



Medicina de Familia SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



ORIGINAL

Gestión de incidencias interniveles. La experiencia de un distrito de atención primaria



A. Ortega Carpio^{a,*}, J. Rioja Ulgar^a, A. Mestraitua Vázquez^a, Y. Arco Prados^a,
J. Córdoba Gómez^b y F. Carmona Romero^c

^a Distrito Huelva-Costa Condado-Campiña, La Palma del Condado, Huelva, España

^b Servicio de Atención a la Ciudadanía, Distrito Huelva-Costa Condado-Campiña, La Palma del Condado, Huelva, España

^c Servicio Administrativo, Distrito Huelva-Costa Condado-Campiña, La Palma del Condado, Huelva, España

Recibido el 3 de octubre de 2023; aceptado el 18 de diciembre de 2023

Disponible en Internet el 31 de enero de 2024

PALABRAS CLAVE

Comunicación;
Coordinación de
cuidados;
Continuidad
asistencial;
Burocratización

Resumen

Objetivo: Determinar la prevalencia y definir el perfil de las incidencias interniveles (ININ) entre atención primaria (AP) y atención hospitalaria (AH).

Diseño: Estudio descriptivo transversal multicéntrico.

Emplazamiento: Atención primaria.

Participantes: Profesionales de AP de un distrito sanitario y de sus hospitales de referencia.

Intervenciones: Se considera ININ todo aquel fallo de comunicación entre profesionales de AP y AH derivados de trámites administrativos, farmacéuticos o clínicos no resueltos durante el procedimiento de comunicación formal interniveles, que precisa de una respuesta coordinada y validada desde las direcciones para no sobrecargar a los médicos de familia.

Mediciones principales: ININ por categorías, servicios hospitalarios y centros de salud, totales y validadas, relativizadas respecto al total de derivaciones y el motivo de la ININ.

Resultados: Detectamos 2.011 ININ (3,36%) entre las 59.859 derivaciones, si bien, solo 1.684 fueron validadas (83,7%). La mayoría fueron administrativas (59,5%), seguido de las farmacéuticas (24,2%), clínicas (10,2%) e inversas (6,1%). Un 41,3% de las ININ clínicas se agruparon en torno a 5 especialidades hospitalarias, y un 45,9% en 5 centros de salud. Los principales motivos de ININ clínica fueron la no prescripción del tratamiento farmacológico indicado en consultas externas o al alta hospitalaria (27,3%), la solicitud de rederivación a otro especialista hospitalario (27,9%), o la solicitud de rederivar presencialmente a pacientes que ya habían sido derivados por teleconsulta (17,8%).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: antonio.ortega.carpio.sspa@juntadeandalucia.es (A. Ortega Carpio).

Conclusiones: Un 3,36% de las derivaciones interniveles se acompañan de incidencias y el 83,7% se validan y tramitan. Es necesario desarrollar herramientas de gestión de ININ para garantizar la asistencia sanitaria segura y desburocratizar la AP.

© 2023 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Communication;
Care coordination;
Care continuity;
Bureaucratization

Interlevel incident management: The experience of a primary care district

Abstract

Aim: Determine the prevalence and define the profile of interlevel incidences (ININ) between primary care (PC) and hospital (HC).

Design: Multicenter cross-sectional descriptive study.

Site: Primary care.

Participants: Professionals from a Health District and its reference hospitals.

Interventions: ININ are errors in communication between PC and HC professionals derived from administrative, pharmaceutical or clinical procedures not resolved during the formal interlevel communication processes, which requires a coordinated and validated response from the health care directions to not overload the family physician.

Main measurements: ININ by category, hospital services and health centers, total and validated, relative to the total number of referrals, and the reason for the ININ.

Results: We detected 2011 ININs (3.36%) among the 59.859 referrals, although only 1684 were validated (83.7%). Most were administrative (59.5%), followed by pharmaceutical (24.2%), clinical (10.2%) and reverse (6.1%). 41.3% of the clinical ININs were grouped around 5 hospital specialties, and 45.9% in 5 health centers. The main reasons for clinical ININ were non-prescription of the recommended pharmacological treatment in outpatient clinics or on hospital discharge (27.3%), request for referral to another hospital specialist (27.9%), or request to referral in person to patients who had already been referred by teleconsultation (17.8%).

Conclusions: 3.36% of interlevel referrals are accompanied by incidents and 83.7% are validated and processed. It is necessary to develop ININ management tools to guarantee safe healthcare and debureaucratize PC.

© 2023 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La comunicación interniveles bidireccional entre especialistas de atención primaria (AP) y atención hospitalaria (AH), para la transferencia segura de pacientes complejos o para consultar circunstancias concretas que precisen evaluación puntual coordinada, es una realidad en todos los sistemas sanitarios. Se han usado diferentes modelos de comunicación corporativa, manual o telemática en los sistemas de salud informatizados, manteniendo de forma puntual otros procedimientos menos estandarizados como el teléfono o el correo electrónico¹.

No obstante, salvo los recientes modelos de teleconsulta tipo chat que se están implementando, el procedimiento de comunicación bidireccional carece de la flexibilidad necesaria para este tipo de interconsultas, y genera con frecuencia incidencias interniveles (ININ)²⁻⁵. Se trata de fallos en la comunicación entre profesionales de AP y AH derivados de procedimientos administrativos, farmacéuticos o clínicos no resueltos, que no suelen ser integrados en el procedimiento de comunicación formal, y que requieren para su

solución de trámites no del todo estandarizados que acaban trasladándose al médico de familia (MF), burocratizando su actividad laboral. La rotura de la comunicación puede condicionar retrasos diagnósticos, incremento de pruebas complementarias, polifarmacia, pérdida de la continuidad de cuidados, e incremento de la litigiosidad⁵⁻⁷, deteriorando la calidad asistencial, la satisfacción del paciente y del profesional.

Nuestro equipo lleva 3 años trabajando en un modelo coordinado de gestión de ININ bidireccional que permite la transferencia de las ININ al ámbito adecuado, y la resolución consensuada de las mismas, mejorando la comunicación entre los profesionales y la seguridad del paciente, a la vez que facilita el conocimiento de las competencias de cada nivel asistencial y el ejercicio mutuo de responsabilidades.

En este trabajo se determina la prevalencia y las circunstancias en las que se producen ININ, y se propone un circuito de gestión de incidencias bidireccional que garantice una respuesta sanitaria eficaz, rápida y segura para resolverlas, de acuerdo con las recomendaciones de las sociedades científicas⁸.

Material y métodos

Objetivo

Determinar la prevalencia de ININ entre atención primaria (AP) y atención hospitalaria (AH), y describir sus causas y procedencia.

Diseño

Estudio descriptivo transversal multicéntrico realizado en AP desde el 1 de enero al 30 de junio del año 2023 analizando consecutivamente todos los informes de ININ generados por los facultativos durante la comunicación interniveles entre AP y AH recepcionados por la dirección de salud.

Fuente y método de recogida de datos

El Distrito Sanitario Huelva-Costa Condado-Campiña (DHCCC) presta servicios sanitarios de AP a 467.000 habitantes (88% de la población de Huelva) con 2 hospitales públicos de referencia (Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez y Hospital Infanta Elena) y otro concertado (Hospital Virgen de la Bella). Está organizado territorialmente en 15 Zonas Básicas de Salud que engloban a 25 unidades de gestión clínica (UGC) repartidas de forma dispersa en 22 centros de salud, 33 consultorios locales y 6 consultorios auxiliares.

El modelo de comunicación interniveles establecido es fundamentalmente telemático a través de la aplicación corporativa DIRAYA que permite a los facultativos de AP derivar pacientes presencialmente a las consultas externas hospitalarias, o consultar virtualmente pacientes al especialista hospitalario mediante un chat bidireccional (teleconsulta). En ambas circunstancias el especialista hospitalario emite al alta un informe final dirigido al facultativo de AP con el diagnóstico y tratamiento indicado desde AH.

Con objeto de dar respuesta a los potenciales incidentes interniveles que pudieran generarse, se definieron protocolizadamente y se difundieron entre los facultativos, 3 circuitos de comunicación interniveles independientes del modelo de derivación y unas opciones específicas para justificar el incidente (fig. 1). Los circuitos se inician cuando el profesional de AP detecta un incidente al alta o en el seguimiento del paciente, emitiendo un formulario de ININ; el tercer circuito es bidireccional pudiendo también iniciarse en AH (circuito inverso).

Todos los formularios de ININ se emiten directamente desde la historia de salud digital (HSD) a través de la aplicación corporativa Botón Rojo que permite incorporar al formulario los datos inequívocos del paciente y del profesional que emite el informe. El profesional emisor selecciona dentro del menú del formulario la circunstancia concreta que ha originado la incidencia y el destino de la misma, con opción de cumplimentar además un campo de texto libre para observaciones.

El *circuito administrativo* responde a incidencias producidas por citas de derivaciones/revisiones intrahospitalarias indicadas por escrito en la HSD, pero no generadas en citación (opción 1), citas de derivación/revisión

intrahospitalarias indicadas por escrito en la HSD, pero no generadas en citación, procedente de otra provincia o comunidad autónoma (opción 2), o pruebas complementarias indicadas desde AH por escrito en la HSD, no generadas en citación (opción 3). El *circuito de farmacia* responde a incidencias derivadas de la prescripción (opción 1) y visado de tratamientos de diagnóstico o indicación hospitalaria (opción 2). El *circuito clínico* se inicia ante incidencias estrictamente asistenciales, siendo necesario cumplimentar el servicio hospitalario implicado, la fecha de la incidencia y un comentario o descripción de la misma, al que se pueden adjuntar los documentos debidamente escaneados que el profesional estime oportunos. Las alternativas recogidas son incidencias derivadas de recetas de tratamientos indicados, pero no prescritos (opción 1), solicitud de analíticas indicadas y no realizadas (opción 2), solicitud de derivación a otros especialistas hospitalarios indicadas y no realizada (opción 3), solicitud de derivación presencial tras valoración por teleconsulta (opción 4), reclamación de informes de pruebas complementarias de imagen demoradas más de 15-30 días (opción 5), revisiones e interconsultas de pacientes procedentes de cualquier provincia y comunidad autónoma, que aportan informes con indicación de revisión o tratamiento en un plazo corto y que, por su gravedad, no pueden gestionarse a través del circuito administrativo (opción 6), solicitud de priorización de cita desde AP (opción 7) y otras incidencias de teleconsultas, consultas externas o altas hospitalarias no ajustadas a procedimientos consensuados entre AP y AH (opción 8).

El informe se escanea en el centro de salud (ININ directas) o en el servicio hospitalario (ININ inversas), y se envía para validación al correo corporativo de la dirección del distrito o del hospital respectivamente, comparando los datos de la incidencia con los recogidos en la HSD. Si el informe se corresponde con las opciones predefinidas se valida y se envía al servicio hospitalario o centro de salud correspondiente para dar respuesta, y en caso contrario se devuelve justificadamente al emisor.

Análisis

Para la descripción de las variables analizadas se usaron medidas cualitativas con su valor absoluto (N), porcentaje (%) e intervalo de confianza del 95% (IC 95%). Para cada servicio hospitalario y centro de salud se calcularon las ININ clínicas totales y validadas, el total de derivaciones recibidas/realizadas y el porcentaje de incidencias clínicas totales y validadas respecto a las derivaciones recibidas/realizadas. El contraste de hipótesis entre variables se realizó mediante la prueba de Chi-cuadrado. El nivel de significación estadística se definió con $p < 0,05$.

Resultados

A lo largo del primer semestre del año 2023 se realizaron 59.859 derivaciones hospitalarias procedentes de AP (PAP) y se produjeron 2.011 ININ en el distrito, lo que supone 3,36 incidencias por cada 100 derivaciones, 1.900 directas (94,5%) y 111 inversas (5,5%). La mayor parte de las incidencias fueron administrativas (49,8%), seguido de las farmacéuticas (25,1%), clínicas (19,6%) e inversas (5,5%).

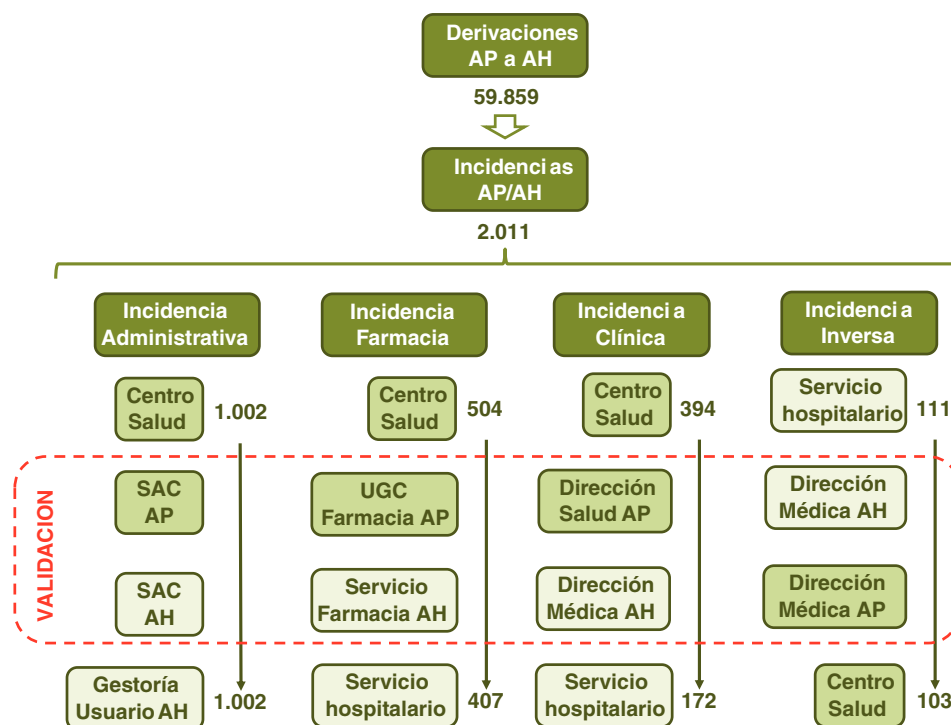


Figura 1 Circuitos de incidencias interniveles (ININ). AH: atención hospitalaria; AP: atención primaria; SAC: servicio de atención a la ciudadanía; UGC: unidad de gestión clínica.

Fuente: elaboración propia.

Fueron validadas 1.684 de las ININ (83,7%), lo que reduce el número de ININ por derivaciones durante el período de estudio a 2,81. Solo el 43,7% de las incidencias clínicas directas fueron validadas, y los motivos de rechazo principales fueron solicitar un adelanto de revisión en consulta hospitalaria (66,2%) o realizar el visado farmacéutico (18%), circunstancias ambas que debían realizarse por otros circuitos. El 100% de las incidencias administrativas se validaron, en tanto que un 7,8% de las ININ inversas se rechazaron, todas ellas procedentes del servicio de urgencias hospitalario (fig. 1). Los porcentajes de incidencias, validación y proporción de incidencias totales y validadas respecto al total de derivaciones se reflejan en la tabla 1.

Validamos 172 ININ clínicas directas, que suponen un 0,29% de las 59.859 derivaciones realizadas, repartidas de forma muy heterogénea entre las diferentes especialidades hospitalarias, destacando la ausencia de relación entre el número de incidencias y derivaciones: especialidades como neurología (0,22%), endocrinología (0,21%), cirugía vascular (0,15%), dermatología (0,15%), cardiología (0,14%), aparato locomotor (0,13%), urología (0,10%), ginecología (0,09%), oftalmología (0,08%) y otorrinolaringología (0,04%), tuvieron un porcentaje de ININ proporcional al número de derivaciones e inferior a la media, en tanto que otras como nefrología (1,12%), alergología (0,93%), medicina interna (0,78%), pediatría (0,56%) y las realizadas a hospitales extraprovinciales (6,09%), tuvieron un número de ININ mayor al esperado por el número de derivaciones realizadas, y acumularon el 41,3% de las incidencias ($p < 0,0001$). El porcentaje de ININ por derivación a urgencias AH, radiología y oncología no se

tuvo en cuenta en el análisis al ser especialidades a las que no se deriva convencionalmente desde AP (fig. 2).

El reparto de ININ clínicas directas por centros de salud también fue muy heterogéneo, con un 45,9% de las incidencias validadas repartidas entre solo 5 de los 22 centros de salud, con un porcentaje de incidencias validadas por derivación muy superior a la media de 0,29% en Molino (0,94%), Torrejón (0,78%), Palos (0,64%), Moguer (0,62%) y Lepe (0,51%) (tabla 2). En general, el número de incidencias totales y validadas se relacionó con el de derivaciones, si bien algunos centros (La Palma, Punta Umbría, Gibralfón, Moguer y Torrejón) tuvieron un número elevado de ININ totales respecto a las validadas al tener en cuenta su número de derivaciones (fig. 3).

Los principales motivos de ININ clínicas desde AP a AH fueron indicaciones de revisión por otro especialista hospitalario trasladadas al MF (27,9%), seguidas de tratamientos farmacológicos no prescritos desde AH tras el alta o revisión (27,3%) y solicitud de derivación presencial trasladada al MF de pacientes que estaban siendo valorados telemáticamente por teleconsulta (19,8%) (fig. 4). Los servicios hospitalarios que más rederivaciones trasladaron a AP fueron urgencias AH (15,0%) y aparato locomotor (13,0%); los que más prescripciones no realizadas generaron fueron medicina interna (17,0%), urgencias AH (10,6%) y reumatología (8,5%); y las que más derivaciones presenciales solicitaron a AP tras teleconsulta fueron alergología (53%) y pediatría (12%).

Las 103 ININ inversas validadas procedieron mayoritariamente de urgencias AH (84%) y del servicio de ginecología (13%).

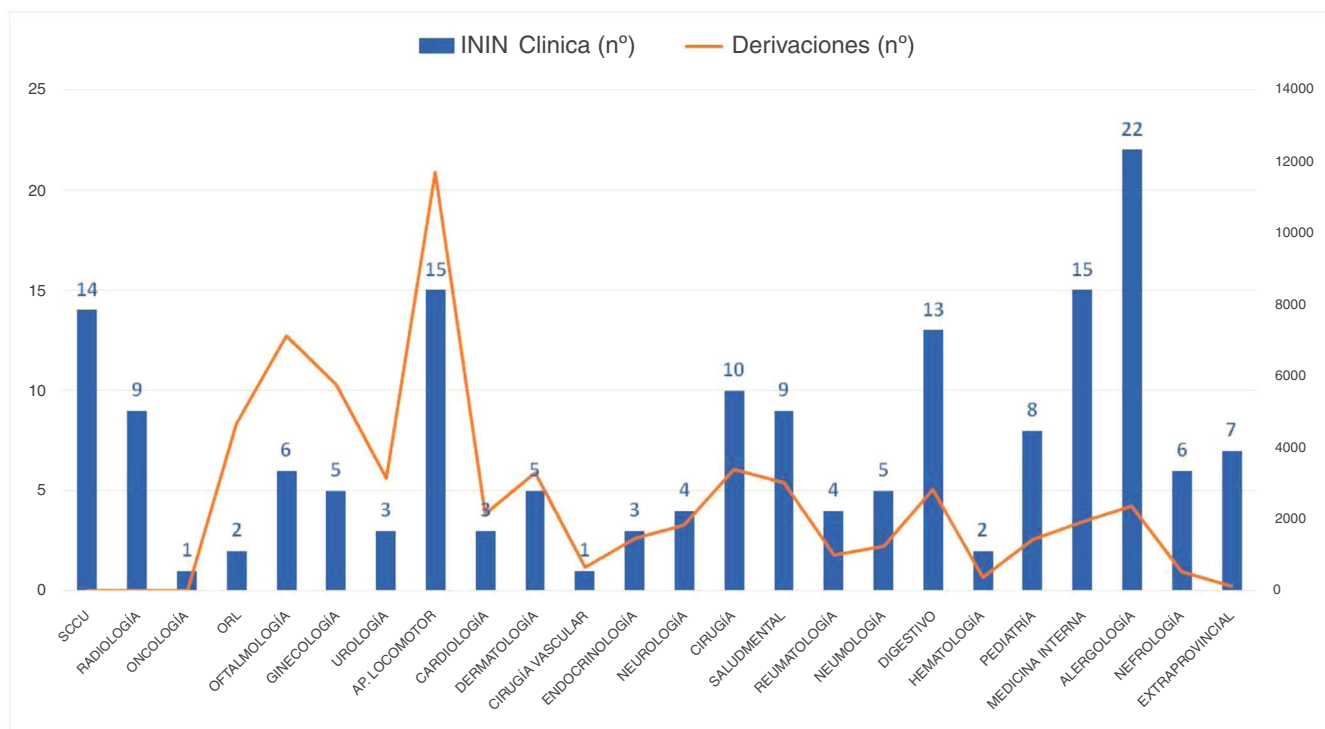


Figura 2 Derivaciones recibidas e incidencias interniveles clínicas por especialidad. ORL: otorrinolaringología; SCCU: servicio de cuidados críticos y urgencias.

Fuente: elaboración propia.

Discusión

Durante el periodo de estudio se han recogido 2.011 ININ directas (94,5%) o inversas (5,5%), que afectan a un 3,35% de las derivaciones de pacientes realizadas desde AP a AH. Se trata de una cifra importante de incidencias en la interacción entre ambos niveles asistenciales, que motiva un volumen adicional de trabajo para las direcciones del distrito y los hospitales de referencia para que puedan ser solventadas, y que habitualmente, hubieran recaído en los médicos de AP. Nuestro estudio pone de manifiesto la importancia de diseñar e implementar herramientas como esta que permitan desburocratizar el primer nivel asistencial.

Un 16,3% de la ININ recibidas en AP, 319 directas (97,5%) y 8 inversas (2,5%) no fueron validadas tras revisar la HSD por la dirección de salud del distrito al no estar adecuadamente fundamentadas, lo que confirma la necesidad de supervisar las incidencias antes de elevarlas al siguiente nivel. La retroalimentación que genera la no validación de incidencias clínicas o farmacéuticas, y su reubicación en el circuito apropiado, pensamos que en el futuro disminuirá la frecuencia de estas incidencias no tramitables, responsabilizando progresivamente a las unidades de AP del adecuado uso del circuito clínico.

Por otra parte, el traslado de las incidencias a los servicios hospitalarios para su gestión, tiene un doble efecto descargando de trabajo burocrático a los profesionales de AP, y promoviendo el cambio de hábitos asistenciales en el ámbito hospitalario. La validación y tramitación de cada tipo de incidencia se realizó por un circuito diferente, resolviéndose de forma precisa sin que el médico de familia tuviera

un papel activo en su gestión, lo que formaba parte del principal objetivo del procedimiento (tabla 1).

La distribución de ININ por servicios hospitalarios no fue proporcional al número de derivaciones realizadas a cada servicio, lo que sugiere una mayor tendencia a que en algunos de ellos se produzcan disfunciones en la comunicación con AP. Esta circunstancia se dio de forma especial en alergología, nefrología, medicina interna, digestivo y pediatría que acumularon el 41,3% de las ININ (fig. 2). Conocer esta circunstancia permitió no solo resolver las incidencias sino, sobre todo, poner los medios necesarios para corregir su aparición futura.

Tampoco fue homogénea la comunicación de ININ por centros de salud, destacando un mayor volumen de incidencias y una menor validación de las mismas en un grupo concreto de centros de salud, lo que ha facilitado analizar de forma específica las circunstancias y el grado de conocimiento del procedimiento de comunicación interniveles en dichos centros para mejorar su utilización (fig. 3).

Tal y como se esperaba⁹, los principales motivos de ININ clínica detectada en AP fueron la no prescripción del tratamiento farmacológico indicado en consultas externas o al alta de hospitalización (27,3%), la solicitud de rederivación a otro especialista hospitalario desde AP (27,9%), o la solicitud de rederivar, esta vez presencialmente, a pacientes que ya habían sido derivados por teleconsulta virtual (17,8%) (tabla 2). Se tratan todas ellas de hábitos frecuentes practicados en AH que trasladan una parte burocrática del trabajo asistencial al MF, que no tiene por qué asumir dicha responsabilidad administrativa, ni a veces tampoco compartir la indicación. Este circuito de

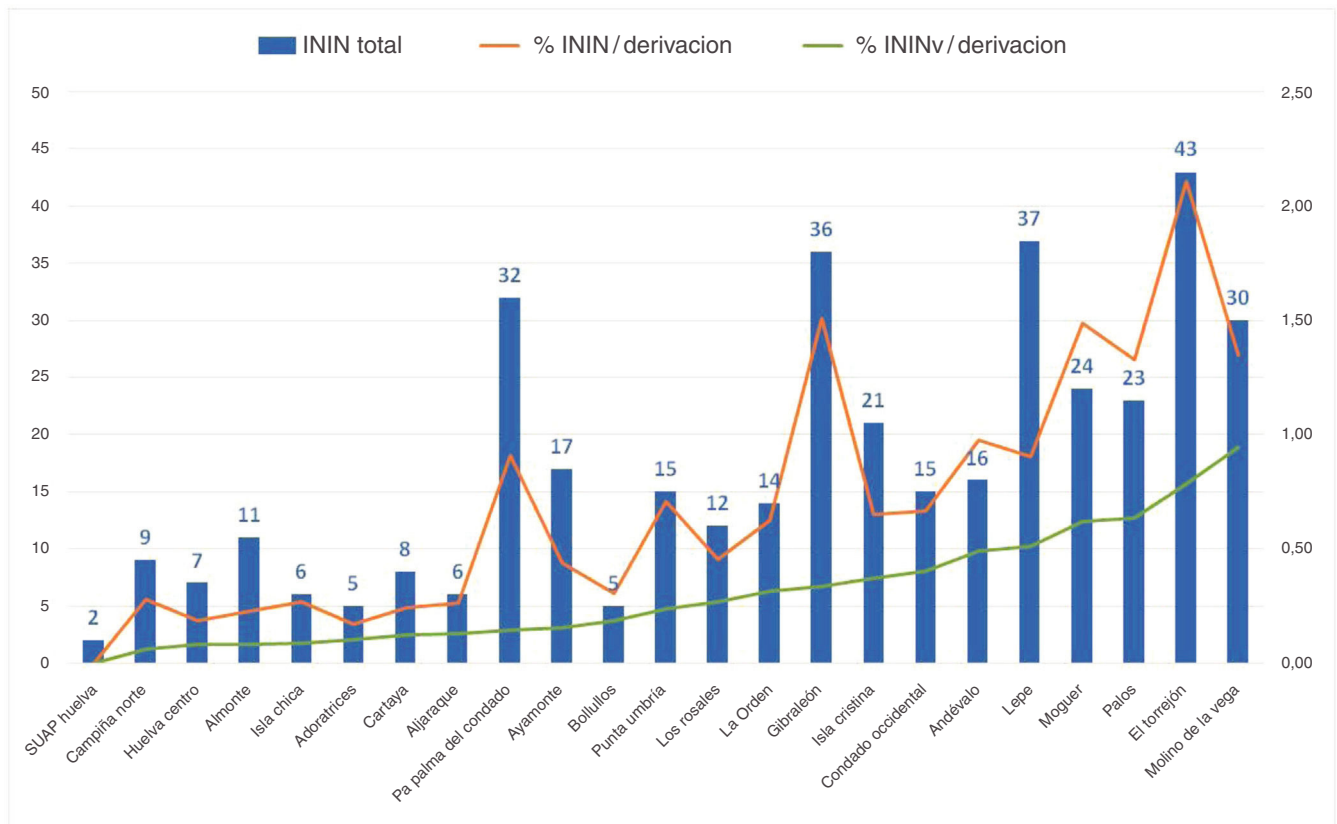


Figura 3 Incidencias totales, porcentaje ININ totales y validadas según derivaciones realizadas. SUAP: servicio de urgencias de atención primaria.
Fuente: elaboración propia.

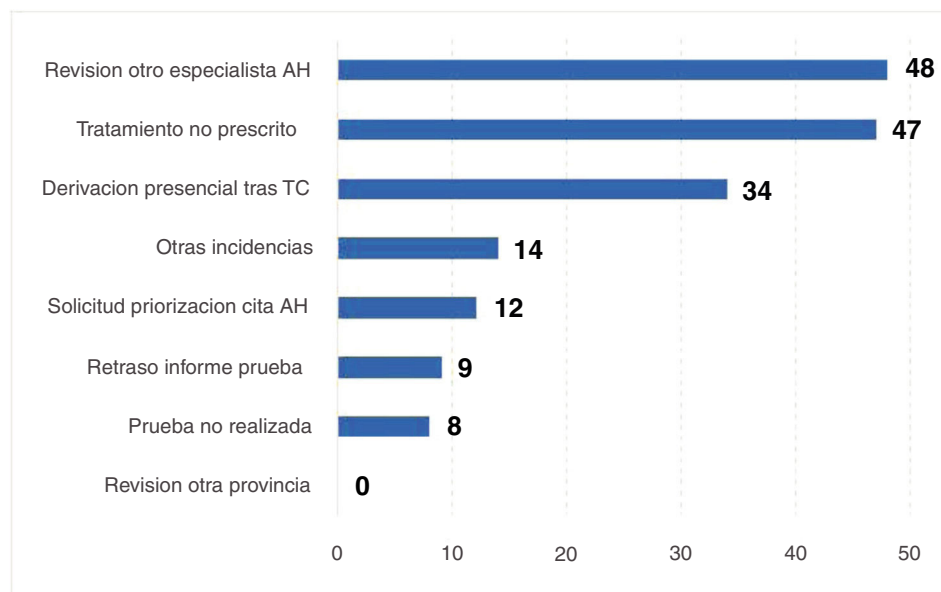


Figura 4 Motivos de incidencias clínicas interniveles (desde AP).
Fuente: elaboración propia.

comunicación permite trasladar al especialista hospitalario esta circunstancia, lo que facilitará reducir en el futuro este tipo de incidencias. El procedimiento permite, además, dar repuesta institucional a situaciones habituales de

la práctica clínica para las que no existe un procedimiento estandarizado, como son la priorización en base a la situación clínica de interconsultas de AP, reclamación de informes no realizados de pruebas complementarias o incorporar al

Tabla 1 Tipos y tramitación de ININ

	ININ total*	Porcentaje ININ	IC 95%	ININ validadas*	Porcentaje	IC 95%	Porcentaje de validación*	IC 95%	Porcentaje ININ/ derivaciones*	IC 95%	Porcentaje ININ val/ derivaciones*	IC 95%
Clínicas	394	19,6	17,9-21,3	172	10,2	8,9-11,8	43,7	38,8-48,6	0,66	0,60-0,73	0,29	0,25-0,33
Farmacia	504	25,1	23,2-27,0	407	24,2	22,2-26,3	80,8	77,1-83,9	0,84	0,77-0,92	0,68	0,62-0,75
Administrativas	1,002	49,8	47,6-52,0	1,002	59,5	57,1-61,8	100,0	100	1,67	1,57-1,78	1,67	1,57-1,78
Inversas	111	5,5	4,6-6,6	103	6,1	5,1-7,4	92,8	86,4-96,3	0,19	0,15-0,22	0,17	0,14-0,21
Total	2,011	100	—	1,684	100	—	83,7	82,1-85,3	3,36	3,22-3,51	2,81	2,68-2,95

IC 95%: intervalo de confianza del 95%; ININ: incidencias interniveles.

* p < 0,0001.

Fuente: elaboración propia

circuito local pacientes que se trasladan desde otras provincias.

Aunque compartimos la preocupación de muchos autores¹⁰ por la creciente tendencia al rechazo de pacientes derivados desde AP por especialistas de AH, nuestro estudio solo ha detectado un 4,6% de ININ que sugerían esta práctica, producidas en su totalidad por la exigencia de pruebas complementarias no disponibles en AP y que consecuentemente generaron una ININ.

Finalmente, el procedimiento de comunicación interniveles da acceso a la resolución de ININ inversas generadas en AH y trasladadas así al MF. Las más habituales proceden de urgencias AH (84%), y van dirigidas a priorizar la revisión en su centro de salud de pacientes atendidos en urgencias que precisan revisión precoz, que habían sido derivados para realización de radiografía, existiendo un servicio de radiología específico para AP, o que directamente no tenían indicación de asistencia urgente, recomendándose cita precoz en estos casos en AP. Las ININ inversas procedentes de ginecología (13%) se generan por errores en la derivación desde AP a las diferentes consultas monográficas de este servicio, cada una con unos criterios específicos que permiten gestionar mejor la AH.

Si bien hay múltiples estudios que analizan la falta de coordinación interniveles^{2,5} y herramientas que mejoran la calidad de la derivación del médico de AP a AH¹¹⁻¹⁶, no hemos encontrado estudios específicos que analicen herramientas concretas de gestión de ININ generadas durante el procedimiento normalizado de comunicación interniveles para la transferencia de pacientes entre AP y AH. Nuestro estudio es, por tanto, pionero en desarrollar una línea de investigación específica que permita dar respuesta a las ININ de una forma eficaz, rápida y segura. Otra de las fortalezas de nuestro estudio es su diseño multicéntrico, abarcando un amplio número de centros de AP, 3 hospitales de referencia y todas las especialidades disponibles, así como la bidireccionalidad en la comunicación, lo que permite sacar conclusiones generalizables.

Nuestro estudio tiene 3 principales limitaciones. Al tratarse de un corto periodo de duración y al mismo tiempo de una herramienta poderosa, no solo para trasladar información de las incidencias, sino para corregirlas y cambiar los hábitos de trabajo de profesionales de ambos niveles asistenciales, los datos observados han ido cambiando en el tiempo conforme las incidencias llegaban. De hecho, se ha podido comprobar paulatinamente cómo disminuían las incidencias procedentes de especialidades como nefrología y alergología, en los que la retroalimentación positiva ha hecho que disminuyan las mismas.

Por otra parte, no se pudieron analizar los motivos de algunas ININ administrativas o farmacéuticas, por lo que hemos prescindido de describir las restantes, limitándonos a referir su volumen total y porcentaje de validación.

Finalmente, el procedimiento de trabajo basado en formularios escaneados y trasladados a través de correo electrónico, ha impedido posiblemente la captación de todas las incidencias en algunos centros, que en buena parte es posible que se hayan seguido tramitando por canales menos ortodoxos (teléfono, derivación presencial del paciente...). Es nuestra intención desarrollar una herramienta telemática que permita conectar de forma asincrónica las consultas de

Tabla 2 Derivaciones e ININ clínicas por UGC

UGC	ININ total	Porcentaje ININ	IC 95%	ININ validadas	Porcentaje ININ validadas	IC 95%	Derivaciones	Porcentaje ININ/derivación	IC 95%
SUAP Huelva	2	0,5	0,14-1,87	2	100,0	100	0	n.p.	n.p.
Campaña Norte	9	2,3	1,21-4,28	2	22,2	6,3-54,7	3,250	0,06	0,02-0,22
Huelva Centro	7	1,8	0,86-3,62	3	42,9	15,8-74,9	3,732	0,08	0,03-0,24
Almonte	11	2,8	1,57-4,93	4	36,4	15,2-64,6	4,813	0,08	0,03-0,21
Isla Chica	6	1,5	0,70-3,28	2	33,3	9,7-70,0	2,256	0,09	0,02-0,32
Adoratrices	5	1,3	0,54-2,94	3	60,0	23,1-88,2	2,935	0,10	0,03-0,30
Cartaya	8	2,0	1,03-3,95	4	50,0	21,5-78,4	3,291	0,12	0,05-0,31
Aljaraque	6	1,5	0,70-3,28	3	50,0	18,8-81,2	2,300	0,13	0,04-0,38
La Palma del Condado	32	8,1	5,81-11,24	5	15,6	6,9-31,8	3,523	0,14	0,06-0,33
Ayamonte	17	4,3	2,71-6,80	6	35,3	17,3-58,7	3,881	0,15	0,07-0,34
Bollullos	5	1,3	0,54-2,94	3	60,0	23,1-88,2	1,632	0,18	0,06-0,54
Punta Umbría	15	3,8	2,32-6,19	5	33,3	15,2-58,3	2,127	0,24	0,10-0,55
Los Rosales	12	3,0	1,75-5,25	7	58,3	31,9-80,7	2,638	0,27	0,13-0,55
La Orden	14	3,6	2,13-5,88	7	50,0	26,8-73,2	2,243	0,31	0,15-0,64
Gibraleón	36	9,1	6,67-12,39	8	22,2	11,7-38,1	2,389	0,33	0,17-0,66
Isla Cristina	21	5,3	3,51-8,01	12	57,1	36,6-75,5	3,228	0,37	0,21-0,65
Condado Occidental	15	3,8	2,32-6,19	9	60,0	35,8-80,2	2,252	0,40	0,21-0,76
Andévalo	16	4,1	2,51-6,49	8	50,0	28,0-72,0	1,643	0,49	0,25-0,96
Lepe	37	9,4	6,89-12,68	21	56,8	40,9-71,3	4,108	0,51	0,33-0,78
Moguer	24	6,1	4,13-8,90	10	41,7	24,5-61,2	1,615	0,62	0,34-1,14
Palos	23	5,8	3,92-8,61	11	47,8	29,2-67,0	1,732	0,64	0,36-1,13
El Torrejón	43	10,9	8,20-14,38	16	37,2	24,4-52,1	2,042	0,78	0,48-1,27
Molino de la Vega	30	7,6	5,39-10,66	21	70,0	52,1-83,3	2,229	0,94	0,62-1,44
Total	394	100	—	172	43,7	38,8-48,6	59,859	0,29	0,25-0,33

IC 95%: intervalo de confianza del 95%; ININ: incidencias interniveles; UGC: unidad de gestión clínica.

Fuente: elaboración propia.

los MF, las direcciones y los especialistas hospitalarios para validar y trasladar ágilmente esta información.

Conclusiones

La comunicación interniveles es una realidad en la continuidad asistencial que se acompaña en nuestro estudio de un 3,36% de incidentes disfuncionales que hay que resolver para garantizar la asistencia. El desarrollo de herramientas de gestión de ININ, puede permitir el reconocimiento de las mismas y su tramitación al ámbito necesario para una resolución adecuada, facilitando la interacción entre profesionales, evitando la aparición de nuevas incidencias y colaborando de forma determinante en la desburocratización de la AP.

Responsabilidades éticas

El trabajo se ha llevado a cabo de conformidad con el Reglamento General de Protección de Datos de España/Europa de 1 de febrero de 2017, y ha sido supervisado por el Comité de Ética de Investigación Provincial de Huelva.

Financiación

El estudio carece de apoyo financiero específico de ninguna institución o empresa.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A las direcciones médicas de los hospitales Juan Ramón Jiménez, Infanta Elena y Virgen Bella de Huelva, sin cuya participación activa no hubiera sido posible este trabajo

Bibliografía

1. Scaioli G, Schäfer WLA, Boerma WGW, Spreeuwenberg PMM, Schellevis FG, Groenewegen PP, et al. Communication between general practitioners and medical specialists in the referral process: A cross-sectional survey in 34 countries. *BMC Fam Pract.* 2020;21, <http://dx.doi.org/10.1186/s12875-020-01124-x>.
2. Timmins L, Kern LM, O'Malley AS, Urato C, Ghosh A, Rich E. Communication gaps persist between Primary Care and Specialist Physicians. *Ann Fam Med.* 2022;20:343–7, <http://dx.doi.org/10.1370/afm.2781>.
3. O'Malley AS, Reschovsky JD. Referral and consultation communication between primary care and specialist

- physicians: Finding common ground. *Arch Intern Med.* 2011;171:56–65, <http://dx.doi.org/10.1001/archinternmed.2010.480>.
4. Pham HH, O'Malley AS, Bach PB, Saintz-Martinez C, Schrag D. Primary care physicians' links to other physicians through Medicare patients: The scope of care coordination. *Ann Intern Med.* 2009;150:236–42, <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-150-4-200902170-00004>.
 5. Pham HH, Schrag D, O'Malley AS, Wu B, Bach PB. Care patterns in Medicare and their implications for pay for performance. *N Engl J Med.* 2007;356:1130–9, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMs063979>.
 6. Vermeir P, Vandijck D, Degroote S, Peleman R, Verhaeghe R, Mortier E, et al. Communication in healthcare: A narrative review of the literature and practical recommendations. *Int J Clin Pract.* 2015;69:1257–67, <http://dx.doi.org/10.1111/ijcp.12686>.
 7. Corwin P, Bolter T. The effects of audit and feedback and electronic referrals on the quality of primary care referral letters. *J Prim Health Care.* 2014;6:324–7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25485329/>
 8. Astier-Peña MP, Torijano-Casalengua ML, Olivera-Cañadas G. Prioridades en seguridad del paciente en Atención Primaria. *Aten Primaria.* 2016;48:3–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.08.001>.
 9. Serrano Pareja M, Espejo Mambie MD, Garzón González G. Safety incidents and medication errors related to continuity of care Descriptive analysis on safety reporting system [Article in Spanish]. *J Healthc Qual Res.* 2022;37:423–4, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhqr.2022.05.003>.
 10. Rammya Mathew. Is the GP's professional opinion no longer valued. *BMJ.* 2023;383:2559.
 11. Akbari A, Mayhew A, Al-Alawi MA, Grimshaw J, Winkens R, Glidewell E, Pritchard C, Thomas R, Fraser C. Interventions to improve out patient referrals from primary care to secondary care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;2008:CD005471, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD005471.pub2>.
 12. Tobin-Schnittger P, O'Doherty J, O'Connor R, O'Regan A. Improving quality of referral letters from primary to secondary care: A literature review and discussion paper. *Prim Health Care Res Dev.* 2018;19:211–22, <http://dx.doi.org/10.1017/S1463423617000755>.
 13. Biagetti B, Aulinas A, Dalama B, Nogués R, Zafón C, Mesa J. Communication between primary care and physician specialist: Is it improving? *Rev Calid Asist.* 2015;30:175–81, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2015.04.002>.
 14. Etxeberria A, Iribar J, Vrotsou K, Rotaecche R, Barral I. Evaluation of the collaboration between Primary and Hospital Care in order to improve inappropriate Prescription [Article in Spanish]. *J Healthc Qual Res.* 2021;36:91–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhqr.2020.09.005>.
 15. Fernández Liz E, Luque Mellado FJ. A systematic review of therapy coordination between primary and specialist care [Article in Spanish]. *Aten Primaria.* 2007;39:15–21, <http://dx.doi.org/10.1157/13098274>.
 16. Wählberg H, Valle PC, Malm S, Broderstad AR. Impact of referral templates on the quality of referrals from primary to secondary care: A cluster randomised trial. *BMC Health Serv Res.* 2015;15:353, <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-015-1017-7>.