicación, pidiendo siempre una segunda opinión, mientras que el médico de cabecera se responsabiliza de actualizar el “sistema de medicación crónica” en función de la prescripción de los especialistas.

CI: El paciente supone que existe un traspaso de información mediante el ordenador, no obstante, considera que la médica de cabecera no siempre dispone de la información clínica. Ambas médicas opinan que el acceso que tienen a la información producida en la AP es limitado. Para evitar duplicaciones de pruebas se entrega los resultados al paciente.

Badalona: Casos 2

Mujer de 69 años con EPOC moderada y estable (tabla2).

CR: La paciente considera que la neumóloga es la responsable de su atención debido a que dispone de mayores recursos. Prefiere acudir a la AE por la mayor confianza que tiene en la neumóloga en comparación con la AP, donde ha sido atendido ultimadamente por suplentes. Tardó en realizar el traslado al CAP nuevo que le asignaron, debido a la buena relación que tenía con su médico de cabecera anterior.

CG: Considera que el tiempo de espera en ambos niveles asistenciales es adecuado. El médico de cabecera explica que si es necesario le atiende vía telefónico o sin consulta previa. La neumóloga le controla cada tres o seis meses, dependiendo de la estabilidad de la EPOC. La paciente percibe flexibilidad en su tratamiento de acorde a sus necesidades.

CI: La paciente supone que hay comunicación entre el profesional sanitario. Sin embargo, sus médicos destacan falta de colaboración y comunicación, la cual conlleva a la duplicación de exploraciones complementarias e intervenciones. El hecho de que haya tres programas informáticos para recoger su información clínica dificulta la coordinación y conlleva una pérdida del tiempo durante la consulta. La paciente percibe que el profesional sanitario le proporciona información adecuada.

Baix Empordà: Caso 1

Hombre de 65 años con EPOC moderado y estable (tabla2).

CR El paciente identifica a la neumóloga como responsable de su atención debido a su conocimiento más especializado. Expresa una mejor relación con su actual especialista, quien han introducido mayor periodicidad en las visitas y quien se muestra, en comparación con su anterior neumólogo, más disponible al paciente. Aprecia la existencia de una relación de muchos años con los médicos porque aumenta la familiaridad de la atención.

CG: Considera que el tiempo de espera para la AE y la AP es aceptable, debido a la posibilidad de acudir a urgencias en cualquier momento. Aprecia la proximidad geográfica del CAP, lo que relaciona con la calidad de su asistencia. Según la revisión de la historia clínica, no se identifica un médico responsable de la solicitud de pruebas, ni una periodicidad de la realización de pruebas.

CI: El paciente considera que existe transferencia de la información vía ordenador, imprescindible para evitar efectos adversos causados por la combinación de medicamentos. Según la neumóloga, la comunicación informal (correo electrónico, teléfono, encuentro personal) favorece que no siempre se registre la información clínica en su historial médico. El paciente resalta la existencia de una comunicación efectiva con los proveedores, porque le escuchan y le dan las explicaciones oportunas. Finalmente, el paciente valora el conocimiento de la historia clínica que ha acumulado el médico de cabecera.

Baix Empordà: Caso 2

Hombre de 65 años con EPOC leve y exacerbaciones (tabla2).

CR: El paciente no identifica un responsable de su atención, pero considera que el médico de cabecera gestiona las derivaciones y la neumóloga se responsabiliza de la medicación. Percibe consistencia en el personal, tanto en la AP como en la AE, aunque en la historia clínica se consta una rotación del personal durante años en la AP. Expresa desconfianza en el servicio de urgencias por falta de experiencias de los médicos. Destaca que inició el tratamiento con un neumólogo privado al no sentir mejoras con el tratamiento recibido.

CG: El paciente percibe que el médico de cabecera es accesible y el tiempo de espera en urgencias es adecuado, contrariamente al el servicio de neumología. No existe periodicidad de las visitas con su médico de cabecera, pero sí con la AE. Percibe que el tiempo de espera es largo para la realización de pruebas, lo que cree que es causado por la falta de médicos.

CI: El paciente considera, de acuerdo con sus médicos, que existe transferencia de información vía ordenador y una comunicación entre los profesionales y entre él con los médicos. Según los médicos, la falta de comunicación con el médico privado promueve duplicaciones de pruebas y conlleva el riesgo de combinar medicaciones incompatibles.

2.4 Discusión

A partir del estudio, se han identificado elementos facilitadores y dificultadores de la CA, percibidos por los pacientes en la asistencia recibida en las OSI de Cataluña. Los entrevistados identifican la consistencia del personal y una relación de larga duración como elementos primordiales de la CR, dado que posibilitan que se establezca una relación basada en confianza y una comunicación efectiva entre profesionales y paciente, en concordancia con estudios previos(1;8;65-69). Los informantes perciben que el neumólogo es el principal responsable de su

atención, en contraste con el papel otorgado al médico de cabecera como gestor y coordinador de casos(50;70).

Algunos resultados muestran divergencias en la CR percibida por los pacientes de las diferentes OSI: mientras que en Baix Empordà los pacientes perciben una buena CR en ambos niveles asistenciales, en Badalona se observa una alta rotación del personal en el AP, acompañada por una mayor desconfianza en el médico de cabecera asignado. Sin embargo, los resultados señalan que en determinadas circunstancias los pacientes no aprecian una CR *per se*(55), por ejemplo en el caso de que la atención proporcionada por el nuevo neumólogo es mejor o una segunda opinión les permite comparar la calidad de la asistencia, tal como confirma la literatura(71;72).

Los pacientes identifican la accesibilidad a los servicios sanitarios como una dimensión fundamental de la CG, conforme con la literatura actual(8;55;73). Sin embargo, los pacientes de ambas OSI consideran que el tiempo de espera para acceder a la neumología y urgencias es inadecuadamente largo, actuando, por lo tanto, como una barrera a la CA.

Todos los pacientes valoran positivamente la transferencia de información clínica. Sin embargo, el análisis del discurso de pacientes y proveedores muestra, en concordancia con un estudio previo en esas OSI(49), que los médicos de ambos niveles tienen poco conocimiento de la historia clínica cuando se produce un cambio en el personal, cuando el tiempo de atención es escaso o cuando hay un acceso limitado al sistema de información (Badalona). Además, se destaca una falta de comunicación entre profesionales en la OSI y con organizaciones diferentes. Esto se relaciona con una frustración del paciente por tener que repetir la información(30) y con un elevado número de pruebas e intervenciones innecesarias(74).

Cada vez más se encuentra un consenso en la literatura reciente(26;68;75) en cuanto a la necesidad de empoderar al paciente para la participación activa e interacción intensa entre paciente y médico (“partnership model”(8)), lo que aumenta la continuidad entre niveles asistenciales(26). Sin embargo, en este estudio se identificaron elementos de discontinuidad cuando el paciente asumió la responsabilidad (recepción de prescripciones de dos neumólogos diferentes; la no-adherencia a las indicaciones médicas y la consulta a otro proveedor). Este aspecto se debe probablemente a la falta de apoyo en la coordinación del cuidado por parte del médico.

Se ha observado una interrelación entre los tipos de la CA, especialmente entre la CR y la CI, en el contexto de que una relación de largo tiempo aumenta la familiaridad con la historia clínica, como señalan otros estudios(14;76;77). La interrelación entre la CG y la CR se enfoca a encontrar un equilibrio entre tener un acceso rápido versus la consulta al médico de preferencia(8). Uno de los casos, por ejemplo, prefería tener una mayor proximidad geográfica a continuar el tratamiento con su médico de cabecera.

Se he de tener presente que los datos obtenidos se limitan a un grupo de personas con características parecidas de manera que gente de diferentes grupos de edades u otras patologías probablemente hubieran proporcionado información diferente. No es posible estimar cuanta información no fue proporcionada, aunque se empleó la triangulación de fuentes de información para comparar y evaluar la exhaustividad de la información. El estado de salud actual o un acontecimiento reciente en la trayectoria del paciente podría haber influenciado en la opinión expresada hacia una percepción más extrema. Debido a la alta rotación del personal en la AP en Badalona se entrevistaron los médicos de cabecera, que suministraron atención en etapas anteriores, con el riesgo de que no tuvieran necesariamente un recuerdo tan presente como el médico actual.

Los resultados muestran que los pacientes de Badalona perciben, en general, menor continuidad, sobre todo referente a la CR. Sin embargo, se han identificado elementos de discontinuidad que podrían estar actuando como barreras a la CA en ambas OSI, como por ejemplo problemas de la accesibilidad a la AE. Para la mejora de la CA de acuerdo a los resultados de este estudio, se proponen las siguientes actuaciones: a) establecer una periodicidad de las visitas y un plan de tratamiento de acuerdo con los pacientes; b) asignar y permitir más tiempo para la comunicación entre el profesional sanitario entre niveles asistenciales y la revisión de la historia clínica del paciente; c) integrar un sistema de información con una única historia clínica en la OSI; d) continuar con la normalización de procesos mediante la elaboración conjunta y difusión de guías de práctica clínica que expliciten la distribución de las responsabilidades entre la AP, la AE y el servicio de urgencias (*triángulo de responsabilidad*); y e) aumentar la accesibilidad a la AE mediante la mejora de las condiciones de trabajo que se corresponden con los elementos estructurales (recursos físicos y humanos).

- (1) Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002.
- (2) WHO. Integration of health care delivery: Report of a WHO study group. Geneva: WHO; 1996. Report No.: 861.
- (3) Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* 2002;327:1219-21.
- (4) Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Erickson KM, Mitchell JB. Remaking health care in America. *Hosp Health Netw* 1996 Mar 20;70(6):43-4, 46, 48.
- (5) Starfield B. Coordinación de la atención en salud. In: Starfield B, editor. *Atención primaria*. Barcelona: Masson; 2002. p. 233-65.
- (6) Terraza R, Vargas I, Vázquez ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit* 2006;20(6):485-95.
- (7) Freeman G, Woloshynowych M, Baker R, Boulton M, Guthrie B, Car J et al. Continuity of care 2006: what have we learned since 2000 and what are policy imperatives now? London: National Coordinating Centre for Service Delivery and Organisation; 2010.
- (8) Parker G, Corden A, Heaton J. Synthesis and conceptual analysis of the SDO Programme's research on continuity of care: report for the National Institute for Health Research Service Delivery and Organisation programme. Southampton: National Institute for Health Research Evaluations, Trials and Studies Coordinating Centre; 2010.
- (9) Starfield B. Continuous confusion. *Am J Public Health* 1980;70(2):117-9.
- (10) Saultz JW. Defining and measuring interpersonal continuity of care. In: *Ann Fam Med*, editor. 2003. p. 134-43.
- (11) Gulliford MC, Naithani S, Morgan M. Continuity of care and intermediate outcomes of type 2 diabetes mellitus. *Fam Pract* 2007 Jun;24(3):245-51.
- (12) Gulliford MC, Naithani S, Morgan M. Continuity of care and intermediate outcomes of type 2 diabetes mellitus. *Fam Pract* 2007 Jun;24(3):245-51.
- (13) Baker R, Boulton M, Windridge K, Tarrant C, Bankart J, Freeman GK. Interpersonal continuity of care: a cross-sectional survey of primary care patients' preferences and their experiences. *Br J Gen Pract* 2007 Apr;57(537):283-9.
- (14) Waibel S, Henao D, Vázquez ML, Vargas I. Patients' Perceptions on Continuity of Care: Meta-synthesis of Qualitative Studies. Submitted. *Int Journal of Quality in Health Care* 2010.
- (15) Christakis DA, Kazak AE, Wright JA, Zimmerman FJ, Bassett AL, Connell FA. What factors are associated with achieving high continuity of care? *Fam Med* 2004 Jan;36(1):55-60.

- (16) Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu MD, Brunelle Y, Gauthier J, Goulet F, et al. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. *Ann Fam Med* 2008 Mar;6(2):116-23.
- (17) Gulliford MC, Naithani S, Morgan M. Continuity of care and intermediate outcomes of type 2 diabetes mellitus. *Fam Pract* 2007 Jun;24(3):245-51.
- (18) Guthrie B, Wyke S. Does continuity in general practice really matter? *BMJ* 2000 Sep 23;321(7263):734-6.
- (19) Saultz JW, Albedaiwi W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review. *Ann Fam Med* 2004 Sep;2(5):445-51.
- (20) Cabana MD, Jee SH. Does continuity of care improve patient outcomes? *J Fam Pract* 2004 Dec;53(12):974-80.
- (21) Saultz JW, Lochner J. Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. *Ann Fam Med* 2005 Mar;3(2):159-66.
- (22) Cabana MD, Jee SH. Does continuity of care improve patient outcomes? *J Fam Pract* 2004 Dec;53(12):974-80.
- (23) Lester H, Tritter JQ, Sorohan H. Patients' and health professionals' views on primary care for people with serious mental illness: focus group study. *BMJ* 2005 May 14;330(7500):1122.
- (24) Guthrie B, Wyke S. Personal continuity and access in UK general practice: a qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of when and how they matter. *BMC Fam Pract* 2006;7:11.
- (25) Michiels E, Deschepper R, Van Der KG, Bernheim JL, Mortier F, Vander SR, et al. The role of general practitioners in continuity of care at the end of life: a qualitative study of terminally ill patients and their next of kin. *Palliat Med* 2007 Jul;21(5):409-15.
- (26) Harrison A, Verhoef M. Understanding coordination of care from the consumer's perspective in a regional health system. *Health Serv Res* 2002 Aug;37(4):1031-54.
- (27) Von Bultzingslowen I, Eliasson G, Sarvimaki A, Mattsson B, Hjortdahl P. Patients' views on interpersonal continuity in primary care: a sense of security based on four core foundations. *Fam Pract* 2006 Apr;23(2):210-9.
- (28) Nazareth I, Jones L, Irving A, Aslett H, Ramsay A, Richardson A, et al. Perceived concepts of continuity of care in people with colorectal and breast cancer--a qualitative case study analysis. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2008 Nov;17(6):569-77.
- (29) O'Cathain A, Coleman P, Nicholl J. Characteristics of the emergency and urgent care system important to patients: a qualitative study. *J Health Serv Res Policy* 2008 Apr;13 Suppl 2:19-25.
- (30) Williams A. Patients with comorbidities: perceptions of acute care services. *J Adv Nursing* 2004;46(1):13-22.

- (31) Alazri MH, Neal RD, Heywood P, Leese B. Patients' experiences of continuity in the care of type 2 diabetes: a focus group study in primary care. *Br J Gen Pract* 2006 Jul;56(528):488-95.
- (32) Wong ST, Watson DE, Young E, Regan S. What Do People Think Is Important about Primary Healthcare? *Healthc Policy* 2008 Feb;3(3):89-104.
- (33) Castro R, Henao D, Vazquez ML. La continuidad asistencial entre niveles asistenciales en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Tesina del Master de Salud Pública. Universidad Pompeu Fabra 2008.
- (34) Vázquez ML, Ferreira MR, Mogollón AS, De Sanmamed MJ, Delgado ME, Vargas I. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. *Cursos GRAAL 5*. Barcelona: 2006.
- (35) DePoy E, Gitlin L. Introduction to research: Multiple strategies for health and human services. St. Louis: Mosby; 1994.
- (36) Quinn Patton M. Qualitative evaluation and research methods. 2 ed. Newbury Park: SAGE Publications; 1990.
- (37) Vázquez ML, Vargas I, Terraza R. El sistema de salud en Cataluña. In: Vázquez ML, Vargas I. Organizaciones Sanitarias Integradas. Un estudio de caso. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya; 2007. p. 33-46.
- (38) López G, Ortún V. La política sanitaria a Catalunya, 1989-1998. En: Fundació Jaume Bofill: Informe per a la Catalunya del 2000. Societat, Economia, Política, Cultura. Barcelona: 1999. p. 465-76.
- (39) Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Mitchell JB, Morgan KL. Creating organized delivery systems: the barriers and facilitators. *Hosp Health Serv Adm* 1993;38(4):447-66.
- (40) Vázquez ML, Vargas I, Terraza R, Pizarro V. Marco Conceptual para el estudio de las organizaciones sanitarias integradas. En: Vázquez ML, Vargas I. Organizaciones Sanitarias Integradas: Un estudio de caso. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya; 2007. p. 7-31.
- (41) Vázquez ML, Vargas I, Terraza R, Pizarro V. Marco Conceptual para el estudio de las organizaciones sanitarias integradas. En: Vázquez ML, Vargas I. Organizaciones Sanitarias Integradas: Un estudio de caso. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya; 2007. p. 7-31.
- (42) Pons MA. Estudio de casos: Organizaciones Sanitarias Integradas Tesina del Master de Salud Pública. Universidad Pompeu Fabra, Barcelona; 2004.
- (43) Vázquez ML, Vargas I, Terraza R, Pizarro V. Marco Conceptual para el estudio de las organizaciones sanitarias integradas. En: Vázquez ML, Vargas I. Organizaciones Sanitarias Integradas: Un estudio de caso. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya; 2007. p. 7-31.
- (44) Devereux G. ABC of chronic obstructive pulmonary disease. Definition, epidemiology, and risk factors. *BMJ* 2006 May 13;332(7550):1142-4.

- (45) Pauwels RA, Buist AS, Calverley PM, Jenkins CR, Hurd SS. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) Workshop summary. *Am J Respir Crit Care Med* 2001 Apr;163(5):1256-76.
- (46) Lopez AD, Shibuya K, Rao C, Mathers CD, Hansell AL, Held LS, et al. Chronic obstructive pulmonary disease: current burden and future projections. *Eur Respir J* 2006 Feb;27(2):397-412.
- (47) INE. Encuesta de morbilidad hospitalaria 2008. www.ine.es 2009 December 28
- (48) Celli B. [COPD: from unjustified nihilism to reasonable optimism]. *Arch Bronconeumol* 2002 Dec;38(12):585-8.
- (49) Henao D, Vázquez ML, Vargas I. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. *Gac Sanit* 2009;23(4):280-6.
- (50) Vázquez ML, Vargas I. Organizaciones Sanitarias Integradas: Un estudio de casos. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya; 2007.
- (51) Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy* 2002 Jun;60(3):201-18.
- (52) Guthrie B, Saultz JW, Freeman GK, Haggerty JL. Continuity of care matters. *BMJ* 2008;337:a867.
- (53) WHO. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca. Geneve: WHO; 2008.
- (54) Vázquez ML, Vargas I, Terraza R, Pizarro V. Marco Conceptual para el estudio de las organizaciones sanitarias integradas. En: Vázquez ML, Vargas I. Organizaciones Sanitarias Integradas: Un estudio de caso. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya; 2007. p. 7-31.
- (55) Freeman G, Woloshynowych M, Baker R, Boulton M, Guthrie B, Car J et al. Continuity of care 2006: what have we learned since 2000 and what are policy imperatives now? London: National Coordinating Centre for Service Delivery and Organisation; 2007.
- (56) Gulliford MC, Naithani S, Morgan M. Continuity of care and intermediate outcomes of type 2 diabetes mellitus. *Fam Pract* 2007 Jun;24(3):245-51.
- (57) Saultz JW, Albedaiwi W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review. *Ann Fam Med* 2004 Sep;2(5):445-51.
- (58) Cabana MD, Jee SH. Does continuity of care improve patient outcomes? *J Fam Pract* 2004 Dec;53(12):974-80.
- (59) Cabana MD, Jee SH. Does continuity of care improve patient outcomes? *J Fam Pract* 2004 Dec;53(12):974-80.

- (60) Celli B. [COPD: from unjustified nihilism to reasonable optimism]. *Arch Bronconeumol* 2002 Dec;38(12):585-8.
- (61) Kautz CM, Gittell JH, Weinberg DB, Lusenhop RW, Wright J. Patient benefits from participating in an integrated delivery system: impact on coordination of care. *Health Care Manage Rev* 2007 Jul;32(3):284-94.
- (62) Patton QM. *Qualitative evaluation and research methods*. 2 ed. Newbury Park: SAGE Publications; 1990.
- (63) Calderón C, Fernández de Sanmamed Santos J. Investigación cualitativa en atención primaria. In: Martín Zurro A CPJ, editor. *Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica*. 5 ed. Barcelona: Harcourt International; 2003. p. 224-41.
- (64) Muñoz J. *Análisis cualitativo de datos textuales con Atlas/ti*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2003.
- (65) Alazri MH, Neal RD, Heywood P, Leese B. Patients' experiences of continuity in the care of type 2 diabetes: a focus group study in primary care. *Br J Gen Pract* 2006 Jul;56(528):488-95.
- (66) Lester H, Tritter JQ, Sorohan H. Patients' and health professionals' views on primary care for people with serious mental illness: focus group study. *BMJ* 2005 May 14;330(7500):1122.
- (67) Mercer SW, Cawston PG, Bikker AP. Quality in general practice consultations; a qualitative study of the views of patients living in an area of high socio-economic deprivation in Scotland. *BMC Fam Pract* 2007;8:22.
- (68) Nair KM, Dolovich LR, Ciliska DK, Lee HN. The perception of continuity of care from the perspective of patients with diabetes. *Fam Med* 2005 Feb;37(2):118-24.
- (69) Naithani S, Gulliford M, Morgan M. Patients' perceptions and experiences of 'continuity of care' in diabetes. *Health Expect* 2006 Jun;9(2):118-29.
- (70) Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC). *Marco estratégico para la mejora de la atención primaria en España: 2007-2012*. Proyecto AP-21. Madrid: MSC. 2007.
- (71) Alazri MH, Neal RD, Heywood P, Leese B. Patients' experiences of continuity in the care of type 2 diabetes: a focus group study in primary care. *Br J Gen Pract* 2006 Jul;56(528):488-95.
- (72) Infante FA, Proudfoot JG, Powell DG, Bubner TK, Holton CH, Beilby JJ, et al. How people with chronic illnesses view their care in general practice: a qualitative study. *Med J Aust* 2004 Jul 19;181(2):70-3.
- (73) Gulliford MC, Naithani S, Morgan M. Continuity of care and intermediate outcomes of type 2 diabetes mellitus. *Fam Pract* 2007 Jun;24(3):245-51.
- (74) Reid RJ, Wagner EH. Strengthening primary care with better transfer of information. *CMAJ* 2008 Nov 4;179(10):987-8.

- (75) Naithani S, Gulliford M, Morgan M. Patients' perceptions and experiences of 'continuity of care' in diabetes. *Health Expect* 2006 Jun;9(2):118-29.
- (76) Cowie L, Morgan M, White P, Gulliford M. Experience of continuity of care of patients with multiple long-term conditions in England. *J Health Serv Res Policy* 2009 Apr;14(2):82-7.
- (77) Von Bultzingslowen I, Eliasson G, Sarvimaki A, Mattsson B, Hjortdahl P. Patients' views on interpersonal continuity in primary care: a sense of security based on four core foundations. *Fam Pract* 2006 Apr;23(2):210-9.
- (78) Chao J. Continuity of care: incorporating patient perceptions. *Fam Med* 1988 Sep;20(5):333-7.
- (79) Shi L, Starfield BH, Xu J. Validating the adult primary care assessment tool. *J Family Practice* 2001;50(2).

Tabla 1: Tipos de continuidad asistencial y dimensiones según la clasificación de Reid et al. (1)

Continuidad de relación	Continuidad de información	Continuidad de gestión
<ul style="list-style-type: none">• Vínculo paciente-proveedor• Consistencia del personal	<ul style="list-style-type: none">• Transferencia de la información• Conocimiento acumulado	<ul style="list-style-type: none">• Consistencia de la atención• Flexibilidad y accesibilidad

Fuente: Adaptado de Reid et al. (1)

Tabla 2: Características de los casos*

		Área de actuación de la OSI	
		<i>Badalona</i>	<i>Baix Empordà</i>
Distancia del CAP al hospital de referencia	<i>Cercano</i>	<p>Mujer de 69 años (caso 2) EPOC moderado y estable Diagnostico en el 1995 por el neumólogo</p> <p>Servicios que utiliza:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Atención primaria <ul style="list-style-type: none"> - Médica de cabecera: 2001-2008 - Varios médicos de cabecera: 2008-ahora ▪ Atención especializada <ul style="list-style-type: none"> - Neumólogo :1995-2005 - Neumóloga: 2005-ahora ▪ Hospital: 2003 y2004 ▪ Urgencias: 2002-2008 	<p>Hombre de 65 años (caso 1) EPOC moderado y estable Diagnostico en el 2004 por la neumóloga.</p> <p>Servicios que utiliza:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Atención primaria <ul style="list-style-type: none"> - Médico de cabecera: 2003-ahora ▪ Atención especializada <ul style="list-style-type: none"> - Neumólogo: 2004 - Neumólogo: 2008-ahora ▪ Urgencias: 2001-2007
	<i>Lejano o mediana</i>	<p>Hombre de 69 años (caso 1) EPOC moderado y exacerbaciones Diagnostico en el 2001, probablemente en el servicio de urgencias en Badalona.</p> <p>Servicios que utiliza:</p> <p><u>Hospital de referencia</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Atención primaria <ul style="list-style-type: none"> - Médica de cabecera: 2002-2009 - Médico de cabecera: 2009-ahora ▪ Atención especializada <ul style="list-style-type: none"> - Neumóloga :2008-ahora ▪ Hospital: 2008 ▪ Urgencias: 2001-ahora ▪ Rehabilitación: 2008-ahora ▪ Unidad Salud Laboral: 2008-ahora <p><u>Otro proveedor en Barcelona</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Atención especializada <ul style="list-style-type: none"> - Neumólogo: 2001(?) -2009 - Neumóloga: 2009-ahora ▪ Urgencias: ?-ahora 	<p>Hombre de 65 años (caso 2) EPOC leve y con exacerbaciones Diagnostico alrededor del 2000 por un neumólogo privado.</p> <p>Servicios que utiliza:</p> <p><u>Hospital de referencia</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Atención primaria <ul style="list-style-type: none"> - Médica de cabecera: 2002-2005 - Varios médicos de cabecera: 2005-2008 - Médico de cabecera: 2008-ahora ▪ Atención especializada <ul style="list-style-type: none"> - Neumóloga: 2008- ahora ▪ Hospital: 2009 ▪ Urgencias: 2002-ahora ▪ Rehabilitación: 2009-ahora <p><u>Otro proveedor en Girona</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Atención especializada <ul style="list-style-type: none"> - Neumólogo privado: 2000-ahora (?)

*en negrita: los informantes entrevistados

Tabla 3: Citas textuales según caso

Tabla 3.1: Caso 1 de BSA	Citas textuales
Continuidad de relación	
Consistencia del personal	<p><i>“la doctora era la médica de cabecera nuestra de año, pero con que se ha marchado [...] nos ha dejado a todos colgados” (paciente).</i></p> <p><i>“hasta que yo no tenga a otro médico fijo [...] ahora están poniendo nada más que suplentes [...] los médicos de cabecera nos cambian cada dos por tres” (paciente).</i></p>
Vínculo entre paciente y proveedor	<p><i>“[la médica de cabecera anterior] se cerciora bien de lo que tienes [...] te manda a los especialistas a que te tiene que mandar [...] te escucha bien, te visita bien sobre lo que tú dices que tienes” (paciente)</i></p> <p><i>“[la situación de ahora] a mí, me parece mal, no es mi médico y tampoco tiene ningún interés conmigo” (paciente).</i></p> <p><i>“les dije [a los médicos del hospital en Barcelona] lo que me había pasado y me dijeron ‘pues no te preocupes’ [...] me calmaron el dolor y entonces me hicieron todas las pruebas” (paciente).</i></p> <p><i>“para las cosas pequeñas voy ahí [hospital de referencia] y cuando me encuentro de verdad fastidiado pues me vengo aquí [al hospital en Barcelona]” (paciente).</i></p> <p><i>“confía mucho en la atención del centro, entonces, al menos que estuviera muy apurado, como primera opción viene” (médica de cabecera).</i></p>
Continuidad de gestión	
Accesibilidad y flexibilidad	<p><i>“de que te sirve que te hayan hecho esa prueba, si no te van a recibir hasta desde aquí seis meses” (paciente).</i></p> <p><i>“tendrías que hacer una trampa: irte ahí a la puerta de la consulta [de la neumóloga] y cuando salga el paciente, entrar a dentro y decir ‘doctor mire, vengo porque me encuentro mal y no me dan hora para visitarle’” (paciente).</i></p> <p><i>“me tienen 8 horas [en urgencias en del hospital de referencia] y no me atienden bien [...] me encontraba muy mal, y me dieron una camilla y me pusieron en un pasillo y ahí estaba yo, revolcándome de dolor. Y pasó un médico y me dijo que tenía que esperar a todos, por lo menos había 20 [...] Pues a mí ahí me dejaron ahí como un trapo” (paciente).</i></p> <p><i>“en el hospital de xxx [Barcelona] me cogieron de seguida” (paciente).</i></p> <p><i>“llega al mostrador [del CAP] y se está ahogando, bueno se visita, se fuerza la</i></p>

	<i>visita, la accesibilidad está bastante garantizada” (médica de cabecera).</i>
Consistencia de la atención	<p><i>“[la regularidad de visitas en la AP] me parece demasiado tiempo. Teniendo una enfermedad crónica, que tengo yo, me gustaría estar más vigilado, o sea por ejemplo en vez de darme la visita cada seis meses que me le dieran cada tres” (paciente).</i></p> <p><i>“tanto este especialista [del hospital de referencia] como la neumóloga [de Barcelona] me pueden cambiar el medicamento, pero yo de seguida lo pongo en conocimiento del otro” (paciente).</i></p>
Continuidad de información	
Transferencia de información	<p><i>“tienen acceso a la información por mediación de los ordenadores que están conectados, los del hospital con todo el territorio que le pertenece” (paciente).</i></p> <p><i>“ellos no tienen [la información del hospital de Barcelona], si yo no le pido documentación aquí en el hospital [al neumóloga] para dárselo a ellos” (paciente).</i></p> <p><i>“los especialistas nos lo han dicho que visualizar nuestra historia desde el hospital es más complicado porque no les aparece toda la información” (médica de cabecera).</i></p> <p><i>“hay muchas cosas que no están apuntadas [...] cuando ya conoces mucho un paciente, a veces ya no escribes tanto” (médica de cabecera).</i></p>
Conocimiento acumulado	<i>“tampoco es bueno que te cambien así el médico de cabecera, una persona que ya sabe del pie que tú cojeas a el otro que no sabe nada” (paciente).</i>

Tabla 3.2: Caso 2 de BSA	Citas textuales
Continuidad de relación	
Consistencia del personal	<p><i>“mi médico de cabecera antes era un doctor que te llevaba de todo pero ahora como cada vez cuando vas al médico es uno diferente [...] ya sabes que cuando tienes un problema serio, vas a la especialista” (paciente).</i></p> <p><i>“las quince veces que he ido [al CAP nuevo] sólo le he visto dos veces [a la médica de cabecera nueva]” (paciente).</i></p> <p><i>“por desgracia el cupo al que ésta pertenece está teniendo un recambio continuo de profesionales médicos de AP desde hace al menos 3-4 años” (médica de cabecera actual).</i></p>
Vínculo entre paciente y	<i>“antes el médico de cabecera era como un profesor, una persona de</i>

proveedor	<p><i>confianza” (paciente).</i></p> <p><i>“no coges la confianza con una persona que no ves” (paciente).</i></p> <p><i>“durante un tiempo la señora seguía viniendo a mi consulta aquí por el tema de la relación que teníamos ella y yo” (médico de cabecera anterior).</i></p>
Continuidad de gestión	
Accesibilidad y flexibilidad	<p><i>“[tiempo de espera] muy bien. Yo no tengo ninguna queja (paciente).</i></p> <p><i>“si es urgente, te visitan en seguida [...] la neumóloga te ingresa al momento si es necesario” (paciente).</i></p> <p><i>“saben que en cualquier momento o vía telefónica o delante de la puerta los atiendo” (médico de cabecera anterior).</i></p> <p><i>“cuando la paciente se agudice se empeora, inicialmente al médico de cabecera” (neumóloga).</i></p>
Consistencia de la atención	<p><i>“tuve una temporada en que me ahogaba bastante [...] e iba cada tres meses [al servicio de neumología]” (paciente).</i></p> <p><i>“[la neumóloga] me hace la revisión del oxígeno, me hace las radiografías del pecho, me hace la prueba de respiración, cada seis meses” (paciente).</i></p>
Continuidad de información	
Transferencia de información	<p><i>“cuando te hacen la medicación se lo hablan [...] están bien coordinados” (paciente).</i></p> <p><i>“la comunicación [...] es bastante escasa [...] la interconexión entre especialistas [...] y AP en algunos casos es dificultosa” (médico de cabecera).</i></p> <p><i>“no hay ningún feedback entre la especialidad hospitalaria y la especialidad primaria. La comunicación entre ellos y nosotros, mi percepción es que es bastante escasa, aunque digan a nivel de la gerencia del hospital que sí” (médico de cabecera).</i></p>
Conocimiento acumulado	<p><i>“[la especialista] es una chica joven, muy guapa, muy atenta, pero a mí no me conoce como conocía el que me llevaba hace ocho años” (paciente).</i></p> <p><i>“como ahora tienes un médico, ahora tienes otro, no están nunca al día de lo que tienes” (paciente).</i></p> <p><i>“te haces una idea cuando entras al domicilio ves como está distribuido el domicilio [...] la zona de la vivienda donde está [...] al final lo englobas todo” (médico de cabecera).</i></p>

Tabla 3.3: Caso 1 de SSIBE	Citas textuales
Continuidad de relación	
Consistencia del personal	<i>“conviene que sea el mismo [...] porque ya sabes la manera de que te trata” (esposa del paciente).</i>
Vínculo entre paciente y proveedor	<p><i>“una vez a mí, me dijo [el neumóloga anterior] que ya no volviera” (esposa del paciente).</i></p> <p><i>“‘cuando tenga un problema’ dijo [el neumóloga anterior], ‘ya no tiene que venir conmigo, tiene que ir con el médico de capçalera’” (paciente).</i></p> <p><i>“es un paciente que lo llevo yo y yo hago el tratamiento (neumóloga).</i></p>
Continuidad de gestión	
Accesibilidad y flexibilidad	<p><i>“si no te puede atender el médico que tienes, la ventaja que hay es, que tú puedes ir a las urgencias [...] me atendieron también estupendamente” (paciente).</i></p> <p><i>“[la proximidad al CAP] es un privilegio, que hay mucha gente que no lo reconoce esto. Es mucha más calidad” (paciente).</i></p>
Consistencia de la atención	<p><i>“[la especialista actual] me quiere ver cada temporada, en este caso, bastante diferencia positiva [en comparación con el especialista anterior” (paciente).</i></p> <p><i>“las distancias de las visitas [en la AP] depende de que apurada que estés” (paciente).</i></p>
Continuidad de información	
Transferencia de información	<p><i>“me lo explican claramente y si tengo alguna duda y tengo que preguntar, pues, no hay ningún problema hasta que lo tenga claro” (paciente).</i></p> <p><i>“la visita pues me lo hace completa. Si tengo que tardar por ejemplo 5 minutos más, pues no pasa nada” (paciente).</i></p> <p><i>“[el médico de cabecera] muy discreto con todo y comprensivo con todo. Si tengo alguna duda [...] me responde correctamente con mucha educación y mucho tacto” (paciente)</i></p>
Conocimiento acumulado	<p><i>“el nuevo médico ve todo el historial en el ordenador [...] pero su médico habitual ya lo conocía” (esposa del paciente).</i></p> <p><i>“más o menos el médico de cabecera regularmente sabe unas cosas de sus pacientes como es normal, de su entorno familiar y algún problemilla que pueda tener” (paciente).</i></p>

Tabla 3:4 Caso 1 de SSIBE	Citas textuales
Continuidad de relación	
Consistencia del personal	<i>“los médicos siempre son los mismos [...] no hay cambios” (paciente).</i>
Vínculo entre paciente y proveedor	<p><i>“referente a los médicos todo esto, para mí, lo máximo de bien, máximo de atento” (paciente).</i></p> <p><i>“la especialista es una chica muy seria, te mira, te escucha, mira los informes, todo, muy bien” (paciente).</i></p> <p><i>“la doctora de la planta cada momento me venía a mirar [...] son muy buenos médicos aquí en [el hospital de referencia]” (paciente).</i></p> <p><i>“[los médicos de urgencias] estos vienen aquí, recién salido de la facultad de medicina, vienen a estudiar [...] no me voy a dejar tocar por uno que no sepa [...] con esto no quiero decir yo, que no sean buenos médico” (paciente).</i></p>
Continuidad de gestión	
Accesibilidad y flexibilidad	<p><i>“ahora me tienen que hacer el TAC, pues ya hace un mes y medio, tarda mucho. Hay mucha gente enferma y pocos médicos, es normal” (paciente).</i></p> <p><i>“para la segunda visita, sí tengo un poco más de demora, porque tengo más de tres meses” (neumóloga).</i></p>
Consistencia de la atención	<i>“el paciente y su mujer vienen muy quejosos por el episodio agudo de MPOC. Se quejan que en [el hospital de referencia] no mejoró y fue a [un médico privado]” (historia clínica: médico de cabecera).</i>
Continuidad de información	
Transferencia de información	<p><i>“todos colaboran [...] entre ellos se ayudan, esto es claro, si hay una cosa que me tiene que hacer aquel, lo pasa por el ordenador” (paciente).</i></p> <p><i>“que fuera a mi médico [de cabecera] y que dijera que me mandara medicamentos originales. Yo soy alérgico a estos medicamentos genéricos, esto fue lo que me dijo” (paciente).</i></p> <p><i>“cualquier médico de cabecera al que vaya, me conoce y sabe que puede enviarme un correo y hemos hablado en diferentes ocasiones” (neumóloga).</i></p> <p><i>“si no hay nada escrito [en la historia clínica] es un desastre, a pesar de que tenemos un sistema perfecto” (médico de cabecera).</i></p> <p><i>“cuando va a otro médico de manera privada [...] a veces con lo que te dice</i></p>

	<i>puedes guiarte que tipo de pruebas le ha hecho [...] pero la mayoría de las veces tampoco trae las pruebas [...] como no sabes el resultado pues queda todo muy en el aire” (neumóloga).</i>
Conocimiento acumulado	<i>“la entrevista clínica o de su anamnesia le iban con observaciones de su vida familiar o habitual” (neumóloga).</i>

3. ANEXOS

B Guía de entrevista: Usuarios

Datos del usuario: Nombre, edad, sexo, profesión, OSI, CAP al que pertenece, ubicación del CAP;

Datos de la entrevista: Lugar, fecha, hora de inicio de la entrevista, hora de finalización de la entrevista;

1. Diagnóstico y trayectoria asistencial (reconstrucción del caso)

¿Desde cuándo padece la enfermedad pulmonar?

¿Cómo descubrió que padecía esta enfermedad?

¿Quién le hizo el diagnóstico?

¿Dónde lo diagnosticaron?

¿A qué servicios de salud suele ir para esta enfermedad? ¿Por qué?

¿Lo han derivado del hospital o servicio a otro?

2. Continuidad asistencial

¿Cómo se piden las visitas?

¿Cómo le parece el acceso a los servicios en la AP? ¿Y en la AE?

¿Qué le parece, el tiempo que tiene que esperar?

¿Qué profesionales le han tratado la enfermedad de los pulmones? ¿Y cuáles le tratan ahora?

¿Quién es el responsable del tratamiento de su enfermedad? ¿Por qué?

¿Qué le parece su relación con los profesionales del hospital que lo atienden? ¿Qué habría que mejorar? ¿Y con su médico de cabecera?

(Si no lo mencionan preguntar sobre: ¿Sabe escuchar? ¿Tiene confianza?)

¿Su médico de su vida, que más conoce aparte de las enfermedades?

Cuando le derivaron, ¿cómo sabía el personal lo que había pasado?

¿Cómo se comunica el profesional que le atiende?

¿El médico de cabecera/especialista le dio algún informe para entregarlo al especialista/médico de cabecera?

¿Cree que le repiten las pruebas (espirometría, análisis de sangre)? ¿Por qué?

¿Le han realizado cambios en su tratamiento? ¿Por qué?

¿Le parece que el médico de cabecera y los especialistas que le atienden colaboraron entre si/ trabajan juntos? ¿Por qué?

¿Usted o su familia ha recibido capacitación para cuidarse en casa? ¿Qué le parece? (auto-responsabilidad)

¿Cómo es su tratamiento en casa?

3. Definición, aspectos fuertes y débiles

¿Qué entiende usted del término 'continuidad de la asistencia'?

¿Qué elementos atribuiría a la continuidad? ¿Cuáles son los más importantes?

¿Qué elementos facilitan la continuidad? ¿Cuáles la dificultan?

4. Sugerencias de mejora

¿Qué habría para mejorar la continuidad? ¿Cómo? ¿Le parece factible?

¿Quiere usted añadir algo respecto a su continuidad asistencial?

C Guía de entrevista: Profesionales

Datos del entrevistado: Nombre, profesión, OSI (BSA), paciente atendido;

Datos de la entrevista: Lugar, fecha, hora de inicio de la entrevista, hora de finalización de la entrevista;

1. Diagnóstico y trayectoria asistencial

¿Qué servicios ha proporcionado usted al paciente?

¿Qué profesionales atienden al paciente en el AE/AP?

¿Quién es responsable del tratamiento? (¿Hay un gestor de caso?) ¿Quién es?

¿Cómo es la periodicidad de las visitas y las pruebas en la AE? ¿El paciente es requerido rutinariamente? ¿Y en la AP?

2. Continuidad asistencial (Coordinación)

¿Cómo es la relación entre el paciente y usted? (¿Cree que existe una confianza?)

¿Aparte de la información clínica, que conocimiento tiene usted sobre el paciente?

¿Cómo considera el acceso a la información por parte de los profesionales?

¿Cómo le parece la comunicación entre los diferentes niveles en cuanto al seguimiento de la EPOC? (¿Qué consecuencias tiene para el seguimiento?)

¿Cómo se transmite la información dentro de un mismo nivel y con los diferentes niveles? ¿Qué información se comparte? ¿Y con la información del médico privado?

¿Cuál es el procedimiento que debe realizar el paciente para solicitar otro servicio?

¿Qué parece el acceso a los servicios? ¿Y el tiempo de espera?

¿Existen protocolos y/o guías de práctica clínica compartidas para pacientes con EPOC?

¿Se siguen los protocolos y guías? ¿El protocolo permite cambios de acuerdo con las necesidades del paciente?

¿Qué mecanismos se han utilizado para coordinar diferentes niveles? (circuitos de referencias y contrarreferencia, GPC, protocolos, planificación de alta, guía farmacológica compartida, sistema de información, puesto de enlace entre niveles) ¿Qué opina de ellos?

3. Definición, aspectos fuertes y débiles

¿Qué entiende usted de continuidad?

¿Cuál elementos atribuiría a la continuidad? ¿Cuáles son los más importantes?

¿Que opina que elementos facilitan la continuidad? ¿Y que le parece, la dificultan?

4. Sugerencias de mejora

¿Qué sugerencias propone usted para mejorar la continuidad de pacientes con EPOC? ¿Cómo?

¿Le parece que estas propuestas son factibles?

D Guía para revisar la historia clínica

Nombre del usuario; OSI; Lugar; Fecha

1. Información en general

Fecha diagnóstico y responsable

Servicios sanitarios utilizados:

Número de hospitalizaciones por EPOC

Número de emergencia

Periodicidad de las visitas del médico de cabecera

Periodicidad de las visitas del especialista

2. Continuidad asistencial

2.2. Continuidad de información

Transferencia de la información

¿La información sobre el paciente es accesible a los diferentes proveedores que participan en la atención del paciente? (pertenecientes a diferentes niveles asistenciales o a lo mismo)

¿A través de que mecanismos o medios está disponible dicha información?

¿Rellenan los documentos de derivación entre niveles? (Inter-consulta)

Conocimiento acumulado

¿En los antecedentes el profesional sanitario describe el contexto social del paciente?

2.3 Continuidad de relación

Consistencia del personal

¿Qué profesionales atienden al paciente?

¿Los profesionales que la atienden cuando es hospitalizada, son los mismos que hacen su seguimiento en consulta externa?

¿Existe un gestor de caso?

2.4 Continuidad de gestión

Consistencia de la atención

¿Existe una periodicidad para la realización de las pruebas?

¿Qué profesionales las pide y quién las hace?

¿Existen duplicidades de las pruebas diagnósticas?

¿Existen duplicidades en la prescripción de medicamentos?

¿Existen protocolos y/o guías de práctica clínica compartidas para pacientes con EPOC?

Flexibilidad

¿Había cambios en el tratamiento del paciente?

Accesibilidad

¿Cuánto tiempo tardó desde la derivación del primer nivel hasta la consulta del especialista?

¿Cuánto tiempo tardó desde la derivación de la atención especializada al primer nivel?

¿Cómo es la periodicidad de las consultas? ¿Es requerido rutinariamente?

Además: Auto-responsabilidad

¿Hay registros de orientación de auto-cuidado? ¿Cuáles son?

¿Existe un apoyo domiciliario?

F Preguntas de evaluación, técnicas e instrumentos

Dependientemente del tipo y de la dimensión de CA, se utiliza diferentes métodos y técnicas, la mayoría de ellos cuantitativos.

Tabla 3: Preguntas de evaluación, técnicas e instrumento por dimensiones de continuidad asistencial adaptado por Leatt et al.¹ (*en cursiva*) y Reid et al.²

Continuidad de información		
Dimensión de CA	Pregunta	Técnica e instrumento
<i>Transferencia de la información</i>	¿El profesional cuenta con acceso a los documentos previos independientemente del formato? ¿El profesional dispone de exámenes y registros previos? <i>¿El paciente no tiene que repetir su historia en cada visita?</i> <i>¿El paciente no se somete a repeticiones inútiles de exámenes y pruebas?</i> <i>¿El paciente no es la única fuente de información para que el médico e otro profesional conozcan su historia de utilización de servicios, procedimientos y medicamentos?</i>	Revisión de registros clínicos (cuan.) Encuesta a los pacientes (cuan.)
Conocimiento acumulado	¿El paciente percibe, que el profesional registra las patologías previas, visitas anteriores y exámenes solicitados? ¿El paciente opina, que el profesional tiene conocimientos sobre los valores, las creencias y el contexto social del paciente?	No hay técnicas
Continuidad de relación		
Dimensión de CA	Pregunta	Técnica e instrumento
<i>Vínculo paciente proveedor</i>	¿El paciente tiene un médico regular o habitual (sentido de pertenencia)? ¿Existe una confianza personal entre el paciente	Encuesta a los pacientes (cuan.) Escala de percepción de la

¹ Leatt P, Pink GH, Guerriere M. Towards a Canadian model of integrated healthcare. Healthcare Papers 2000;1:13-35.

² Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002.

	y el proveedor (fuerza de relación)? ¿El profesional tiene la habilidad de escuchar y comunicar (comunicación efectiva)?	continuidad que mide aspectos como la confianza, la comunicación etc. (cuan.) (78) Encuesta mediante la 'Adult Primary Care Assessment Tool (cuan.)(79)
Consistencia del personal	¿La relación entre el profesional y el paciente es longitudinal? ¿Existe una secuencia de cuidado entre los diferentes proveedores?	Revisión de registros clínicos (cuan.) Encuesta a los pacientes (cuan.)
Continuidad de gestión		
Dimensión de CA	Pregunta	Técnica e instrumento
Consistencia de la atención	¿Los protocolos son seguidos (en general enfocándose a un específico punto clave a garantizar)? ¿Las visitas son realizadas como estaban programados? <i>¿El paciente es requerido rutinariamente para prevenir complicaciones de problemas crónicos?</i>	Revisión de registros clínicos (cuan./cual.)
Flexibilidad	¿El tratamiento permite cambios de acuerdo con las necesidades del paciente?	Revisión de registros clínicos (cuan.)
Accesibilidad	<i>¿El paciente tiene acceso fácil y oportuno a los diversos exámenes y profesionales?</i> <i>¿El paciente puede acceder durante las 24 horas a un proveedor de servicios vinculado a la atención primaria?</i> <i>¿El paciente no queda confinado en un nivel de atención inadecuado por incapacidad de acceder puntualmente a otro nivel, sea este superior o inferior?</i>	No hay técnicas
Auto-cuidado	<i>¿El paciente recibe apoyo domiciliario y capacitación en auto cuidados que maximicen su autonomía?</i>	Revisión de registros clínicos (cuan.)

Abreviaturas: cuan.: método cuantitativo, cual.: método cualitativo

Fuente: Elaboración propia

G Relación entre objetivos, análisis y resultados

La siguiente tabla muestra la relación entre los objetivos del estudio, las categorías de análisis, la fuente y el instrumento utilizado con los resultados esperados.

Tabla 4: Criterios de partida

Objetivo	Categorías de análisis	Fuente	Instrumento	Resultados esperados
Analizar las perspectivas de los usuarios sobre la continuidad asistencial de información (CI), gestión (CG) y relación (CR).	Definiciones de CA y sus tipos Atributos de CA y sus tipos Relevancia de los tipos Percepción de CA y sus tipos en su caso	Usuarios Profesionales Historia clínica	Guía de entrevistas individuales (pacientes y profesionales) Guía para analizar la historia clínica	Definiciones, atributos de los tipos y la relevancia de CA desde la perspectiva de los usuarios
Identificar las barreras y los facilitadores a la continuidad asistencial percibidos por los pacientes.	Elementos que facilitan la CA Elementos que dificultan la CA	Usuarios Profesionales Historia clínica	Guía de entrevistas individuales (pacientes y profesionales) Guía para evaluar la historia clínica	Aspectos fuertes y débiles de la continuidad de la asistencia
Determinar sugerencias de mejora en los distintos tipos de la continuidad asistencial propuestos por los usuarios.	Elementos que facilitan la CA Propuestas de mejora Factibilidad de las propuestas	Usuarios Profesionales	Guía de entrevista para el paciente	Tipología de las sugerencias de mejora según los usuarios

Abreviaciones: CA (Continuidad asistencial), CG (Continuidad de gestión), CR (Continuidad de relación), CI (Continuidad de información);

Fuente: Elaboración propia

H Resultados

Badalona Serveis Assistencials

Badalona Serveis Assistencials (BSA) brinda la atención primaria (AP), especializada (AE) y sociosanitaria a los municipios de Montgat, Tiana y a seis de las doce áreas básicas de salud de Badalona. En total, su área de referencia es de 108.869 habitantes y coincide con el área de referencia del hospital. El ámbito de actuación de la atención sociosanitaria es más amplio y corresponde a la población del Barcelonés nord, con un total de 379.921 habitantes en 2004³.

El GesdHoc, el sistema sanitario compartido de BSA, consiste de tres aplicaciones diferentes, una para cada nivel asistencial que pero están conectadas entre sí. El centro sociosanitario antes compartía la historia informatizada con el Hospital Municipal de Badalona (HMB), pero recientemente se ha introducido un aplicativo. El GesdHoc no está conectado con el hospital Can Ruti, donde se realizan algunas pruebas complementarias para la EPOC. Las historias clínicas fueron informatizadas en el año 2002

BSA: Caso 1

1) Introducción

Consideraciones generales: Hombre exfumador de 69 años, residente en una ciudad perteneciente al área de actuación BSA y con el CAP alejado del hospital de referencia. El paciente tiene EPOC moderada con exacerbaciones.

Diagnóstico y trayectoria: El paciente refiere que padece bronquitis asmática desde hace aproximadamente 40 años, causada por el tabaco y por su trabajo en una fábrica de plástico donde estaba en contacto con amianto “*se ve que ya se queda una secuela de haber fumado [...] el amianto me perjudicaba también a los pulmones*” (paciente). Después de ahogarse y padecer una gripe que tardaba en curarse, acudió a urgencias en Badalona en el año 2001, donde le diagnosticaron la EPOC.

Se encuentran discrepancias entre los médicos sobre el lugar de diagnóstico de la enfermedad. Por una parte, su neumóloga considera que en el año 2004 acudió a

³ Hena DM, Llopart JR. Badalona Serveis Assistencials. In: Vázquez ML, Vargas I, editors. Organizaciones Sanitarias Integradas. Un estudio de casos. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya; 2007. p. 61-79

neumología en el hospital de Can Ruti donde fue diagnosticado la EPOC, por otra parte, su médica de cabecera anterior considera que fue diagnosticado y controlado en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Sant Pau) en Barcelona. En las historias clínicas no se consta información sobre el diagnóstico.

Ha sido atendido por EPOC por su médica de cabecera desde que abrieron el CAP, en el año 2001 hasta el 2009, cuando la médica de cabecera cambió el CAP para realizar una substitución. En cuanto a la AE, acudió a Sant Pau por primera vez en el año 2002 por presentar una exacerbación, como muestra la historia clínica, *“ha sido visitado hoy por neumología Hospital Sant Pau por presentar cuadro compatible con agudización MPOC” (historia clínica: médica de cabecera)*. En el año 2007 la médica de cabecera le realizó una derivación al servicio de neumología del Hospital Municipal de Badalona (HMB), después de sufrir repetidas agudizaciones, *“motivo de consulta: remitido por su MF [médico de familia] para control de EPOC” (historia clínica: neumóloga)*. La médica de cabecera considera que el paciente decidió cambiar el servicio de neumología del hospital de San Pau por el del HMB debido a la cercanía a la HMB comparando con Sant Pau en Barcelona, *“desplazarse a Barcelona cada vez que tenía que hacer un control” (médica de cabecera)* y por que la información se comparte solamente con el HMB, *“dije que yo no puedo conseguir información de Sant Pau, es difícil la comunicación; con el HMB al menos compartimos historial, compartimos soporte informático y será más fácil” (paciente)*. Sin embargo, la médica de cabecera desconoce que el paciente continúa recibiendo atención en el servicio de neumología del hospital de San Pau, donde acude en caso de urgencia, *“cuando le envié al neumólogo del HMB, él en principio ya se quedó con el especialista de Badalona” (médica de cabecera)*.

Durante su trayectoria de EPOC, el paciente acudió seis veces a urgencias en BSA por insuficiencia respiratoria; el motivo de tres consultas es desconocido por falta de entradas en los registros de la historia clínica. El paciente fue hospitalizado dos veces, una vez durante ocho días en el año 2008, por una reagudización, y tras haber sido ingresado desde urgencias; y la segunda vez para realizar pruebas para diagnosticar el síndrome de apneas obstructivas del sueño (SAHS) en el hospital de Sant Pau. Además, utilizó los servicios sanitarios de rehabilitación en BSA en los años 2008 y 2009.

Respecto a su estado de salud actual, el paciente considera que no tiene buena salud, *“yo por la manera que me encuentro a veces pues creo que he ido a peor” (paciente)*. Sin embargo, según ambas médicas, la EPOC está relativamente estable desde el año pasado con reagudizaciones leves que no requieren ingreso. Por la enfermedad de

SAHS iniciaron un tratamiento con el CPAP (presión respiratoria positiva continua) en el hospital de Can Ruti, de lo que la neumóloga no está informada.

2) Continuidad de relación

Consistencia del personal:

El paciente consultó a su médica de cabecera desde que abrieron el CAP en el año 2001 hasta el 2009, momento en el que asumió un puesto en sustitución temporal en otro CAP. La médica de cabecera explica que volverá a incorporarse al CAP anterior y que reanudará el tratamiento con el paciente.

El paciente considera que la médica de cabecera le trató mucho tiempo, *“era la médica de cabecera nuestra de años” (paciente)*. En desacuerdo con la médica de cabecera, el paciente opina que ella se incorporó en otro CAP por realizar un cambio laboral, *“porque dice que quiere cambiar, que quiere mirar otras cosas, a ver si le interesa más” (paciente)*, lo que no le produjo buena impresión, *“nos ha dejado a todos colgados” (paciente)*. Al haber avisado y informado a los pacientes con antelación y mediante una carta, la médica de cabecera considera que sus pacientes aceptaron el cambio del personal, *“mi sensación fue ‘qué pena de perder la continuidad conmigo’ pero como sabían que era provisional también era bueno, o sea, de aceptación” (médica de cabecera)*.

El paciente cuenta cinco visitas con la médica de cabecera nueva que le asignaron en el año 2009, y ocho visitas con suplentes desde el año 2007. De acuerdo con el paciente, existe una rotación alta del personal sanitario en la atención primaria desde el cambio de la médica de cabecera en el año 2008, *“los médicos de cabecera cambian cada dos por tres” (paciente)*. No considera que le asignaron un médico de cabecera propio, sino que es atendido por suplentes, *“hasta que no tenga a otro médico fijo [...] ahora están poniendo nada más que suplentes” (paciente)*. El paciente no muestra preocupación en relación con esta inconsistencia en el personal que le atiende, puesto que los médicos de cabecera tienen acceso a su información clínica, siempre y cuando le proporcionen el tratamiento adecuado, *“da igual el médico, siempre que se comporte el médico como se tiene que comportar” (paciente)*.

En cuanto a la atención especializada (AE), según el paciente, actualmente le tratan dos especialistas, la neumóloga de BSA desde la derivación en el año 2007, y en el servicio de neumólogo del hospital Sant Pau. El paciente señala la existencia de una duración larga y consistente con el neumólogo de Sant Pau. Según la médica de cabecera, el paciente prefirió seguir el tratamiento en Sant Pau debido a una

trayectoria de muchos años, *“él quería continuar los controles con Sant Pau, o sea, estuvo mucho tiempo hasta el 2007”* (médica de cabecera), año en el que ella cree que finalizó la relación en este hospital.

Vínculo paciente-proveedor: El paciente confiaba en el tratamiento proporcionado por la médica de cabecera anterior porque realizaba visitas en su domicilio, *“venía a casa, ahora no [...] ahora te dicen que vayas al ambulatorio”* (paciente), le dedicaba suficiente tiempo en la consulta, *“en vez de estarse a lo mejor 10 minutos contigo, pues está un cuarto de hora”* (paciente), tenían una efectiva comunicación, *“te escucha bien, te visita bien sobre lo tú que dices que tienes”* (paciente), y le derivaba a otro nivel en caso de necesidad, *“te manda a los especialistas a que te tenga que mandar”* (paciente). Además considera que la médica de cabecera le exploraba bien antes de recetar, *“se cerciora bien de lo que tienes”* (paciente), lo que le generaba confianza, al contrario que su médico de cabecera actual. La médica de cabecera considera que el paciente confía en la atención recibida en el CAP, acudiendo como primera opción en caso de agudización, *“confía mucho en la atención del centro, entonces [...] al menos que estuviera muy apurado, como primera opción viene”* (médica de cabecera). No muestra este vínculo con su médico de cabecera nuevo por falta de interés por parte del médico, *“a mí, me parece mal [...] no es mi médico y tampoco tiene ningún interés conmigo”* (paciente).

En cuanto a la AE, el paciente confía en el personal sanitario en ambos hospitales (BSA y Sant Pau) *“cuando me han visitado, me han tratado correctamente”* (paciente) y en los especialistas debido a sus competencias y el conocimiento médico, *“creo que ellos son suficiente competentes como para saber lo que yo tengo y cómo lo tienen que tratar”* (paciente). Además destaca una buena relación con la neumóloga de BSA, *“es una buena profesional [...] supongo que trate bien a sus enfermos, lo máximo, a cada uno”* (paciente). Considera que es una médica atenta, ya que realiza pruebas necesarias y le deriva a otro especialista inmediatamente en caso de inseguridad, *“cuando ella no está segura de una cosa te envía a otro especialista con urgencia”* (paciente). La neumóloga menciona que existe una buena relación, sin embargo el hecho de que las vistas se programan cada seis meses hace que no se establezca una relación de confianza entre ambos, *“no tenemos gran confianza porque [...] no es mucho trato, cada seis meses ver a un paciente no es mucho en principio”* (neumóloga).

El servicio de neumología de Sant Pau le generó confianza desde la primera consulta, cuando acudió al presentar una exacerbación y le tranquilizaron y realizaron pruebas, *“les dije lo que me había pasado y me dijeron ‘pues no te preocupes’ [...] me calmaron el dolor y entonces me hicieron todas las pruebas”* (paciente). Además confía más en

el tratamiento recibido por los médicos de Sant Pau y en las pruebas realizadas en ese hospital al disponer de una mejor infraestructura en opinión del paciente, *“los médicos son mejores estos que aquí [en la BSA], y las máquinas que tienen esta gente allí no las tienen [...] las pruebas más son más fiables”* (paciente).

En cuanto a la responsabilidad del tratamiento, el paciente opina que los dos especialistas son igualmente responsables, al recibir un tratamiento adecuado en ambos hospitales, *“yo creo que es aún igual, no lo sé, sí por que, a ver, el trato personal mío es bueno ahí y es bueno aquí”* (paciente). La neumóloga opina que asumir la responsabilidad depende de la gravedad de la enfermedad, y en este caso concreto - de un EPOC estable y menos grave - la asume ella, aunque también podría transferirla a la médica de cabecera, *“este señor está en el límite, incluso le puede llevar el médico de cabecera”* (neumóloga); menos en la toma de decisión sobre la periodicidad de las visitas se responsabiliza la neumóloga, *“yo decido cada cuantos meses se visita”* (neumóloga). Además, opina que el médico de cabecera sigue la pauta establecida en la AE. La médica de cabecera concuerda que ella ocupa un papel más pasivo, dejando el control de la EPOC en las manos de la neumóloga.

En caso de una exacerbación, el paciente preferentemente acude al hospital de Sant Pau, *“para las cosas pequeñas voy ahí [BSA] y cuando me encuentro de verdad fastidiado pues me vengo aquí [Sant Pau]”* (paciente), al haber obtenido experiencias negativas con la lista de espera en el CAP de BSA. Al contrario, la médica de cabecera opina que ella era responsable de tratar sus agudizaciones y remitirle a urgencias del HMB cuando la gravedad de la EPOC lo precisaba debido a la confianza que muestra el paciente en la atención proporcionada en el CAP, *“confía mucho en la atención del centro, entonces [...] al menos que estuviera muy apurado, como primera opción viene”* (médica de cabecera). Además, comenta que al paciente le angustian las urgencias y por lo tanto prefiere recibir la asistencia en el CAP. La especialista concuerda con la médica de cabecera, que cuando la EPOC se exagera, en primer lugar acude a la AP, *“se agudiza, se costipa, se empeora, inicialmente al médico de cabecera”* (médica de cabecera).

3) Continuidad de gestión

Accesibilidad:

El paciente considera que la accesibilidad a la AP es adecuada, *“puedo tener todas las visitas que yo quiera”* (paciente) y explica que la vía utilizada para concertar una visita es mediante el teléfono o directamente en el mostrador del CAP. Ambas médicas

conducen en que normalmente la neumóloga no deriva el paciente a la AP después de de la visita con ella, *“en general no derivamos si no hay nada nuevo” (neumóloga)*.

Según el paciente, la médica de cabecera le deriva cuando lo precisa, *“te manda a los especialistas que te tenga que mandar, entonces yo para mí, es una buena doctora” (paciente)*. La médica de cabecera explica que realizó la primera derivación a la neumología del HMB y también le remite - lo que concuerda con la especialista - en caso de urgencia, bien llamando o enviando un fax a la neumóloga para que valore la situación y visite el paciente. En la historia clínica solamente se encuentra una nota de la primera derivación.

Considera que la accesibilidad a la AE para visitas espontáneas es insuficiente al no tener la opción de adelantar la visita concertada con la neumóloga en caso de necesidad, *“yo por ejemplo ahora querría que me viera para el mes de diciembre, pero me han dicho que no es posible, que no era posible hasta el mes de febrero, o sea que hay que aguantar” (paciente)*. Explica que en vez de pedir visita y evitar un tiempo de espera larga, iría directamente al despacho de la neumóloga para intentar recibir una asistencia al momento, *“tendrías que hacer una trampa: irte ahí a la puerta de la consulta y cuando salga el paciente entrar a dentro y decir ‘doctor mire, vengo porque me encuentro mal y no me dan hora para visitarle’” (paciente)*. El paciente y la médica de cabecera coinciden en que probablemente le atienda, *“y después la doctora, pues supongo que te visitaría”(paciente); “si quieren hablar con ellos o si están muy apurados y se plantan en la puerta también lo verán” (médica de cabecera)*.

De acuerdo con el paciente, ambas médicas consideran que la visita al servicio de neumología puede alargarse mucho. La médica de cabecera aconseja al paciente que cuando se agudiza, que se ponga en contacto con ella para que pueda realizar una inter-consulta urgente vía correo electrónico o teléfono, pidiendo una revisión o valoración a la neumóloga. Debido a tener la posibilidad de utilizar la ‘unidad de diagnóstico rápido de neumología’, la médica de cabecera considera que la atención en neumología es accesible en caso de urgencias. La neumóloga también está de acuerdo que pueden surgir dificultades al concertar visitas en la AE, sin embargo normalmente no tiene que esperar mucho tiempo para la visita, porque puede utilizar el hospital de día o porque la neumóloga le puede buscar algún espacio en su agenda.

El paciente señala que la médica de cabecera le deriva a urgencias cuando lo considera necesario. Según la médica de cabecera, ella es responsable de tratar sus agudizaciones en virtud de una mayor facilidad en acceder a la AP. Es decir, se encarga de la evaluación, del tratamiento y del seguimiento del paciente, si la agudización es menos grave. Según la historia clínica, fue derivado a urgencias en

tres ocasiones desde la AP, *“remito a urgencias por valoración” (historia clínica: médica de cabecera)*.

El paciente hace hincapié en las dificultades que ha experimentado para acceder a urgencias en el HMB, ya que no le atienden en un tiempo adecuado, *“me tienen 8 horas y no me atienden bien [...] me encontraba muy mal, y me dieron una camilla y me pusieron en un pasillo y ahí estaba yo ahí, revolcándome de dolor. Y pasó un médico y me dijo que tenía que esperar a todos, por lo menos había 20 [...] Pues a mí ahí me dejaron ahí como un trapo” (paciente)*. La médica de cabecera concuerda con el paciente, que existe un tiempo de espera inadecuadamente largo en urgencias del BSA. Por otro lado, la médica de cabecera considera que la accesibilidad al CAP es adecuada cuando el paciente requiere una atención urgente, *“llega al mostrador y se está ahogando, bueno se visita, se fuerza la visita. La accesibilidad está bastante garantizada” (médica de cabecera)*. La neumóloga considera que después de acudir a urgencias, se remite el paciente a la neumología. Sin embargo, la historia clínica muestra una derivación a la AP en dos ocasiones, *“destino: control por su médico de cabecera” (historia clínica: Urgencias)*. Además, la neumóloga comenta que recomienda al paciente concertar la visita en la AE un mes después de la hospitalización para hacer un control.

Al contrario de lo que sucede en el HMB, el paciente considera que existe una accesibilidad adecuada en el hospital de Sant Pau en caso de emergencia, *“en el hospital de San Pablo me cogieron de seguida” (paciente)*. También le recomendó el neumólogo de Sant Pau que se dirigiera directamente a él, *“que no fuera más ahí, cuando me encuentre mal, al hospital de Badalona” (paciente)*. Además considera que Sant Pau es geográficamente accesible, puesto que existe una buena comunicación con los transportes públicos durante el día. Esto contrasta con el motivo por el que la médica de cabecera le propuso el cambio al servicio del HMB, es decir debido a la proximidad a su domicilio en comparación con el hospital de Sant Pau en Barcelona.

Consistencia de la atención

En cuanto a la periodicidad de las visitas en la AP, el paciente explica que acude a la AP cuando lo considera necesario, pero como mínimo una vez al mes para recoger las recetas. La médica de cabecera resalta que no existe una periodicidad en el control de la bronquitis crónica; simplemente se programa una visita después de una agudización. Ella comenta que al menos una vez al año se le cita o que aprovecha cualquier visita para revisar la medicación crónica. El paciente realizó numerosas visitas espontáneas y programadas con la médica de cabecera por la EPOC (de 6 a 12

ocasiones anualmente entre el período 2007-2009) y 5 visitas con el nuevo médico de cabecera en el año 2009.

El paciente explica que cada seis meses tiene una visita de control en la AE, considerando la distancia de las visitas demasiado larga, *“me parece demasiado tiempo. Teniendo una enfermedad crónica, que tengo yo, me gustaría estar más vigilado, o sea, por ejemplo, en vez de darme la visita cada seis meses que me le dieran cada tres”* (paciente). Sin embargo, resalta que puede adelantarse la visita en caso de urgencia, *“si me ve muy apurado, pues a lo mejor adelanta la visita”* (paciente). De acuerdo con el paciente, la neumóloga comenta que al padecer una EPOC estable, las visitas tienen una periodicidad de 4 hasta 5 meses. Además, visita a los pacientes cuando están hospitalizados. En la historia clínica constan seis consultas en la AE en los años 2008 y 2009.

En cuanto a las visitas en el servicio de neumología de Sant Pau, el paciente explica que acude como mínimo una vez al año.

El paciente enfatiza la importancia que le hagan pruebas para poder recibir el mejor tratamiento. En cuanto a la realización de la radiografía de tórax, dice que la periodicidad es anual, pero también depende de las consideraciones de los médicos, *“cuando ellos creen que me las tienen que repetir, pues me las repiten”* (paciente). Se la solicita con seis meses de antelación, salvo que acuda a urgencias, donde se la realizan al momento. Según la neumóloga la radiografía de tórax tiene una periodicidad de entre uno a dos años. En la historia clínica consta que las radiografías de tórax se han realizado dos o tres veces al año desde el 2007, y que han sido solicitados principalmente por las urgencias.

Según la neumóloga, la espirometría se repite cada año. Considera que no existen dificultades en la programación o el tiempo de espera, es decir se realiza la prueba en el tiempo planificado. La médica de cabecera explica que no se encarga de solicitar las espirometrías. La información de la historia clínica muestra que se realizó una espirometría en el año 2008 y otra en el 2009, ambas solicitadas por la neumóloga.

El paciente explica que antes le enviaban a Barcelona para realizar el TAC, pero ahora disponen de esta exploración médica también en el hospital de Can Ruti. Dice que se realiza esta prueba anualmente. La neumóloga señala que esa prueba funcional completa se hizo solamente para realizar un estudio inicial en el año 2008 con el fin de catalogar la enfermedad y, además, para analizar el daño que podía haber causado la exposición al amianto. Menciona que no está planificado repetir un TAC. En la historia clínica se encuentran dos TACs realizados en los años 2008 y 2009.

Según el paciente, los médicos de Sant Pau se basaban en resultados antiguos y no le hicieron un seguimiento anual, tal como el paciente lo consideraría adecuado. Recientemente, la especialista nueva de Sant Pau le volvió a realizar las pruebas, *“la doctora dijo, ‘yo quiero saber como estás, no saber como estabas hace 9 años’”* (paciente). La médica de cabecera menciona que el neumólogo de Sant Pau una vez pidió una analítica general al CAP de BSA, *“decía, ‘vaya al médico de cabecera que le haga un análisis general’”* (médica de cabecera).

El paciente considera que ambos especialistas se encargan de modificar la medicación cuando lo consideran conveniente o su estado de salud lo requiere, *“me los van cambiando, según van viendo si me encuentro peor o mejor”* (paciente); pero siempre busca la opinión del otro neumólogo, *“tanto este especialista [de Sant Pau] como la neumóloga me pueden cambiar el medicamento, pero yo de seguida lo pongo en conocimiento del otro”* (paciente). El informe con las últimas modificaciones lo entrega a la médica de cabecera para actualizar el sistema de medicación crónica, *“entonces me los cambia; me borra este en el ordenador y me pone lo que dicen los médicos de aquí [Sant Pau]”* (paciente). También trae la nueva receta a la próxima visita con el neumólogo en Sant Pau para poder indicar los cambios realizados, y así evitar confusiones, *“no es que ellos me den un medicamento y yo tomaré otro y yo estoy jugando con los medicamentos”* (paciente). De acuerdo con el paciente, ambas médicas coinciden que la médica de cabecera se responsabiliza de actualizar la pauta introducida por la neumóloga, *“lo ponen crónicos [...] con la orden nuestra. No nos suelen cambiar [...] lo que ponemos en general lo siguen”* (neumóloga). Además, la médica de cabecera explica que se responsabiliza de revisar la medicación crónica una vez al año.

La neumóloga ignora que el paciente está tratado con Tiotropio Bromoro, *“Spiriva [...] que esto no tengo claro pero lo he cambiado yo o lo ha cambiado el médico de cabecera [...] no lo sé”* (neumóloga). La historia clínica muestra que fue en Sant Pau donde iniciaron el tratamiento con Tiotropio Bromoro, en el año 2008.

4) Continuidad de información

Transferencia de información

El paciente considera que existe un traspaso de información clínica entre la AE y la AP. Ambas médicas concuerdan que el sistema informático es ágil, visible y fácil de acceder desde la AP. No obstante, los médicos destacan que el acceso al historial

desde la AE es limitado, *“los especialistas nos han dicho que visualizar nuestra historia desde el hospital es más complicado porque no les aparece toda la información” (médica de cabecera)*, especialmente en cuanto a obtener los resultados de pruebas analíticas, *“tenemos problemas de saber, de acceder a algunas pruebas de ellos, en este caso, analíticas” (neumóloga)*. Por lo tanto, la neumóloga preferiría trabajar con una aplicación única, *“sería más fácil lógicamente si estuviera la misma historia clínica para no tener cada vez que cerrar, pero bueno tampoco es tan difícil” (neumóloga)*. Destaca que al principio sugirieron problemas informáticos, tal y como confirman las entradas en la historia clínica, *“no puedo entrar a historia clínica” (historia clínica: neumóloga)*, *“no puedo acceder a GesdHoc” (historia clínica: médica de cabecera)*.

Según el paciente, el hospital de Can Ruti ni está conectado con la AE ni con la AP de BSA. Esto coincide con la información de las médicas.

El paciente considera que la transferencia de información se realiza mediante el ordenador con los otros niveles asistenciales que pertenecen a la OSI, *“tienen acceso a la información por mediación de los ordenadores que están conectados, los del hospital con todo el territorio que le pertenece” (paciente)*. Ambos médicos coinciden que también se comunican a menudo vía telefónica o por correo electrónico.

El paciente considera que el médico de cabecera no siempre dispone de información sobre su historia clínica y, por lo tanto, debe exponerle el motivo de su consulta, *“yo diré, ‘que me envió usted a hacer una prueba de los huesos’. Entonces él lo mirará en el ordenador” (paciente)*, o repetir su historial, lo que no siempre coincide con la argumentación del médico, *“tienes que explicárselo todo de nuevo, y te hace caso o no te hace caso” (paciente)*. La médica de cabecera explica que aprovecha cualquier visita para ponerse al día sobre los cambios realizados en el nivel hospitalario, *“entro en el historial del hospital y miro a ver cuando ha sido la última visita, qué ha pasado, qué le han dicho, qué le han dado o qué le han cambiado” (médica de cabecera)*. Paralelamente, la neumóloga explica que examina a menudo el curso clínico, entrando en la aplicación de la AP para conocer el motivo de la derivación.

En cuanto al traspaso de información con otros proveedores fuera de la OSI, el paciente considera que BSA no comparte la historia clínica con Sant Pau, *“ellos no tienen [información de Sant Pau] si yo no le pido documentación aquí en el hospital [Sant Pau] para dárselo a ellos” (paciente)*. Sin embargo desconoce si se han hecho cambios al respecto, desde que han construido el hospital, *“ahora a lo mejor ya están todos informatizados, desde que han puesto este hospital nuevo, no lo sé” (paciente)*. La médica de cabecera confirma que ni se comparte un sistema informático con Sant

Pau, ni se transfiere la información médica utilizando otros mecanismos de información, *“no tenemos ningún tipo de relación ni organizativa, ni informática” (médica de cabecera)*.

De acuerdo con el paciente, le entregan un informe con las modificaciones de los medicamentos realizadas en la neumología para llevarlo al médico de cabecera. Además, el paciente y la neumóloga concuerdan que lleva un informe a Can Ruti con el resultado de la última prueba realizada en la AE, y que luego trae los resultados de Can Ruti a la neumóloga, *“el mismo médico le da informe ahí en Can Ruti el mismo día y nos va bien y nos trae el paciente el informe esta” (neumóloga)*. La especialista comenta que hay dificultades para pedir informes en hospitales grandes para entregarlos a otro centro sanitario, *“es un problema cuando vienen de otros centros [...] a más le decimos al paciente ‘tráiganos el informe’ [...] pero no es fácil, en un hospital grande, pidiendo un informe de lo que tenía” (neumóloga)*. Debido a la dificultad de visualizar estudios de imagen realizados en la AP, se entrega el informe al paciente para que lo traiga a la consulta en la AE, *“lo guarda [el informe] él y si hace falta se lo entrega al especialista” (médica de cabecera)*.

El paciente opina que la entrega de información tanto por la médica de cabecera, como por el personal sanitario de Sant Pau es adecuada.

Conocimiento acumulado:

En cuanto al conocimiento sobre el contexto social y sus valores y creencias, el paciente considera que no menciona aspectos privados durante las visitas, *“podemos tener una charla a lo mejor, pero no íntima ni privada ni nada... sobre la enfermedad” (paciente)*. Considera que el conocimiento acumulado por los médicos depende de la duración de la relación. Critica que el médico de cabecera nuevo no le conoce a fondo, *“tampoco es bueno que te cambien así el médico de cabecera, una persona que ya sabe del pie que tú cojeas a el otro que no sabe nada.” (paciente)*. La neumóloga explica que desconoce el contexto social de paciente, *“no me acuerdo de nada en concreto que nos llamara la atención, nos explicara” (neumóloga)*. De acuerdo con esto, en el registro “antecedentes familiares” de la AP no se encuentra ninguna entrada.

5) Definición de la CA y sugerencias de mejora

Definición de CA:

El paciente no supo definir el concepto de CA cuando se le preguntó en la entrevista. Sin embargo, a lo largo de la entrevista surgieron diferentes elementos relacionados con la CA.

Para la médica de cabecera la CA se refiere a un proceso de atención, al contrario con un resultado, que se centre en el paciente y que se garantice un uso adecuado de los recursos. También hace hincapié en que la AP debería responsabilizarse de la coordinación del tratamiento y derivación del paciente a urgencias o a la AE en caso de necesidad, *“que fuera el médico de cabecera el que en un momento dado dirigiera como el guardia urbano, es decir, que actuáramos como cruce o como eje de la persona”* (médica de cabecera). Además, dice que el médico de cabecera debería coordinar el tratamiento del paciente y trabajar en un equipo, *“sin querer acapararlo, o sea su médico somos todos, pero sí, tienen que tener una persona responsable, un distribuidor”* (médica de cabecera).

Según la neumóloga, se alcanza la continuidad cuando existe un flujo fácil en la transferencia de información, evitando que se le responsabilice al paciente *“que el paciente no tenga que ir transportando información de un lado para otro”* (neumóloga), así como un conocimiento de la historia clínica por parte del médico, *“que esté informado sobre los proceso o las acciones, las intervenciones del resto del personal”* (neumóloga). Además se refiere a la fluidez de derivaciones entre los niveles, *“le vamos saltando en el sistema [...] sin perderse por el camino y sin que se le haga muy difícil”* (neumóloga), especialmente en cuanto a las derivaciones entre la AE y AP, *“un fácil circuito de la relación entre nosotros fácil”* (neumóloga).

Sugerencias de mejora:

El paciente no tiene sugerencias de mejora. Sin embargo, implícitamente comenta que la distancia de las visitas en la AE es demasiado larga *“que no tardarán seis meses en visitarte, porque una enfermedad crónica necesita ser más vigilada”* (paciente) y propone una periodicidad de tres meses y un acceso inmediato en caso de urgencia. También enfatiza en la importancia de concertar una visita que precede a la realización de las pruebas, *“de que te sirve que te hayan hecho esa prueba, si no te la van a recibir hasta desde aquí seis meses”* (paciente).

La médica de cabecera tiene cuatro sugerencias de mejora: Primero, recomienda la elaboración de una guía clínica de EPOC, que explicita la distribución de las responsabilidades y que se implante en todos los niveles asistenciales, *“una guía clínica que sea transversal, es decir, que englobe todos los pasos, todos los niveles asistenciales, desde la primaria [...] pero que también implique a la AE y al sociosanitario”* (médica de cabecera). Explica que una guía clínica conjunta disminuye

la variabilidad y homogenizan las actuaciones de los profesionales. Segundo, propone una visita de control mínima al año para los pacientes con EPOC, tal como se lleva a cabo con los pacientes hipertensos y diabéticos, para realizar junto con enfermería, la educación sanitaria y la revisión de la medicación. Tercero, propone recibir una retroalimentación o un resumen de la visita en neumología después de cada consulta, aunque añade su implementación sería difícil. Finalmente, de acuerdo con la neumóloga, propone una historia clínica conjunta, *“que no tengamos entrar y salir entre las historias”* (neumóloga). Finalmente, la neumóloga también expresa la necesidad de disponer de más tiempo, tanto para poder establecer el contacto con la AP, como para poder evaluar los historiales de los pacientes. Además, destaca la importancia de gestionar el sistema informático de tal manera que no se dupliquen exploraciones o intervenciones.

6) Información sobre la coordinación asistencial

Responsabilidad: Según la médica de cabecera, la AP ocupa un papel más pasivo, dejando el control de la EPOC en las manos de la neumóloga, *“tal vez en el EPOC [la AP] no sea una de los niveles asistenciales más protagonista [...] si lo controla el especialista, yo me retiro un poco”* (médica de cabecera).

Accesibilidad: Según la neumóloga, pueden surgir dificultades en concertar visitas en la AE, sin embargo normalmente los pacientes no tienen que esperar mucho tiempo para la visita porque puede utilizar el hospital de día o porque la neumóloga le puede buscar algún espacio en su agenda. Además explica que le facilitan el teléfono directo de neumología a un grupo de pacientes con enfermedades crónicas graves. En el caso de que haya una llamada, la enfermera de la neumología valora la situación según los síntomas descritos por el paciente y dependiendo de esos, propone una consulta con la neumóloga o una derivación a otro nivel asistencial.

Duplicaciones de pruebas: La médica de cabecera explica que existen dificultades para conocer los resultados de una radiografía, porque los estudios de imagen no quedan registrados en el GesdHoc (que es la aplicación del HMB), ni en el OMI (la aplicación de la AP), sino en un tercer programa, al que solamente tienen acceso las enfermeras del CAP, quienes llevan a cabo las espirometrías. Consecuentemente, o se envía un correo electrónico interno o se entrega los resultados en papel al paciente. La neumóloga resalta que duplicaciones siempre pueden ocurrir, aunque exista una buena comunicación. Sin embargo, opina que el sistema informático promueve duplicaciones de pruebas, debido a la falta total de acceso o un acceso laborioso a

pruebas analíticas de otros niveles asistenciales, *“hay pruebas que se hacen en el hospital [...] lo cuelgan ahí [en GesdHoc] y las tengo que buscar”* (neumóloga).

Guía de práctica clínica y plan personal: La médica de cabecera afirma que la guía clínica de EPOC se implementó recientemente, pero que no la conoce en profundidad. La neumóloga explica que la *guía conjunta* de EPOC se elaboró colectivamente con la AP hace unos años, y se actualiza y difunde mediante presentaciones en los diferentes niveles asistenciales.

Comunicación entre profesional: La médica de cabecera considera que no es habitual recibir una respuesta o un resumen de la AE después de haber atendido al paciente. La neumóloga explica que la comunicación con el nivel primario depende de la complejidad de la enfermedad, proporcionando información solamente cuando surgen dudas o en casos complicados. Además, menciona que existe una comunicación intra-hospitalaria, o sea que el internista avisa a la neumóloga cuando el paciente está hospitalizado, además, la neumóloga revisa la historia clínica para conocer el motivo del ingreso.

Registrar información: La médica de cabecera explica que no siempre se registra la información nueva en la historia clínica, *“hay muchas cosas que no están apuntadas”* (médica de cabecera), especialmente si existe una relación larga con el paciente, *“cuando ya conoces mucho un paciente, a veces ya no escribo tanto”* (médica de cabecera). La neumóloga explica que introduce la información recibida del Can Ruti en el GesdHoc, *“normalmente lo que pasa es escanear el informe y lo introduzco en el GesdHoc”* (médica de cabecera).

BSA: Caso 2**1) Introducción**

Consideraciones generales: Mujer de 69 años, exfumadora y residente en una ciudad que pertenece al área de actuación de BSA. El CAP en el que está asignada está cerca del hospital de referencia. La EPOC de la paciente es moderada y estable.

Diagnóstico y trayectoria:

Se encuentra información contradictoria en las diferentes fuentes de información utilizadas. La paciente considera que padece de bronquitis crónica desde siempre y fue diagnosticada hace aproximadamente diez años, en el servicio de neumología del Hospital Municipal de Badalona (HMB), después de la derivación a la AE por el médico de cabecera, *"me envió al especialista, porque ella vio que tenía un problema agudo de respiración [...] me faltaba el aire, me ahogaba, entonces claro, la razón de hacerme las pruebas en el hospital, pues, me dijeron que era una bronquitis asmática crónica"* (paciente). Según su neumóloga actual (neumóloga), diagnosticaron la EPOC en el año 1995. Los primeros registros de EPOC se encuentran en el año 2003, realizados por el cardiólogo y el médico de cabecera anterior (médico de cabecera), quien le trató hasta el año 2008.

Según la neumóloga, la primera derivación al servicio de neumología se realizó en el año 1998 desde el servicio de cardiología, lo que no coincide con la fecha del diagnóstico.

Un cambio clave en su trayectoria en los servicios de salud fue la asignación a un CAP que abrieron en el año 2008, *"ha abierto un centro médico allí, cerca de casa [...] y ya me enviaron allí"* (paciente). No obstante, durante unos meses, continuó el tratamiento con el médico de cabecera, que le trató desde el año 2003, hasta que decidió cambiar de CAP, por razones de la proximidad geográfica a su domicilio y por la arquitectura del CAP nuevo, *"en este nuevo, que han hecho, es todo plano y además hay un ascensor"* (paciente).

Aparte de las visitas con el médico de cabecera y la neumóloga, ha utilizado otros servicios sanitarios desde que le diagnosticaron la EPOC. Acudió cinco veces a urgencias en el período del 2002 al 2008 por un aumento de disnea y de tos con expectoración mucosa. La historia clínica además muestra dos hospitalizaciones en el HMB, la primera en el 2003 durante doce días y la segunda en el año 2004 durante seis días, ambos por bronquitis crónica reagudizada. El médico de cabecera atribuye esas agudizaciones al tabaquismo, *"se descompensaba habitualmente porque seguía*

fumando de aquel entonces” (médico de cabecera). Finalmente, después de proporcionar educación sanitaria frente al tabaquismo por parte de ambos médicos en varias ocasiones, dejó de fumar, “hemos intentado de deshabituarse y nos ha costado mucho pero ultimadamente parece que lo ha dejado” (neumóloga).

De acuerdo con esta información, la paciente considera que encuentra una mejora en su estado de salud, *“antes me ahogaba mucho [...] mejoró mucho” (paciente)*, debido tanto a su adelgazamiento, como a la aplicación de una máquina que le suministró oxígeno (CPAP; “respiración continua con presión positiva”). La neumóloga asegura que le retiraron la CPAP por mejora clínica en el 2008, *“se la retiramos por mejora clínica [...] aparte que no la quiso mucho, se lo pudimos quitar” (neumóloga)*. Además, la neumóloga destaca que ahora su EPOC es relativamente estable, por lo tanto no está adscrita al *programa de crónicos* del Hospital Municipal de Badalona (HMB) para pacientes con enfermedades avanzadas e ingresos frecuentes.

2) Continuidad de relación

Consistencia del personal:

La paciente explica que la médica de cabecera que le asignaron en el 2008 la ha visitado en pocas ocasiones, *“las quince veces que he ido [...] sólo la he visto dos veces” (paciente)*, debido a que fue atendida por suplentes. Según la paciente, el cambio del personal en la AP implica que tengan un conocimiento insuficiente de su estado de salud, *“como ahora tienes un médico, ahora tienes otro, no están nunca al día de lo que tienes” (paciente)*. Además, resalta que prefiere que la atienda la neumóloga, dado que existe inconsistencia en el personal de la AP, *“mi médico de cabecera antes era un doctor que te llevaba de todo, pero ahora, como cada vez cuando vas al médico es uno diferente [...] ya sabes que cuando tienes un problema serio, vas a la especialista” (paciente)*. El médico de cabecera concuerda con la paciente y desacredita la inconsistencia del personal en la AP, *“ahora tiene una doctora que también se ha ido [...] el recambio tan grande que hay de profesionales es por otros motivos que no vienen al caso” (médico de cabecera)*, así como la médica de cabecera actual, que concluye la relación laboral en BSA, *“por desgracia, el cupo al que ella pertenece está teniendo un recambio continuo de profesionales médicos de AP desde hace al menos 3-4 años” (médica de cabecera actual)*.

Según la paciente, acude al servicio de neumología desde hace diez años. No obstante, la neumóloga y la historia clínica muestran que le atienden en neumología en el HMB desde el año 1995, con un cambio del neumólogo en el 2005. Desde entonces ha sido atendida por la neumóloga nueva en once ocasiones.

Vínculo paciente-proveedor y confianza:

Todos los informantes están de acuerdo que existe una relación de confianza con la neumóloga, tal como había con el médico de cabecera, *“antes el médico de cabecera era como un profesor, una persona de confianza” (P1)*; *“ya tiene confianza con nosotros, creo que está bien, también en ella tenemos confianza” (neumóloga)*; La paciente considera que tal relación se alcanza a lo largo del tiempo y con visitas frecuentes, por lo tanto, destaca que confía más en la neumóloga que en su médico de cabecera actual. En este contexto, la paciente destaca que le ve a la neumóloga casi diariamente fuera del ámbito profesional, *“cada día me encuentro por la calle [...] casi cada día nos vemos” (paciente)*, lo que refuerza su relación. Además opina que la relación con los médicos hoy en día genera más confianza que hace unos años, *“antes todo era más el médico [...] antes parecía que ibas al médico, ibas a ver el demonio casi, y ahora hay más confianza” (paciente)*.

La paciente muestra confianza en el médico de cabecera, cuando fue asignada a un CAP nuevo, pero prefirió seguir el tratamiento con su médico de cabecera, *“durante un tiempo la señora seguía viniendo a mi consulta aquí por el tema de la relación que teníamos ella y yo” (médico de cabecera)*.

La paciente opina que la relación con su médica de cabecera actual en el CAP nuevo está marcada por más distancia, debido a las pocas visitas que le ha hecho, *“no coges la confianza con una persona que no ves” (paciente)*, a pesar de que tiene una buena impresión de la médica, *“muy atenta, dinámica y con ganas de hacerlo bien [...] pero a mí no me conoce” (paciente)*. Menciona que el contacto se reduce aún más, puesto que se recetan los medicamentos crónicos directamente en el mostrador del CAP, *“las recetas te las hacen en el vestíbulo [...] entonces no tienes el contacto con el médico” (paciente)*. Sin embargo, la última consulta en el CAP nuevo no le produjo una buena impresión, al dedicarle muy poco tiempo para la visita, *“[en el CAP nuevo] van de prisa porque con esto de la gripa A [...] ellos tienen más gente, más problemas” (paciente)*.

En cuanto a la responsabilidad del seguimiento, la paciente considera que la neumóloga es la responsable tanto para la medicación, como para realización de pruebas de su EPOC, *“radiografías, prueba de respiración [...] todo me lo lleva ella” (paciente)*, ya que el hospital dispone de más recursos para llevar a cabo una revisión física; mientras que el médico de cabecera se encarga de recetar, teniendo en cuenta los cambios realizados por la neumóloga.

No obstante, ambos médicos asumen la responsabilidad del tratamiento para la EPOC; la neumóloga respecto a indicar y modificar el tratamiento habitual, es decir para establecer la pauta que debería seguir el médico de cabecera, *“lo ponen*

crónicos' [...] con la orden nuestra. No nos suelen cambiar [...] lo que ponemos en general lo siguen" (neumóloga); y el médico de cabecera porque se encargó de iniciar la realización de las espirometrías y las radiografías en el ambulatorio y asume la responsabilidad para hacer la medicación, "la medicación la asumimos nosotros. Tantos las primeras, algunas que iniciamos como las del seguimiento" (médico de cabecera). Sin embargo, concuerdan que compartir la responsabilidad depende de la gravedad de la EPOC. Puesto que la paciente tiene una EPOC menos compleja, la neumóloga se responsabiliza de los controles regulares y el médico de cabecera maneja el tratamiento en general.

3) Continuidad de gestión

Accesibilidad:

La paciente considera que el tiempo de espera tanto en la AE como en la AP es adecuado, *"[el tiempo de espera], muy bien; yo no tengo ninguna queja (paciente). En cuanto a la accesibilidad a la AP, la paciente destaca que utiliza la AP como puerta de entrada al sistema, acudiendo tanto para consultas generales, como para agudizaciones poco graves. El médico de cabecera considera que, aunque tiene un tiempo de espera de 24 horas, sus pacientes perciben que hay una buena accesibilidad inmediata en caso de necesidad, "saben que en cualquier momento o vía telefónica o delante de la puerta los atiendo" (médico de cabecera). La paciente considera que el médico de cabecera le remite a la neumóloga cuando hace falta realizarle pruebas o resolver problemas más complejos, "según como te ve, dice, 'vaya a su médico' que es la especialista" (paciente).*

Todos los informantes concuerdan, que en caso de una agudización, la paciente primero debería consultar a la AP, desde donde le derivan a la AE o a urgencias, *"cuando la paciente se agudiza se empeora, inicialmente al médico de cabecera" (neumóloga). En este contexto, el paciente considera que le atienden rápidamente, "si es urgente, te visitan en seguida [...] la neumóloga te ingresa al momento si es necesario" (paciente).*

Una contrareferencia de la AE a la AP no es habitual, al ser controlada rutinariamente por la neumóloga. Sin embargo, la historia clínica muestra dos derivaciones recomendadas por la neumóloga en el 2009, *"aconsejo control por MF [médico de familia] para repetir ECG [electrocardiograma]" (historia clínica: neumóloga).*

En cuanto a la derivación después de una hospitalización, la neumóloga indica que le remiten los pacientes directamente a ella, *"intentan adelantar nuestra visita si puede*

ser” (*neumóloga*), lo que coincide con la historia clínica, mientras que el médico de cabecera considera que primero se realiza una derivación a la AP, *“luego al alta [...] todos vienen al ambulatorio para que nosotros hagamos la derivación al hospital”* (*médico de cabecera*).

Después de acudir a urgencias, sigue un control por el médico de cabecera, lo que se observa en la revisión de la historia clínica.

Flexibilidad:

Según la paciente, en caso de presentar complicaciones tienen flexibilidad para modificar la medicación, *“eso sí me las cambian rápidamente [...] como me ha hecho con la Spiriva”* (*paciente*). Además, indica que se ajusta la medicación a sus necesidades, *“todo lo han adivinado, lo han acertado”* (*paciente*). No obstante, los médicos señalan que habían pocas modificaciones en la pauta, así cómo dice la neumóloga, que intentan conservar la medicación, salvo que empeore el estado de salud del paciente.

Consistencia de la atención:

Todos los informantes coinciden en que no existe una periodicidad de las consultas en la AP, *“para el tema de la patología pulmonar venía muy de vez en cuando”* (*médico de cabecera*). La neumóloga aconseja al paciente que visite a su médico de cabecera en general, *“le digo a la señora que vaya en general”* (*neumóloga*). La historia clínica demuestra visitas de al menos una vez al año en la AP por la EPOC. Además, el médico de cabecera destaca que existe una dificultad en cuanto a la adherencia al tratamiento, *“no era muy cumplidora”* (*médico de cabecera*), lo que también comprueban las entradas en la historia clínica, *“no sigue tratamiento ni controles en la actualidad”* (*historia clínica*), especialmente con respecto al uso del CPAP, *“ha realizado CPAP de forma irregular”* (*historia clínica*).

La paciente indica que la neumóloga le controla cada seis meses y adelanta la visita a tres meses si sufre una exacerbación, *“tuve una temporada en que me ahogaba bastante [...] e iba cada tres meses”* (*paciente*). Este aspecto también confirma la neumóloga, *“cuando está mejor podemos alagar [la visita], cuando está peor hemos cortado”* (*neumóloga*). Además, comenta que visita a sus pacientes, cuando están ingresados. Refiriéndose a la asistencia en las visitas, destaca la adherencia de la paciente, *“ha venido regularmente, cuando hemos dicho”* (*neumóloga*). En la historia clínica consta una periodicidad de las consultas programadas en la AE entre dos y seis meses.

La paciente considera que la neumóloga le realiza las pruebas dos veces al año, *“me hace la revisión del oxígeno, me hace las radiografías del pecho, me hace la prueba de respiración, cada seis meses”* (paciente). Ambos médicos recomiendan una periodicidad en la realización de la radiografía una vez al año o cada dos años y una periodicidad anual de la espirometría, tan como se llevaron a cabo según la revisión de la historia clínica.

4) Continuidad de información

Transferencia de información:

La paciente supone que el profesional sanitario comunica vía el ordenador, y que todos los niveles disponen del acceso a su historia clínica. El médico de cabecera que se produce un desfase de la consulta, puesto que se tiene que cerrar una aplicación para entrar en otra, *“te retrasa mucho la consulta”* (médico de cabecera). Consecuentemente, no siempre consulta la historia clínica, *“entras en aquellos casos que lo veas necesario”* (médico de cabecera). También menciona que están intentando neumóloga ese problema, pero según su opinión, no hay cambios previstos. La neumóloga destaca la facilidad y la rapidez en utilizar este sistema compartido, aunque sería más fácil tener una aplicación única.

La paciente observó una comunicación existente entre profesionales, mientras que estaba hospitalizada, así como cuando habían modificaciones en la medicación, *“cuando te hacen la medicación se lo hablan [...] están bien coordinados”* (paciente). En este sentido, la neumóloga se refiere a la aplicación que muestra la medicación activa, la que facilita la coherencia inter-niveles. Por otro lado, el médico de cabecera considera que hay una carencia en la comunicación entre AP y AE, *“la comunicación [...] es bastante escasa [...] la interconexión entre especialistas [...] y AP en algunos casos es dificultosa”* (médico de cabecera), sobre todo después de una consulta especializada, *“no hay ningún feedback entre la especialidad hospitalaria y especialidad AP”* (médico de cabecera). Por lo tanto tiene que basarse en la información disponible en la historia clínica. Sin embargo, una derivación a la AE normalmente conlleva una descripción del caso por parte suya, *“nosotros hacemos una inter-consulta al hospital y explicamos que tiene ésta persona”* (médico de cabecera).

En este contexto, la neumóloga explica que la comunicación entre AE y AP depende de la complejidad de la enfermedad, así que la AE proporciona información a la AP solamente cuando hay dudas o casos complicados. Además, destaca que existe una comunicación entre el personal sanitario cuando la paciente está hospitalizada, puesto

que los internistas avisan a la neumóloga, quien además revisa la historia clínica para conocer el motivo del ingreso.

En cuanto a la vía de transferencia, la paciente considera que el traspaso de la información funciona automáticamente mediante el ordenador, y utilizando su número de seguro social, *“al tocar cual número se ve el historial mío” (paciente)*. Ambos médicos resaltan otros mecanismos de transferencia que se utilizan a menudo, como el correo electrónico y el teléfono. El médico de cabecera considera que los especialistas son relativamente accesibles mediante esos dos mecanismos, sin embargo se ignora el tiempo adicional que se requiere para su realización, *“requiere un espacio de tiempo [...] tanto para hacerla como para recibirla, y ese es un tema que no está abordado en la organización” (médico de cabecera)*.

Según el paciente, normalmente no lleva informes médicos a otro nivel asistencial. Al contrario, el médico de cabecera explica que después de que le han modificado el tratamiento, a veces la paciente le trae a su consulta un informe con la nueva pauta o modificaciones realizadas por la neumóloga, *“te viene la paciente a la consulta y con un papel en algunos casos dependiendo de la relación que exista con los especialistas y te dice la nueva pauta” (médico de cabecera)*. Además, al no compartir el sistema informático con Can Ruti, la paciente no sólo transmite información general a Can Ruti, como por ejemplo el diagnóstico, sino también los resultados de la prueba realizada a la neumóloga. La neumóloga no encuentra dificultades con esa forma de transmitir la información.

La paciente destaca que le proporcionan información adecuada, tanto las enfermeras del hospital, *“muy majas [...] siempre te explican” (paciente)*, como el médico de cabecera, *“era como un profesor [...] quien te explicaba todo” (paciente)*.

Conocimiento acumulado:

La paciente considera que ninguno de sus médicos posee un conocimiento especial sobre su contexto social. Sin embargo destaca que no confía tanto en su médico de cabecera actual como en los médicos, quienes han acumulado conocimiento durante los años, *“es una chica joven, muy guapa, muy atenta, pero a mí no me conoce como conocía el que me llevaba hace ocho años” (paciente)*. También se refiere al cambio del personal en general y la falta de conocimiento acumulado, *“pero como ahora tienes un médico ahora tienes otro, no están nunca el día de lo que tienes” (paciente)*. El médico de cabecera considera que conoce las características de la paciente y su contexto social. Esto ha adquirido no porque le había explicado, *“en ningún momento me explicó ningún tema personal que en aquel momento le fue importante” (médico de cabecera)*, sino por las visitas en su domicilio, *“te haces una idea cuando entras al*

domicilio ves como está distribuido el domicilio [...] la zona de la vivienda donde está [...] al final lo englobas todo” (médico de cabecera). Los registros de la medicina interna disponen de información sobre los antecedentes familiares.

5) Definición de la CA y sugerencias de mejora

Definición de la CA: El paciente no supo definir el concepto de CA cuando se le preguntó en la entrevista. Sin embargo, a lo larga de la entrevista surgieron diferentes elementos relacionados con la CA.

El médico de cabecera se refiere a un proceso asistencial que promueva un tratamiento holístico y evite la fragmentación por patología, *“cuando esa persona no se mira únicamente de una forma uni-direccional [sino] de una forma global. Lo que sucede es desde la AE del hospital se hace una sectorización de la persona por patología” (médico de cabecera). Además, el médico de cabecera debería encargarse de la valoración y del seguimiento global, longitudinal y transversal, y de la coordinación inter-niveles, “[la AE es] el agente de salud que coordina el resto de profesionales [...] sería lo ideal” (médico de cabecera).*

La neumóloga se refiere a la continuidad de información y gestión. En cuanto al primero, existe una continuidad cuando hay, tanto un flujo fácil en el traspaso de la información, evitando que se responsabilice la paciente *“que la paciente no tenga que ir transportándose información de un lado para otro” (neumóloga), como un conocimiento de la historia clínica por parte del profesional, “que esté informado sobre los proceso o las acciones, las intervenciones del resto del personal” (neumóloga). Con respecto a la continuidad de gestión, la neumóloga se refiere a la inclusión de todo el profesional sanitario en el cuidado del paciente, y además, a la fluidez en las derivaciones inter-niveles, “le vamos saltando en el sistema [...] sin perderse por el camino y sin que se le haga muy difícil” (neumóloga), especialmente en cuanto a las derivaciones entre la AE y la AP, “un fácil circuito de la relación entre nosotros fácil” (neumóloga).*

Sugerencias de mejora:

La paciente no explicita propuestas de mejoramiento de la CA. Sin embargo, durante la entrevista, destaca la importancia de una consistencia del personal en la AP. El médico de cabecera propone cuatro sugerencias de mejora: primero, en acuerdo con la neumóloga, crear una historia clínica única; segundo, asumir la responsabilidad del seguimiento del paciente por vida; tercero, dar más importancia y recursos a la AP, *“es una puerta de entrada de la cual hay que dar una serie de recursos” (médico de*

cabecera); y tercero disponer más tiempo por visita para proporcionar una asistencia con calidad en vez de enfatizar en números de pacientes atendidos, *“como está actualmente el sistema sanitario en Cataluña es inviable hacer una asistencia de calidad [...] yo he llegado visitar en dos horas a cien personas”* (médico de cabecera). La neumóloga también expresa la necesidad de disponer de más tiempo, tanto para poder establecer el contacto con la AP, como para poder evaluar las historias clínicas de los pacientes. Además, destaca la importancia de gestionar el sistema informático de tal manera que no se dupliquen exploraciones u intervenciones.

5) Información sobre la coordinación asistencial

Accesibilidad de la AE: Según la neumóloga, pueden surgir dificultades en concertar visitas en la AE, sin embargo normalmente los pacientes no tienen que esperar mucho tiempo para la visita porque puede utilizar el hospital de día o porque la neumóloga le puede buscar algún espacio en su agenda. Además explica que le facilitan el teléfono directo de neumología a un grupo de pacientes con enfermedades crónicas graves. En el caso de que haya una llamada, la enfermera de neumología valora la situación según los síntomas descritos por el paciente y dependiendo de esos, propone una consulta con la neumóloga o una derivación a otro nivel asistencial.

Derivación a la AE: El médico de cabecera comenta que hay tres posibles vías de derivación a la AE: urgente, preferente y normal; las derivaciones urgentes se resuelven vía telefónica y con mayor prioridad, por ejemplo en el caso de una sospecha de cáncer a nivel respiratorio; las derivaciones preferentes se realizan vía fax, enviando la petición a un servicio que corresponda y que programa la visita directamente; y finalmente, las derivaciones ordinarias o normales, pidiendo visita en el mostrador, programándose con un tiempo de espera de al mínimo un mes.

Duplicación de pruebas: En la historia clínica se encuentran solicitudes por parte de la neumóloga, el médico de cabecera, así como por medicina interna. Los dos médicos concuerdan que se repiten exploraciones complementarias e intervenciones de manera innecesaria. Según el médico de cabecera, esto sucede debido a la falta de comunicación entre los profesionales y por el hecho de que haya tres programas informáticos, lo que dificulta la coordinación entre sí; mientras que la neumóloga opina que duplicaciones pueden ocurrir, aun cuando existe una buena comunicación. Sin embargo, concuerda con el médico de cabecera que el sistema informático promueve duplicaciones de pruebas, debido a la falta de acceso o a un acceso dificultoso a pruebas analíticas realizadas en otros niveles asistenciales, *“hay pruebas que se hacen en el hospital [...] por ejemplo los analíticas no salen [...] lo cuelgan aquí y lo*

tengo que buscar” (neumóloga). El médico de cabecera también acentúa que duplicaciones exponen los pacientes a irradiaciones, causando daño la dosis que se acumula en el cuerpo.

Guía de práctica clínica: La neumóloga explica que existe una *guía conjunta* de EPOC, que elaboraron hace unos años colectivamente con la AP, y que se actualiza y difunde mediante presentaciones en diferentes niveles asistenciales. El médico de cabecera afirma la existencia de la guía de práctica clínica, pero considera que no se utiliza, *“que yo tenga entendido, no se aplica” (médico de cabecera)*, aunque destaca su importancia para estar conciente de como se comparten las responsabilidades, *“cada uno sabe lo que tiene que hacer en cada momento” (médico de cabecera)*.

Interacción entre médicos: El médico de cabecera hace hincapié en la escasa colaboración con los especialistas, la que aumenta con la familiaridad que se estableciese durante el tiempo, *“[se establece] un poco de accesibilidad, de conocimientos, de relación con algunos de los especialistas [...] pero con la mayoría eso no sucede. Entonces es una relación un poquito más fría” (médico de cabecera)*. Además indica que no se realizan sesiones o jornadas periódicas, salvo de manera puntual en relación con una necesidad específica de la AE. No obstante, la neumóloga menciona una sesión informativa sobre la EPOC para los profesionales sanitario, la que se llevó a cabo tanto en el hospital, como en los ambulatorios en el año 2008.

Responsabilidad: La idea principal de la AP es un seguimiento longitudinal, apoyando la AE, *“a nivel hospitalario pues hay una tendencia a creer, a asumir muchas cosas pero luego cuando las asumen dicen que está colapsado y se las remiten aquí” (médico de cabecera)*.

Educación sanitaria: El médico de cabecera considera que falta el tiempo para proporcionar una educación sanitaria, aunque sería importante para poder resolver los problemas desde el fondo, *“si tú únicamente te centras en el problema, que es la dificultad para respirar y le tratas eso pero no haces educación detrás, estás poniendo pues un parche; y en muchas ocasiones es lo que hacemos” (médico de cabecera)*.

Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà

Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà (SSIBE) provee la atención primaria, especializada y sociosanitaria a una población de referencia de 118.137 habitantes.

El sistema de información compartida de SSIBE “Citación a dietaris” consiste de una aplicación, es decir con una única historia clínica del paciente, la cual es accesible para todos los niveles asistenciales de su área de actuación.

El tratamiento de la EPOC en esta OSI reúne las características de un programa de gestión de enfermedad e involucra a profesionales de la atención primaria (AP), especializada (AE) y sociosanitaria. El médico de cabecera actúa como gestor de la enfermedad y es el encargado de resolver cada caso con la asesoría del especialista. Un instrumento de coordinación entre niveles es la guía de EPOC que debería facilitar el consenso clínico en cuanto al diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes⁴.

SSIBE: Caso 1

1) Introducción

Consideraciones generales: Hombre, exfumador de 65 años con EPOC moderado (17.08.2009: FEV1: 56%), residente en una ciudad que corresponde al área de actuación de SSIBE, en el Baix Empordà, con el CAP cerca del hospital de referencia.

Diagnóstico y trayectoria: El paciente considera que su enfermedad comenzó hace seis años cuando iniciaron el tratamiento de la EPOC después de haber acudido a urgencias en los años 2001 y 2002 por insuficiencia respiratoria. A continuación fue a su médico de cabecera, quien sospechó el inicio de bronquitis crónica, *“fui al médico de cabecera y le expuse todo mi historial. Le dije que había fumado [...] y dijo que esto puede ser principios de bronquitis crónica, aguda no, crónica” (paciente)*. Todos los informantes acuerdan que el neumólogo diagnosticó la EPOC, después de la derivación en el año 2004 por el médico de cabecera con el motivo de solicitar una espirometría para poder descartar asma, *“EPOC estado I estable” (historia clínica: neumóloga anterior)*, *“después, él me hizo ir a un especialista, un neumólogo, y me*

⁴ Hena DM, Coderch de Lassaletta J. Serveis de Salut Integrats Baix Empordà. In: Vázquez ML, Vargas I, editores. Organizaciones sanitarias integradas: Un estudio de casos. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya; 2007. p. 167-87.

diagnosticó lo que me dijo el médico de cabecera, que tenía principios de bronquitis crónica” (paciente). El paciente recibió un seguimiento únicamente por el médico de cabecera desde el 2004 hasta una nueva derivación al servicio de neumología en el 2009, puesto que la EPOC se inestabilizó, *“lo derivé porque a pesar de optimizar el tratamiento de poner el máximo de inhaladores no acababa de estar bien” (médico de cabecera).*

La historia clínica muestra seis visitas en urgencias desde 2001 hasta 2007 por el motivo de sufrir una bronquitis aguda, y ninguna hospitalización durante su trayectoria de EPOC.

No había un cambio de su médico de cabecera en la atención primaria (AP), quien le trata desde el año 2004. El paciente consultó cinco veces al servicio de neumología de SSIBE, tres de las cuales fueron en el año 2009 con su neumóloga actual y dos visitas con el neumólogo anterior en el año 2004.

2) Continuidad de la relación

Consistencia del personal

El paciente considera que existe una consistencia en el personal de la AP, porque no habían cambios de su médico de cabecera, *“es el mismo que todavía tengo, no ha cambiado” (paciente).* El paciente y su esposa valoran una consistencia con su médico de cabecera y su enfermera, al tener mayor familiaridad con el tratamiento que reciben, *“conviene que sea la misma [porque ya conoces] la manera de que te trata” (ESPOSA DEL paciente).* El médico de cabecera confirma la existencia de una relación de muchos años con el paciente, *“lo conozco hace muchos años a él, a su familia” (médico de cabecera).* En la historia clínica, se consta una duración de la relación paciente-proveedor desde el año 2003.

En cuanto a la atención especializada (AE), el paciente destaca que realizó dos consultas con la especialista actual en el 2009, así como dos consultas con su especialista anterior. El paciente se encuentra indiferente al cambio del especialista, *“el cambio no me ha afectado” (paciente),* debido a una mejor satisfacción con su neumóloga actual, ya que programa visitas periódicamente, *“me quiere ver cada temporada [...] en este caso, bastante diferencia, positiva” (paciente).*

Vínculo entre paciente y proveedor

El vínculo entre el paciente y el médico de cabecera se refleja en la reacción del paciente cuando le suministraron un nuevo médico de cabecera, *“se han cogido pacientes aleatoriamente para suministrarlos a un nuevo médico” (médico de*

cabecera). Al haber tenido una buena relación con el médico de cabecera, el paciente pidió y consiguió permanecer con él, *“yo dije que si podría continuar con el médico que tenía porque estaba contento con él con todo [...] y dijeron que no hay ningún problema, ‘si usted quiere permanecer con el médico que tiene, pues, no pasa nada”* (paciente). Su esposa, quien está atendida por el mismo médico, sostiene su decisión ya que el médico de cabecera posee el conocimiento sobre su historial clínica, *“el nuevo médico vea todo el historial en el ordenador [...] pero su médico habitual ya lo conocía”* (ESPOSA DEL paciente). El médico de cabecera soporta la decisión, refiriéndose a la sensación de pertenencia que probablemente tenga el paciente con él y la libre elección de los médicos, *“lógicamente no les gustaba porque están acostumbrados a médico habitual [...] libre elección del médico aquí siempre hay”* (médico de cabecera).

La neumóloga, a quien consultó en dos ocasiones en 2009, le produjo al paciente una buena impresión, *“me ha causado las dos visitas que he tenido con ella, buena, muy buena impresión”* (paciente), tanto profesionalmente por sus recomendaciones dadas, como personalmente por su amabilidad y seriedad. El paciente valora la disponibilidad por cualquier duda, *“si tengo algún problema, que no pase; que no vaya cosa que el otro [especialista anterior] [hizo]”* (paciente). El paciente y su esposa desvaloren que el neumólogo anterior no se sintió responsable del tratamiento, sino les mandó al médico de cabecera, *“una vez, a mí, me dijo que ya no volviera”* (ESPOSA DEL PACINTE); *“cuando tenga un problema’ dijo, ‘ya no tiene que venir conmigo, tiene que ir con el médico de capcalera’ ”* (paciente).

El paciente considera que la neumóloga es la responsable de su tratamiento, puesto que tiene un conocimiento específico e hizo el diagnóstico, mientras que el médico de cabecera posee un conocimiento en general. El médico de cabecera se refiere a un cuidado compartido o un *“triángulo de responsabilidad”* (médico de cabecera), entre él, la neumóloga y los médicos de urgencias, es decir, con las tareas compartidas según la necesidad expresada por el paciente. Al contrario, la neumóloga considera que ella es la responsable del tratamiento de EPOC del paciente en general, *“es un paciente que lo llevo yo y yo hago el tratamiento (NEUMOLOGA)*. Se refiere a la modificación del tratamiento y la medicación, es decir, le atiende siempre cuando hay una necesidad, mientras que el médico de cabecera sigue la pauta establecida en las consultas de neumología. Salvo que ocurra una exacerbación o haya una nueva medicación disponible, el médico de cabecera puede modificar la medicación puntualmente. En cuanto al seguimiento, de acuerdo con el médico de cabecera, se responsabiliza la AP, *“es su médico de cabecera quien se encarga de continuar o cerrar; sigue la continuidad de este tratamiento”* (neumóloga); *“el manejo concreto de*

la bronquitis crónica ya lo podemos llevar, prácticamente, la gran mayoría nosotros” (médico de cabecera). Por lo tanto, según ambos médicos, en la mayoría de las ocasiones, el paciente debería ser atendido por el médico de cabecera, lo que concuerda con la historia, que demuestra un seguimiento en el periodo del 2004 al 2009 únicamente realizado por el médico de cabecera.

3) Continuidad de gestión

Accesibilidad

El paciente considera que el tiempo de espera en general es adecuado. Destaca la disponibilidad del servicio de urgencias si el médico de cabecera no está accesible en aquel momento, *“la ventaja que hay es que tú puedes ir a las urgencias [...] me atendieron también estupendamente” (paciente).* El médico de cabecera afirma que no suele existir un tiempo de espera largo para consultas espontáneas, ni para consultas programadas, que tienen una espera entre dos o tres días, *“hay la consulta programa si yo le veo y veo que necesita pruebas o que la patología pretendo revisar en dos o tres días, pues yo mismo le citó” (médico de cabecera).*

Según el paciente, el tiempo de espera para acudir al servicio de neumología es adecuado, contando con tiempo entre dos y tres semanas, *“te programan la visita más o menos en un tiempo prudencial, 15 días, 3 semanas máximo; la espera no es tanto” (paciente).* De acuerdo con el paciente, ambos profesionales que le atienden consideran que el tiempo de espera en la neumología es apropiado. La neumóloga distingue entre una mayor accesibilidad de la primera consulta en comparación con un tiempo de espera más larga en una consulta programada, *“para la primera visita yo creo que no es mucho: un mes y una semana [...] para la segunda [...] más de tres meses” (neumóloga).* El médico de cabecera resalta que realiza una derivación solamente cuando se descontrola la EPOC y para pedir pruebas complementarias, lo que concuerda con la opinión del especialista, *“si el médico de cabecera considera que es ese paciente es complejo que no va bien, que tiene alguna duda y él quiere que lo vea yo personalmente, pues entonces hace un volante” (NEUMOLOGA).* Según la historia clínica, las derivaciones desde la AP a la AE tardan aproximadamente dos meses.

En cuanto a la derivación a la AP, el médico de cabecera destaca que se realiza un control en la AP después de la visita con la neumóloga, *“si el neumólogo ve que el paciente está estable y que está más o menos controlado, le da de alta y se ve con el control del médico de cabecera” (médico de cabecera).* En la historia clínica no se encuentran derivaciones a la AP.

El paciente señala que la llama al CAP para recibir visita con el médico de cabecera. Para acudir a la especialista tiene que acudir a la AP antes, *“antes de ir a un especialista tenemos que pasar por el médico de cabecera que tiene cada paciente” (paciente)*.

Los médicos no coinciden en donde se deriva el paciente después de acudir a urgencias, considerando que haya una derivación a su nivel asistencial “[después de acudir a urgencias] *normalmente me lo refieren” (neumóloga); “Va con su médico de cabecera para que el siga, para que vayan revolucionando después del episodio” (médico de cabecera)*. En la historia clínica constan derivaciones a la AP después de cada de los tres visitas a urgencias en los años 2001 y 2002.

El paciente valora la proximidad geográfica al CAP desde su lugar de residencia, lo que aumente la calidad de la asistencia, *“es un privilegio que hay mucha gente que no lo reconoce esto. Es mucha más calidad” (paciente)*. Según el médico de cabecera, la cercanía entre el hospital y el CAP permite una derivación rápida, automática y fluida.

Consistencia de la atención

Según el paciente, las visitas con su médico de cabecera no son programadas, puesto que pide hora cuando lo necesita. De acuerdo con el paciente, el médico de cabecera resalta que no hay una periodicidad en las visitas, ni una visita programada al momento, *“yo ahora no lo cito, no lo tengo del momento porque ahora está bastante estable (médico de cabecera)”*, sino que el paciente pide consultas espontáneas en caso de tener la necesidad. En la historia clínica, constan visitas de al menos una vez al año desde el año 2003 y un aumento en el número de las consultas en los últimos dos años. Durante este período se cuentan siete visitas con sustitutos.

Según el paciente, existe una regularidad de las visitas en la AE, lo que considera conveniente; y destacando intervalo de la visitas depende de la estabilidad de la EPOC, *“las distancias de visitas depende de que apurado estés” (paciente)*. La neumóloga resalta que tiene previsto ver al paciente cada seis meses hasta que esté más estable. Además, considera que entre el período de 2004 y 2009, cuando estuvo seguido únicamente por su médico de cabecera, no le habían referido a la AE ya que había estado estable.

En cuanto a las pruebas solicitadas, todos los informantes coinciden que se debería realizar la espirometría cada año o cada dos años, tal como está recomendado en la guía de la práctica clínica elaborada por la organización. El paciente y la neumóloga concuerdan que la periodicidad de realizar las pruebas depende del estado de la

salud, de modo de que se podría adelantar o posponer su realización. En la historia clínica no se encuentra una periodicidad en su realización, observando tres espirometrías en los años 2004, 2008 y 2009. En cuanto a la solicitud, el médico de cabecera destaca que las espirometrías las pidió tanto él como los especialistas. Esto coincide con la información de la historia clínica, donde no se puede identificar una persona responsable de la solicitud de las pruebas.

4) Continuidad de información

Transferencia de información

El paciente opina que existe una transferencia de información médica vía ordenador entre todos los niveles asistenciales, es decir entre la AP, la AE y urgencias, refiriéndose a una buena colaboración entre el médico de cabecera y la neumóloga, *“hay una coordinación entre ellos perfecta” (paciente)*. Considera que ese traspaso de información es esencial para evitar efectos adversos en combinar medicamentos, *“para que no haya ninguna incompatibilidad en los medicamentos” (paciente)*. Además, al disponer de la información médica, ambos médicos son capaz de darle indicaciones, *“tanto uno como el otro sabe en todo momento el tratamiento que te puede dar” (paciente)*.

Según ambos médicos, los mecanismos utilizados, aparte del sistema de información compartido, son el correo electrónico, encuentros personales y el teléfono, último se utiliza especialmente en ocasiones urgentes. Resaltan que esta comunicación es ágil y fácil de realizar, para resolver dudas y problemas *“rápidamente me lo soluciona vía mail, vía teléfono [...] o sea, la fluidez es máxima” (médico de cabecera)*. La especialista también destaca que utiliza el correo electrónico para enviar alguna indicación al médico de cabecera. Además, comunicando con otros niveles asistenciales, hace una derivación innecesaria porque puede tratar el caso por su misma, *“ponerme en contacto [...] y si es una cosa sencilla soluciono yo personalmente” (neumóloga)*. La neumóloga explica que después de realizar una interconsulta utilizando esos mecanismos, no siempre se registra esa información en la historia clínica.

El paciente considera que existe una comunicación efectiva entre los médicos y él, puesto que recibe explicaciones claras y puede realizar preguntas hasta que han aclarado sus dudas, *“si tengo alguna duda [...] no hay ningún problema hasta que lo tenga claro” (paciente)*. Además, sus médicos le escuchan con el tiempo necesario, *“la visita pues me lo hace completa. Si tengo que tardar por ejemplo 5 minutos más, pues no pasa nada” (paciente)* y le explican con tacto, *“muy discreto con todo y comprensivo*

con todo. Si tengo alguna duda [...] me responde correctamente con mucha educación y mucho tacto” (paciente). La especialista explica que también proporciona al paciente una copia del volante cuando le da de alta que es simbólico ya que también está colgado en la historia clínica informatizada.

Conocimiento acumulado

El paciente considera que el médico de cabecera suele disponer de un conocimiento acumulado de sus pacientes, “más o menos el médico de cabecera regularmente sabe unas cosas de sus pacientes como es normal, de su entorno familiar y algún problemilla que pueda tener” (paciente). Este conocimiento de la historia clínica por el médico de cabecera está valorado sobre todo por la esposa del paciente, “estamos contentos con él [...] sabe todo el historial nuestro” (ESPOSA DEL paciente). A pesar de no encontrar información en los registros sobre el conocimiento acumulado, el médico de cabecera resalta la importancia de conocer y entender el entorno familiar del paciente, “no solamente la cuestión física sino todo [...] es básico [...] de entender el resto del contexto” (médico de cabecera). Al haber proporcionado solamente dos consultas con el paciente, la neumóloga considera que no conoce ese paciente en particular, en cambio muestra interés por su vida laboral previa lo que facilita encontrar efectos nocivos y catalogar la enfermedad.

5) Definición de la CA y sugerencias de mejora

Definición de la CA

El paciente no supo definir el concepto de CA cuando se le preguntó en la entrevista, pero indica implícitamente que existe una coordinación en su asistencia, refiriéndose al traspaso de información entre niveles.

El médico de cabecera se refiere a un acceso rápido “que pueda acceder en muy poco tiempo” (médico de cabecera) y a un seguimiento del paciente acompañado por sus médicos de tal manera que el paciente se sienta protegida y informada, “el paciente nunca se sienta desprotegido [...] desorientado o perdido, o sea que el paciente tenga claro el triangulo [médico de cabecera, especialista, urgencias]” esta es la continuidad: que todo esté claro, y fluido y que el paciente sepa el terreno que pisa (médico de cabecera). Según la neumóloga, la continuidad existe cuando todos los médicos tengan la información global del paciente, lo que permita continuar con el tratamiento realizado por otros médicos, “la accesibilidad al conocimiento global del paciente [...] para tú puedes continuar con la faena que han hecho otros” (neumóloga).

Sugerencias de mejora

Ni los médicos, ni el paciente proponen explícitamente sugerencias de mejora, puesto que consideran que existe una máxima continuidad y coordinación, *“no sé que se puede mejorar, porque estoy atendido bien, todo lo que necesito me lo facilitan; en lo que se refiere a mi enfermedad pues un diez”* (paciente); *“aquí la fluidez es máxima [entre diferentes niveles asistenciales] y la mayoría de los logros que hay en esta empresa.”* (médico de cabecera); La neumóloga destaca la importancia de no olvidarse del tema de la continuidad, lo que sea suficiente para introducir mejoras cuando haga falta. Sin embargo, durante la entrevista, el paciente resalta que existe una carencia de médicos sobre todo en urgencias, al ser un hospital comarcal, *“claro cuando vas muchas veces a urgencias, encuentras que está colapsado.[...] claro si hubiese más personal sanitario o médico, quizá las cosas pues pudieran ir mejor”* (paciente).

6) Información sobre la coordinación asistencial

Responsabilidad: El médico de cabecera se refiere a un cuidado compartido o un *“triángulo de responsabilidad”* (médico de cabecera), dependiendo de la necesidad expresada por el paciente, entre él, la neumóloga y los médicos de urgencias. La neumóloga se responsabiliza de realizar pruebas complementarias y de la estabilización de la EPOC, *“el neumólogo quien está siempre para ayudar al médico de cabecera cuando el paciente se complica”* (médico de cabecera); el servicio de urgencias es disponible en caso de alguna exacerbación aguda; y finalmente la AP, que es la vértice más utilizada al ser la puerta de entrada al sistema por cualquier problema médico que tenga el paciente, y además, para hacer la revisión y el seguimiento mientras que el paciente esté estable, así como para la realización de pruebas rutinarias.

Guía de práctica clínica: La especialista resalta que existe una guía de práctica clínica para casi todas las patologías relevantes o prevalentes, también para la EPOC, que explicita las actuaciones conjuntas de la AP.

SSIBE: Caso 2**1) Introducción**

Consideraciones generales: Hombre, exfumador de 65 años reside en una ciudad que pertenece al área de actuación de SSIBE, con una distancia mediana del CAP al hospital de referencia. El paciente padece la EPOC leve (estado I) y muestra una trayectoria de EPOC con exacerbaciones.

Diagnóstico y trayectoria: El paciente considera que la EPOC empezó hace unos diez años, cuando acudió a urgencias por insuficiencia respiratoria aguda. Después de sufrir una recaída, acudió a un neumólogo privado, quien le diagnosticó la EPOC, *“me hizo unas placas, me estuvo mirando, me dijo que sí, estaban tocados de los bronquios” (paciente)*. El primer registro de EPOC en el BSA abrió el médico de cabecera anterior en el año 2003, que procede otro registro (“EPOC con exacerbación aguda ambulatoria”) abierto por el médico de urgencias en el 2008. En la historia clínica se encuentra una entrada de la AP del año 2002, indicando que ya había sido diagnosticado por EPOC, *“viene la mujer con informe UCies [urgencias] EPOC re-agudizada” (historia clínica)*.

Según la especialista actual (neumóloga), la primar derivación al servicio de neumología se realizó en el 2008 cuando padeció de bronquitis conjunto con cuadros respiratorios repetitivos, *“esto es lo que lleva a consultar aquí a las consultas de la neumología” (neumóloga)*. Además inició un tratamiento con un neumólogo privado después de una segunda exacerbación al principio de la trayectoria de EPOC, al no encontrar mejora con el tratamiento recibido en el SSIBE.

En la historia clínica compartida de la OSI, se constan cinco visitas a urgencias durante el período del 2004 al 2009 por EPOC o afecciones que puedan agravar la EPOC. El paciente fue hospitalizado en el año 2009 por 14 días debido a una sobreinfección respiratoria. En octubre 2010 se inició la rehabilitación en el hospital de Palamós, prescribiéndole diez sesiones de fisioterapia respiratoria.

El paciente considera que su estado de salud depende del clima de cada día, pero en general observa una mejora de la EPOC, lo que se muestra también en la disminución de la pauta de Ventolina a dos veces al día. Además, se ha acostumbrado a tener una enfermedad crónica, *“ahora no me alarmo, porque ya estoy acostumbrado a que tengo esta enfermedad, y me lo han dicho tantos médicos, que es crónico” (paciente)*. En este sentido, el médico de cabecera destaca la dificultad que tenía al inicio de aceptar la EPOC como una enfermedad crónica, sufriendo además un alto nivel de ansiedad,

“lo encontró difícil de aceptar que padece de una bronquitis crónica [...] creo que ahora lo entiende, le ha costado” (médico de cabecera). Según la neumóloga, la EPOC del paciente no tiene una patología grave, pero es funcionalmente compleja, *“es más difícil que no grave [...] que le causa muchas síntomas” (neumóloga).*

2) Continuidad de relación

Consistencia del personal:

El paciente considera que existe una consistencia en el personal, tanto en la AP como en la AE, *“los médicos siempre son los mismos [...] no hay cambios” (paciente).* En la historia clínica, constan varias visitas por EPOC con el primer médico de cabecera, quién le trató desde 2002 hasta 2005. Después fue atendido por diferentes médicos en unas pocas ocasiones, hasta el cambio por su médico de cabecera actual en el año 2008, con quien se constan varias visitas en ambos registros (EPOC y EPOC con exacerbación aguda), *“a venido a aquellas consultas varias veces en los últimos, no sé, más o menos dos o tres años, quizá cuatro” (médico de cabecera).* La especialista le trata desde la derivación de la AP en el año 2008 por la EPOC con varias visitas realizadas.

Vínculo médico-paciente:

El paciente expresa un sentimiento de pertenencia con el médico de cabecera y la neumóloga, *“tengo mi especialista, tengo mi médico de cabecera” (paciente),* y confianza en la atención recibida por ambos parte, *“para mí, lo máximo de bien, máximo de atento” (paciente); “[la neumóloga] “es una chica muy seria, te mira, te escucha, muy bien” (paciente).* El médico de cabecera considera que existe una buena relación con el paciente, aunque fue más difícil al inicio debido al alto nivel de ansiedad. Intenta explicar y tratarle con cautela por su ansiedad, *“tengo que ir con cuidado, ser gentil lo que pueda” (médico de cabecera).* La neumóloga destaca la existencia de una amistosa relación médico-paciente, a pesar de que el manejo clínico puede resultar dificultoso.

El paciente considera que los médicos del hospital le atienden con mucha atención, *“la doctora de la planta cada momento me venían a mirar [...] son muy buenos médicos aquí en Palamós” (paciente).* Por otro lado, no confía en los médicos de urgencias, debido a la falta de experiencia, a pesar de recibir una buena atención, *“vienen aquí [...] recién salido de la facultad de medicina [...] vienen a estudiar”.*

El paciente explica que inició el tratamiento con un neumólogo privado después de una segunda exacerbación al principio de la trayectoria de EPOC, al no encontrarse satisfecho con el tratamiento, *“fue a ver el médico privado porque no estuvo contento con el tratamiento” (historia clínica: neumóloga)*. Una entrada en la historia clínica en el 2008 por su médico de cabecera actual describe la insatisfacción por parte del paciente, al no observar una mejora en su tratamiento, lo que procede una consulta de un médico privado, *“el paciente y su mujer vienen muy quejosos por el episodio agudo de MPOC. Se queja que en Palamós no mejoró y fue a xxx [un médico privado]” (historia clínica: médico de cabecera actual)*.

En cuanto a asumir la responsabilidad del seguimiento de EPOC, el paciente no encuentra un responsable. No obstante indica que el médico de cabecera gestiona las derivaciones, *“es él que te manda al médico que tú necesites” (paciente)* y la neumóloga se responsabiliza de prescribe medicamentos. Las opiniones de los médicos difieren al respecto. Según el médico de cabecera existe una responsabilidad compartida entre él, la neumóloga, el paciente y otras personas que puedan ser de importancia. Él se considera responsable de ajustar los cambios en la tarjeta crónica y de recetar los medicamentos al paciente, *“estoy en carga de ponerla en su tarjeta de medicación crónica y firmar la receta” (médico de cabecera)*, mientras que la neumóloga considera que ella se encarga del tratamiento, *“el tratamiento respiratorio sí, el responsable soy yo” (neumóloga)*.

Según el médico de cabecera, el paciente le visita cuando la EPOC se empeora, mientras que el seguimiento realiza la neumóloga, *“ella ya lo sigue viendo de vez en cuando [...] hace un seguimiento” (médico de cabecera)*, lo que no concuerda con la neumóloga, quien considera que visita el paciente para el control y estabilidad, *“las consultas son más por necesidad, por objetivo de un control [...] que por un seguimiento a largo plazo” (neumóloga)*.

3) Continuidad de gestión

Accesibilidad:

En general el paciente considera que los médicos son accesibles, *“cada vez que los necesito, pues los tengo” (paciente)*. En cuanto al acceso a la AP, el paciente y el médico de cabecera coinciden que el tiempo de espera puede ser de un día hasta una semana.

El paciente considera que el médico de cabecera le remite a la AE si desconoce el problema, *“si es una cosa, que él no sabe de que va” (paciente)*. Según el médico de

cabecera, solamente realizó la primera derivación. No tiene más derivaciones planificadas ya que el paciente está controlado por la neumóloga, *“normalmente no le derivo más que la primera vez porque ella ya lo sigue viendo de vez en cuando”* (médico de cabecera). No obstante, los profesionales coinciden de que el médico de cabecera le remite el paciente a la neumóloga, si surgen complicaciones o dudas, *“que es ese paciente es complejo que no va bien, que tiene alguna duda y él quiere que lo vea”* (neumóloga) o para avisarle de una ocurrencia, *“si detecta algo que piensa que yo tengo que saber [...] yo lo cito”* (neumóloga).

Respecto a la AE, el paciente opina que el tiempo de espera para acceder al servicio de neumología es largo, salvo que sea para una razón urgente, *“si no es urgente tarda mucho tiempo, tarda meses”* (paciente). Según la neumóloga, la accesibilidad depende de si se trata de la primera derivación, que se realiza con un tiempo relativamente corto, *“no es mucho, un mes y una semana”* (neumóloga), o si es una segunda consulta, que se especifica con más espera, *“tengo un poco más de demora, porque tengo más de tres meses”* (neumóloga).

Ambos profesionales concuerdan en que la derivación de la AE a la AP no es necesaria, si no había un cambio en el tratamiento. La neumóloga destaca que también puede enviar alguna indicación al médico de cabecera por correo electrónico en vez de remitirle el paciente. En la trayectoria se encuentra dos derivaciones adicionales desde la AE: a la rehabilitación, *“es la doctora neumóloga que me ha mandado a hacer gimnasio”* (neumóloga) y al hospital de Girona para la realización del TAC

En cuanto a la accesibilidad a urgencias, el paciente la considera adecuada, *“cuando lo necesito, ahí los tengo y al máximo y me miran, cada momento”* (paciente). Explica que cuando sufre una agudización, o va directamente a urgencias o acude al médico de cabecera, quien le deriva a urgencias si necesario, *“cuando el médico de cabecera me ve que realmente estoy mal, rápidamente al hospital de Palamós”* (paciente). Según la neumóloga y la historia clínica, se remiten al servicio el paciente a neumología después de haber visitado las urgencias.

En cuanto a la vía utilizada, el paciente pide visitas directamente en el mostrador del CAP o del hospital, tanto para el médico de cabecera como para la neumóloga. El neumóloga destaca la importancia de utilizar la AP como puerta de entrada del sistema, *“hay que utilizar adecuadamente el sistema sanitario”* (neumóloga) por tener las ventajas de mayor accesibilidad y más facultativos.

Coherencia del cuidado

El paciente considera que no existe una periodicidad de las visitas con su médico de cabecera, sino que le consulta cuando siente la necesidad. Según el médico de cabecera, el paciente le acude cuando sufre una exacerbación y cuando tiene una realización de pruebas pendiente. En la historia clínica, constan once visitas con el médico de cabecera desde el 2008 hasta el 2009, siete de las cuales apuntadas en el registro de agudizaciones.

En cuanto a la periodicidad de las visitas de la neumóloga, el paciente explica que la periodicidad de las visitas concertadas en la neumología es de cada 6 meses. Según la neumóloga, la periodicidad depende del nivel de gravedad, controlando los pacientes con EPOC no estable aproximadamente cada dos años, y eso de por vida en los pacientes con una enfermedad grave. La historia clínica muestra siete visitas con la neumóloga en los años 2008 y 2009, tres de las cuales registradas como agudización. El sospecho de SAHS (*síndrome de apneas obstructivas del sueño*) también proporcionó unas consultas en neumología.

Respecto a la periodicidad de la realización de pruebas de control en neumología (por ejemplo el análisis del oxígeno en el sangre) es de cada seis meses, *“normalmente yo me hago una revisión periódica de 6 meses” (paciente)*, lo que le considera inadecuadamente largo. Enfatiza que hay pocos médicos disponibles para la cantidad de enfermos, *“ahora me tienen que hacer el TAC, pues ya hace un mes y medio, tarda mucho. Hay mucha gente enferma y pocos médicos, es normal” (paciente)*. La neumóloga destaca que se piden las pruebas, en caso de necesidad y con la periodicidad en función de cada paciente, por ejemplo para pacientes con patologías crónicas progresivas, se las realiza anualmente con perspectiva de prolongación si la EPOC se estabiliza. En el momento de la revisión de la historia clínica, se ha realizado una espirometría en el 2008, teniendo otra pendiente

4) Continuidad de información

Transferencia de información

El paciente considera que existe una transferencia de información, la que se transmite vía ordenador a distintos niveles asistenciales. Aparte de la red informática compartida, el médico de cabecera destaca el correo electrónico como una vía de comunicación adicional, *“puedo contactarla por e-mail a ella [neumóloga] o en cualquier otro hospital y eso es excelente” (médico de cabecera)*. Según la neumóloga, también se realiza muchas consultas telefónicas, y asimismo se comunica

personalmente si se tercia la oportunidad. Además, resalta que la comunicación es existente y que es fácil en su realización.

Ni los médicos, ni la historia clínica explicitan las consultas con el especialista privado, *“a veces se han ido a otro sitio privado pero aquí, según la historia de aquí, de este hospital no me consta” (neumóloga)*.

El médico de cabecera considera que el paciente espera de él que esté puesto al día sobre información nueva en la historia clínica, como por ejemplo incidentes recientes, *“espera que yo ya lo he visto, porque sabe que la información está aquí” (médico de cabecera)*. Sin embargo, se lo mira normalmente durante la visita. También destaca el hecho de que no lee las entradas de la historia clínica, si no realiza una visita, *“si no ha venido a verme, yo no me he mirado” (médico de cabecera)*. La neumóloga explica que en cada visita suele preguntar al paciente sobre recientes exacerbaciones, aunque está consciente de que los informes de urgencias son accesibles.

El paciente considera que existe una colaboración entre los profesionales, *“todos colaboran [...] entre ellos se ayudan” (paciente)*. Sin embargo, puntualiza un acontecimiento actual, cuando se sospechó una alergia a medicamentos genéricos recetados para tratarle de EPOC, la neumóloga le convidó que visitase el médico de cabecera para cambiar la mediación, *“que fuera a mi médico y que dijera que me mandarían medicamentos originales” (paciente)*. La neumóloga confirma la existencia de una interacción y comunicación con la AP, lo que evita la derivación, por ejemplo cuando el médico de cabecera le consulta para recibir alguna indicación u actuación, *“él no hace volante [...] si que sabía la actuación, la cosa se resuelve y ya está” (neumóloga)*. La neumóloga especialmente intenta resolver un problema con fácil manejo por sí misma, comunicando con otro médico, en el caso de que la derivación conllevaría un tiempo de espera largo, *“a lo mejor hago una llamada o me pongo en contacto y si es una cosa sencilla soluciono yo personalmente” (neumóloga)*. Además, destaca que él y los médicos de cabecera se conocen entre sí de diferentes ocasiones, lo que facilita la comunicación, *“cualquier médico de cabecera al que vaya, me conoce y sabe que puede enviarme un correo” (neumóloga)*.

Según el paciente, llevó un informe al hospital de Girona, cuando le remitieron para realizar un TAC. Considera que los resultados se enviaron directamente al servicio de neumología de SSIBE vía fax u ordenador. Sin embargo, recibe una fotocopia, la que entrega a la neumóloga, *“cuando me dan la fotocopia yo siempre se la llevo a mi médico” (paciente)*. El médico de cabecera indica que pueden suceder duplicaciones en la medicación en esas situaciones cuando el paciente no traspasa la información al él. Lo mismo puede ocurrir con las pruebas, tal como destaca la neumóloga, ya que el

paciente no suele tráele los resultados de las pruebas realizadas por el médico privado, *“con lo que te dice a veces puedes guiarte que tipo de pruebas le ha hecho [...] pero la mayoría de las veces tampoco trae las pruebas [...] como no sabes el resultado pues queda todo muy en el aire”* (neumóloga).

El paciente considera que ambos médicos le escuchan. El médico de cabecera destaca la importancia de que el paciente comprende el tratamiento lo que facilita su participación, y de que obtiene una indicación o un plan clínico al final de la consulta, *“siempre se tiene que quedar en algo”* (médico de cabecera). Según la neumóloga, es un paciente muy receptivo, y procura darle la sensación de progresar en el tratamiento, *“que se hayan encontrado atendidos, que se han puesto un tratamiento que hayan notado mejoría”* (neumóloga).

Conocimiento acumulado:

El paciente considera que los médicos que le atienden, no disponen de un conocimiento adicional, aparte de la información médica. No obstante, puntualiza que recibe una atención rápida en urgencias, puesto que los médicos le conocen. Ambos médicos concuerdan que durante el diagnóstico o la primera visita se quiere adquirir una idea general de la situación familiar y laboral del paciente, *“la entrevista clínica o de su anamnesis le iban con observaciones de su vida familiar o habitual”* (neumóloga). El médico de cabecera dispone del conocimiento de que el paciente sufre una ansiedad debido a un acontecimiento familiar. La neumóloga considera que conoce el carácter y la personalidad del paciente. La historia clínica muestra una entrada respecto al conocimiento acumulado sobre la vida laboral por parte del médico de cabecera, *“me explica que tiene problemas laborales”* (historia clínica: médico de cabecera).

5) Definición de la CA y sugerencias de mejora

Definición CA: El paciente no supo definir el concepto de CA cuando se le preguntó en la entrevista.

El médico de cabecera se refiere a dos aspectos claves relacionados a la continuidad asistencial (CA): a) un seguimiento programado y periódico, b) la accesibilidad adecuada en caso de necesidad, *“la otra continuidad es la de puertas abiertas [...] de forma espontáneo, o sea necesidades”* (médico de cabecera). Lo que facilita la CA es un plan de tratamiento concretado con el paciente al final de cada visita, *“es importante dar una indicación que esperamos hacer en el futuro”* (médico de cabecera). La neumóloga se refiere a la disposición de información clínica y social

sobre el paciente, *“la accesibilidad al conocimiento global del paciente” (neumóloga)*, de tal manera de que haya una única historia clínica accesible para todos los médicos que le atienden, y en cual sigan registrando la nueva información médica. Una historia clínica informatizada que conste con todo el material médico, es decir con las pruebas complementarias realizadas o las consultas de diferentes especialidades, facilitaría la CA.

Sugerencias de mejora:

El paciente no explicita sugerencias de mejoría, puesto que considera que ya recibe el mejor tratamiento, *“a mi tratamiento me dan lo mejor que hay” (paciente)*. Al médico de cabecera tampoco ocurren sugerencias, pero refiriéndose solamente al sistema informático, lo que describe como una agenda que contiene toda la información necesaria. La neumóloga destaca la importancia de estar consciente sobre los temas tratados en la entrevista para poder introducir mejoras cuando haga falta.

6) Información adicional sobre la coordinación asistencial

Guía práctica clínica: La neumóloga destaca que existe una guía de práctica clínica de EPOC, lo que elaboraron junto con el personal de la AP.

Acceso red compartida: Ambos médicos concuerdan en que este sistema informático es muy accesible, *“la conexión con el hospital de Palamós y los otros centros de la zona es excelente” (médico de cabecera)*, es fácil en su manejo, puesto que la historia clínica está organizada por episodios, y además es actual debido a la informatización de las pruebas.

Registrar información: El médico de cabecera comenta que puede ocurrir que no se registra la información médica en la AE, lo que considera peligroso, especialmente si se carecen datos sobre medicamentos recetados, *“si no hay nada escrito es un desastre, a pesar de que tenemos un sistema perfecto” (médico de cabecera)*. Sin embargo considera, que con este paciente en concreto, no se han manifestado dificultades hasta ahora. La neumóloga indica que una interacción vía correo electrónico no siempre conlleva una anotación en la historia clínica.

Médico privado: Una entrada en la historia clínica por el médico de cabecera en el año 2005 muestra la discordancia en cuanto a la medicación con el médico privado, *“le digo que si no estoy de acuerdo con recetas, no se los haré” (historia clínica: médico de cabecera anterior)*.