



PROCURADOR DEL COMÚN
DE CASTILLA Y LEÓN

Consejería de la Presidencia de la Junta de Castilla y León
Ilma. Sra. Directora de Relaciones Institucionales y Acción Exterior
C/ Santiago Alba, 1
47008 Valladolid

Expediente: 88/2025 Actuación de oficio

Asunto: Determinación criterios de prioridad especialidad de Traumatología/ Resolución

Centro directivo: Consejería de Sanidad y Bienestar Social

Ilma. Sra.:

De nuevo nos dirigimos a V.I. una vez recibido el informe solicitado en relación con el expediente de oficio que se tramita en esta Institución con el número arriba indicado, referencia a la que rogamos haga mención en ulteriores contactos que llegue a tener con nosotros.

La existencia de listas de espera para el acceso a la asistencia sanitaria constituye una cuestión de especial relevancia desde la perspectiva de la efectividad del derecho a la protección de la salud, particularmente cuando los tiempos de demora pueden incidir en la oportunidad y calidad de la atención que reciben los pacientes. En este contexto, la adopción de mecanismos que permitan ordenar la demanda asistencial atendiendo a criterios clínicos objetivos, de forma que los pacientes sean atendidos en función de su situación y del potencial riesgo asociado a su patología, se presenta como una medida adecuada para favorecer una gestión más eficiente de los recursos disponibles y garantizar que quienes presentan una mayor necesidad asistencial accedan con carácter prioritario a la atención especializada.

La priorización de las consultas en función de criterios clínicos no solo puede contribuir a una adecuada gestión de las listas de espera, sino que exige, al mismo tiempo, que los procedimientos empleados para determinar y, en su caso, modificar el grado de prioridad de los pacientes respondan a criterios homogéneos, transparentes y suficientemente justificados. Ello resulta especialmente relevante cuando la calificación



de una solicitud como preferente o normal determina diferencias sustanciales en el tiempo de acceso a la asistencia sanitaria.

En relación con esta cuestión, esta Procuraduría ha tenido conocimiento, con ocasión de la tramitación de un expediente relativo a la demora en la citación de un paciente para una primera consulta en el Servicio de Traumatología del Complejo Asistencial Universitario de Burgos, de la existencia en dicho centro de un mecanismo de revisión de las peticiones de consultas preferentes formuladas por los facultativos de Atención Primaria.

Según la información proporcionada por esa Consejería de Sanidad y Bienestar Social, en el Servicio de Traumatología se revisan los casos de los pacientes derivados con carácter preferente, de manera que, atendiendo a criterios clínicos, puede modificarse la prioridad de la consulta externa inicialmente asignada por el médico de Atención Primaria. Una vez efectuada dicha valoración, se procede a la citación del paciente de acuerdo con la prioridad resultante de la revisión.

De este modo, el sistema implantado atribuye a los facultativos especialistas del Servicio de Traumatología la valoración de la prioridad asistencial de las solicitudes remitidas desde Atención Primaria, pudiendo mantener la consideración de consulta preferente inicialmente establecida o modificarla y asignarle una prioridad ordinaria. Nos encontramos, por tanto, ante un mecanismo de triaje o reevaluación clínica de la demanda que puede incidir directamente en el orden de acceso de los pacientes a la consulta especializada.

Sin poner en duda la competencia profesional ni el criterio clínico de los facultativos especialistas que realizan esta valoración, esta Institución entiende necesario conocer con mayor profundidad el funcionamiento de este mecanismo y sus efectos sobre la gestión de las listas de espera. En particular, resulta de interés determinar en qué medida la revisión de las solicitudes preferentes permite adecuar la prioridad de la atención a las necesidades clínicas reales de los pacientes y, asimismo, qué incidencia tiene la modificación de dicha prioridad sobre los tiempos efectivos de acceso a la consulta especializada.

La cuestión adquiere especial relevancia habida cuenta de que esta Institución ha recibido en diversas ocasiones información de esa Consejería acerca de las distintas medidas adoptadas para mejorar la gestión de la demanda asistencial y reducir las listas de espera. En este contexto, parece oportuno analizar específicamente la incidencia que el mecanismo de revisión de las consultas preferentes puede estar teniendo tanto en la composición y evolución de dichas listas como en los plazos de atención de los pacientes cuya prioridad ha sido objeto de modificación.



En particular, interesa conocer qué sucede con aquellos pacientes para los que el médico de Atención Primaria ha considerado necesaria una consulta preferente y cuya solicitud es posteriormente recalificada como ordinaria por el especialista, así como cuál es el tiempo medio o estimado de espera que deben afrontar desde dicha recalificación hasta la efectiva realización de la consulta. Asimismo, resulta pertinente valorar si existen criterios y protocolos suficientemente definidos para efectuar estas modificaciones, si su aplicación es homogénea y si se dispone de mecanismos de seguimiento que permitan comprobar que la nueva prioridad asignada se corresponde con las necesidades asistenciales del paciente.

La adecuada coordinación entre los distintos niveles asistenciales constituye, en este sentido, un elemento esencial para garantizar la continuidad de la atención sanitaria. La valoración realizada por el profesional de Atención Primaria, que conoce inicialmente la situación clínica del paciente y determina la necesidad de derivación, debe integrarse con la valoración del especialista, de manera que cualquier modificación de la prioridad responda a criterios estrictamente clínicos y no produzca, de forma injustificada, una prolongación de los tiempos de espera.

Desde esta perspectiva, la utilización de criterios clínicos para ordenar la demanda puede constituir una herramienta eficaz para mejorar la gestión de las listas de espera, siempre que vaya acompañada de procedimientos adecuados de valoración, revisión y seguimiento y permita compatibilizar la necesaria eficiencia en la utilización de los recursos sanitarios con la garantía efectiva del derecho de los ciudadanos a recibir una atención sanitaria en un plazo razonable.

Por todo ello, y desde la preocupación de esta Procuraduría por garantizar que los ciudadanos puedan acceder a una atención sanitaria de calidad y adecuada a sus necesidades clínicas, evitando que se vean sometidos a tiempos de espera excesivos para acceder a una consulta de atención especializada, se considera oportuno profundizar en el conocimiento y evaluación del sistema de revisión de las solicitudes de consulta preferente implantado en el Servicio de Traumatología del Complejo Asistencial Universitario de Burgos, así como en su posible aplicación a otros servicios o centros de la Comunidad.

En consecuencia, al amparo de las facultades conferidas al Procurador del Común de Castilla y León por el Estatuto de Autonomía y por la Ley 2/1994, de 9 de marzo, se ha acordado iniciar esta Actuación de oficio con el objeto de analizar el funcionamiento de los mecanismos de priorización y revisión de las consultas de atención especializada, con especial atención a los supuestos en los que se modifica la prioridad inicialmente asignada por el facultativo de Atención Primaria, y conocer su incidencia en la gestión de las listas de espera y en los tiempos efectivos de acceso de los pacientes a la asistencia sanitaria especializada.



Iniciada la investigación oportuna, nos dirigimos a V.I. en solicitud de información correspondiente a la problemática que constituye el objeto de aquélla.

En atención a la petición de información formulada, esa Administración autonómica remitió un informe en el que se hacía constar, en primer término, que el fin del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, establecido en su artículo 1, es garantizar la equidad y la accesibilidad a una adecuada atención sanitaria en el Sistema Nacional de Salud.

A tal efecto, el artículo 2.4 del citado Real Decreto establece que los usuarios del Sistema Nacional de Salud tendrán acceso a la cartera de servicios comunes reconocida en esta norma siempre que exista una indicación clínica y sanitaria para ello, en condiciones de igualdad efectiva, con independencia de que se disponga o no de una determinada técnica, tecnología o procedimiento en el ámbito geográfico en el que residan.

Asimismo, los anexos II y III del Real Decreto 1030/2006 describen, respectivamente, la cartera de servicios de atención primaria y de atención especializada.

En relación con la atención primaria, se establece que constituye el nivel básico e inicial de atención y que garantiza la globalidad y continuidad de la asistencia a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprende actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, rehabilitación física y trabajo social.

Por su parte, la cartera de servicios comunes de atención especializada garantiza la continuidad de la atención integral al paciente una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y hasta que aquel pueda reintegrarse en dicho nivel.

En concreto, el anexo III, apartado 1, relativo a la asistencia especializada en consultas, señala que esta comprende las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas, de rehabilitación y cuidados, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad cuya naturaleza aconseje que se realicen en este nivel de atención especializada y en régimen ambulatorio.

En términos similares se pronuncia la Ley 8/2010, de 30 de agosto, de ordenación del sistema de salud de Castilla y León, que, en sus artículos 19 y 20, regula las carteras de servicios correspondientes a los niveles de atención primaria y especializada.

A lo anterior debe añadirse la atención de urgencia, contemplada tanto en el anexo IV del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, como en el artículo 22 de la Ley 8/2010, de 30 de agosto. Es atención de urgencia aquella que se presta al paciente



cuando su situación clínica exige una atención sanitaria inmediata. Esta atención se dispensa tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, incluido el domicilio del paciente y la atención in situ, durante las 24 horas del día, mediante la actuación médica y de enfermería y con la colaboración de otros profesionales.

A la vista de este marco normativo, se informa de que, desde Atención Primaria, corresponde al médico responsable del paciente coordinar y regular, de acuerdo con las necesidades asistenciales apreciadas, las derivaciones a Atención Hospitalaria. Tras realizar una primera valoración del cuadro clínico y de su gravedad, y una vez superadas las posibilidades de atención y/o diagnóstico propias de Atención Primaria, podrá derivar al paciente a los servicios de urgencias hospitalarios cuando así lo requiera su situación clínica o, en función de la patología, solicitar la correspondiente consulta externa con los distintos servicios hospitalarios.

En estos últimos se integran los médicos especialistas hospitalarios, específicamente formados para el diagnóstico y tratamiento de las distintas patologías dentro de su ámbito de especialidad. Según se expone en el informe, las solicitudes de consulta son inicialmente clasificadas desde el primer nivel asistencial, conforme al criterio clínico del médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, como ordinarias o preferentes.

Junto a este circuito ordinario de derivación, el Sistema Público de Salud de Castilla y León dispone de procedimientos específicos para responder ante cambios inesperados en la sintomatología o ante la sospecha de una situación potencialmente grave. Entre estos dispositivos se encuentran las Unidades de Diagnóstico Rápido, cuyo objetivo es facilitar un diagnóstico temprano y una atención médica rápida y efectiva a los pacientes, permitiendo, en los supuestos correspondientes, una atención en un plazo máximo de 72 horas.

Cuando no existe sospecha de potencial gravedad, las solicitudes formuladas tanto por los médicos de Atención Primaria como por otros servicios hospitalarios son remitidas a los servicios correspondientes. Una vez recibidas, el médico especialista hospitalario analiza el informe clínico elaborado por el facultativo solicitante y las pruebas diagnósticas aportadas, realizando una valoración de las necesidades asistenciales de cada paciente.

En esta valoración se tienen en cuenta, entre otros factores, la gravedad de la situación clínica, el riesgo de complicaciones y la probabilidad de beneficio derivada de una intervención o tratamiento. Asimismo, cuando las circunstancias lo aconsejan, pueden celebrarse sesiones o reuniones clínicas en las que participan distintos profesionales especialistas. Según señala la Administración, este procedimiento permite ordenar las solicitudes atendiendo a criterios clínicos y de potencial gravedad, de manera que los



pacientes que presentan un mayor riesgo puedan acceder a la asistencia con una prioridad superior.

Por tanto, se considera que la organización del Sistema Público de Salud conforme a estos criterios constituye una garantía de acceso a la asistencia sanitaria en condiciones de equidad, al permitir que los pacientes que presentan una mayor gravedad o que experimentan un agravamiento de su patología sean atendidos con una prioridad acorde con sus necesidades clínicas.

En relación con la cuestión planteada por esa Procuraduría acerca de que sean los facultativos especialistas quienes decidan el grado de preferencia y si las consultas solicitadas por el médico de Atención Primaria deben mantener o no el carácter preferente, la Administración señala que debe tenerse en cuenta el papel que la normativa atribuye a la atención especializada.

Así, tanto el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, como la Ley 8/2010, de 30 de agosto, establecen que la atención especializada debe garantizar la continuidad de la atención integral al paciente una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y hasta que aquel pueda reintegrarse en dicho nivel.

En consecuencia, la Administración entiende que la valoración realizada por el médico especialista resulta esencial dentro del proceso asistencial. El especialista dispone de una formación específica en la patología correspondiente, adquirida a través del sistema de formación sanitaria especializada. En el caso de la especialidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología, esta formación tiene una duración de cinco años, lo que, a juicio de la Administración, permite al facultativo disponer de los conocimientos y recursos necesarios para realizar una reevaluación clínica de la prioridad asignada inicialmente a una solicitud, con independencia de que esta proceda de Atención Primaria o de otro servicio hospitalario.

La reevaluación por parte del especialista, según se expone en el informe, no supone cuestionar la valoración realizada por el médico solicitante, sino completar el proceso de priorización desde la perspectiva del nivel asistencial especializado, atendiendo a los criterios clínicos propios de la especialidad y a la totalidad de la información disponible.

Debe tenerse presente, además, que esa Institución ha reconocido en diversas resoluciones que la implementación de un sistema de priorización de la atención basado en criterios clínicos, mediante el cual se ordene a los pacientes según su potencial gravedad y accedan antes aquellos que presumiblemente presentan un mayor riesgo, constituye una medida adecuada para abordar la problemática de las listas de espera.



Señala la información remitida que esta priorización clínica se viene realizando desde hace años en el conjunto de Sacyl en las consultas externas del Servicio de Traumatología. Se trataría de un procedimiento orientado a garantizar que cada paciente reciba la atención médica que necesita en función de sus circunstancias clínicas, permitiendo prestar asistencia en el menor tiempo posible a aquellas patologías que, por su naturaleza o evolución, no admiten demora.

En este contexto, el informe considera que la modificación de la prioridad inicialmente asignada no debe interpretarse, por sí misma, como una restricción del acceso a la asistencia sanitaria, sino como el resultado de una valoración clínica adicional efectuada por el nivel asistencial especializado, dirigida a ordenar la demanda conforme a criterios homogéneos de necesidad y gravedad.

De acuerdo con los datos aportados por esa Consejería, entre un 20 % y un 38 % de las solicitudes recibidas inicialmente con carácter preferente en los servicios de Traumatología son finalmente calificadas como de prioridad normal tras su revisión por los servicios especializados. Se indica que esta revisión no constituye una práctica exclusiva del Servicio de Traumatología, sino que se lleva a cabo igualmente en otros servicios hospitalarios, entre ellos Neumología, Cirugía Plástica, Endocrinología y Reumatología.

En el caso concreto del Complejo Asistencial Universitario de Burgos, las herramientas tecnológicas puestas a disposición de los profesionales por la Gerencia Regional de Salud han permitido avanzar, según informa la Administración, en la definición y consenso de criterios de derivación desde Atención Primaria al Servicio de Traumatología. Como resultado de este trabajo, se observó en 2024 una disminución del 56 % en las solicitudes preferentes respecto del año 2023.

Asimismo, se continúan potenciando las herramientas telemáticas y el uso de las tecnologías de la información y la comunicación, con el objetivo de favorecer una comunicación más fluida entre los profesionales de Atención Primaria y Atención Hospitalaria. Del mismo modo, se siguen impulsando las Consultas de Alta Resolución (CAR), concebidas como herramientas de gestión orientadas a organizar la asistencia en torno al paciente, de manera que, en determinados procesos, este pueda obtener el mismo día de la consulta especializada el diagnóstico y tratamiento correspondiente o, al menos, una orientación terapéutica.

En cuanto a la existencia de listas de espera en el Sistema Público de Salud de Castilla y León, se informa de que se continúa trabajando en la optimización de los recursos propios y se mantienen reuniones con los equipos directivos de los centros hospitalarios con el objeto de analizar las listas de consultas externas, revisar la situación



de los pacientes pendientes de atención e identificar aquellos casos en los que la demora deba ser objeto de una actuación prioritaria conforme a criterios clínicos.

La Gerencia Regional de Salud de Castilla y León ha establecido diversas medidas dirigidas a mejorar las listas de espera, de las que se ha venido informando reiteradamente a esa Procuraduría. Estas medidas se articulan fundamentalmente en torno a un uso eficiente de los recursos propios, sin perjuicio de que, cuando resulte necesario, puedan utilizarse medios adicionales, manteniendo en todo caso las garantías de calidad de la atención sanitaria.

En este sentido, una de las principales medidas de carácter estructural adoptadas ha sido la optimización y utilización eficaz y eficiente de los recursos humanos y materiales disponibles en los hospitales y complejos asistenciales de la Gerencia Regional de Salud. Esta estrategia se ha traducido, según los datos aportados, en un incremento de la actividad asistencial. En el ámbito de las consultas externas de Sacyl, la actividad realizada aumentó en más de un 3 % en 2024 respecto de 2023. En el Complejo Asistencial Universitario de Burgos, el incremento superó el 4 %, mientras que en el Servicio de Traumatología de dicho complejo superó el 9 %.

A estas actuaciones se suman otras medidas en el ámbito asistencial, entre las que destacan las medidas especiales sanitarias de ampliación voluntaria de la actividad asistencial por encima de la jornada habitual de trabajo, tanto en Atención Primaria como en Atención Hospitalaria. Estas medidas se mantienen vigentes mediante la Orden SAN/1508/2024, de 16 de diciembre, por la que se mantienen, con carácter temporal y extraordinario, las medidas especiales sanitarias de ámbito asistencial para la mejora de la accesibilidad y la disminución de las listas de espera en el ámbito de la Atención Primaria y la Atención Hospitalaria en la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

Cuando resulta necesario, también se contemplan medidas complementarias, como la utilización de conciertos externos, al amparo de la normativa nacional y autonómica, como instrumento adicional para contribuir a la reducción de las listas de espera.

En el caso concreto del Complejo Asistencial Universitario de Burgos, al que se hace referencia, la Administración informa de que la lista de espera de consultas externas disminuyó en 2024 respecto de 2023 en más de un 9 %. En el Servicio de Traumatología, la reducción alcanzó el 31 %, al tiempo que la demora media se redujo en 11 días.

Debe tenerse en cuenta, además, que los complejos hospitalarios de los grupos III-IV, como el de Burgos, actúan como centros de referencia autonómica para determinadas especialidades médico-quirúrgicas. Esta circunstancia determina un mayor volumen de actividad clínica y, consecuentemente, puede incidir en el volumen de pacientes en espera. En este contexto, la Administración considera que la evolución experimentada en 2024



resulta especialmente significativa y pone de manifiesto una tendencia favorable tanto en la lista de espera del centro hospitalario como, específicamente, en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Complejo Asistencial Universitario de Burgos.

En definitiva, esa Consejería sostiene que el sistema de priorización clínica aplicado en las consultas externas responde a la necesidad de ordenar la demanda asistencial conforme a criterios objetivos de necesidad y gravedad. Asimismo, considera que la intervención del especialista hospitalario en la revisión de la prioridad inicialmente asignada forma parte de la continuidad asistencial entre los distintos niveles y permite adecuar la atención a la situación clínica real del paciente, favoreciendo que aquellos casos que presentan un mayor riesgo o una necesidad asistencial más urgente sean atendidos con la debida prioridad.

Todo ello se complementa, según se expone en el informe, con las medidas adoptadas por esa Administración sanitaria y la Gerencia Regional de Salud para incrementar la actividad asistencial, optimizar los recursos disponibles, mejorar los circuitos de derivación y reducir las listas de espera. Los resultados registrados en 2024, tanto en el conjunto de Sacyl como en el Complejo Asistencial Universitario de Burgos y, particularmente, en el Servicio de Traumatología, reflejarían una evolución favorable.

Sin perjuicio de lo anterior, esa Administración sanitaria manifiesta que se mantiene el compromiso de continuar evaluando la efectividad de las medidas implantadas y de reforzarlas o complementarlas cuando las necesidades asistenciales así lo requieran, con el objetivo de garantizar el acceso a la asistencia sanitaria en condiciones de equidad, calidad y seguridad, y de seguir reduciendo los tiempos de espera de los pacientes del Sistema Público de Salud de Castilla y León.

De la información facilitada por la Consejería de Sanidad y Bienestar Social se desprende, en síntesis, que la Administración considera que la intervención del especialista hospitalario en la revisión de la prioridad inicialmente asignada forma parte de la continuidad asistencial y que la priorización clínica constituye un instrumento adecuado para ordenar la demanda asistencial y gestionar las listas de espera.

Partiendo de estas consideraciones, procede valorar si el sistema descrito ofrece las garantías necesarias para preservar el derecho efectivo de los pacientes al acceso a la asistencia sanitaria en condiciones de equidad y, en particular, si la modificación por parte del especialista de la prioridad inicialmente asignada por el médico de Atención Primaria se encuentra suficientemente justificada y sometida a criterios que permitan evitar decisiones basadas en razones distintas de la situación clínica del paciente.

A juicio de esta Institución, la priorización de la demanda asistencial conforme a criterios clínicos constituye, en principio, una herramienta adecuada para ordenar las listas



de espera y garantizar que los pacientes que presentan una mayor necesidad asistencial o un mayor riesgo clínico puedan acceder antes a la atención especializada. La existencia de listas de espera no puede, por sí misma, considerarse incompatible con el derecho a la protección de la salud, siempre que su gestión se realice de forma que la demora responda a criterios objetivos de necesidad y no comporte un sacrificio desproporcionado del derecho del paciente a recibir la asistencia que precisa.

En este sentido, tampoco se cuestiona que el facultativo especialista, en el marco de la continuidad asistencial, pueda realizar una nueva valoración de la prioridad asignada por el médico de Atención Primaria. La atención especializada constituye precisamente el nivel asistencial al que corresponde completar la valoración diagnóstica y terapéutica cuando las posibilidades de Atención Primaria han sido superadas, por lo que resulta lógico que el especialista pueda, a la vista de la información clínica disponible y de los conocimientos propios de su especialidad, confirmar, modificar o incluso elevar la prioridad inicialmente asignada.

Ahora bien, la posibilidad de modificar la prioridad inicialmente determinada por el facultativo de Atención Primaria no puede desvincularse de las consecuencias que dicha decisión produce sobre el derecho efectivo del paciente a acceder a la asistencia sanitaria. La calificación de una consulta como preferente u ordinaria no constituye una mera cuestión organizativa interna ni una diferencia carente de trascendencia para el usuario, sino que determina, en la práctica, el lugar que el paciente ocupa en la lista de espera y, por tanto, el tiempo durante el cual deberá permanecer pendiente de recibir atención especializada.

Esta circunstancia adquiere una especial relevancia en el supuesto analizado, puesto que la propia Administración ha informado de que entre un 20 % y un 38 % de las solicitudes que llegan a los servicios de Traumatología con carácter preferente son objeto de modificación y pasan a ser calificadas como de prioridad normal. Se trata, por tanto, de un porcentaje suficientemente significativo como para considerar que no estamos ante una circunstancia meramente excepcional o residual, sino ante un mecanismo que puede tener una incidencia apreciable sobre la configuración de las listas de espera y sobre los tiempos efectivos de acceso a la asistencia especializada.

Precisamente por ello, resulta necesario diferenciar entre la legitimidad de la reevaluación clínica y las garantías que deben rodear su ejercicio. Que el especialista pueda modificar la prioridad inicialmente asignada no significa que pueda hacerlo de forma discrecional, ni que la decisión pueda descansar exclusivamente en una valoración genérica de la demanda asistencial existente en el servicio. La modificación debe responder a criterios estrictamente clínicos, relacionados con las características concretas del paciente y de su proceso patológico, y no puede convertirse, directa o indirectamente,



en un instrumento de mera gestión de la presión asistencial o de las dimensiones de la lista de espera.

La priorización clínica solo cumple adecuadamente su función garantista cuando permite ordenar a los pacientes en atención a sus respectivas necesidades asistenciales. Si la modificación de una prioridad preferente se produce porque el paciente no presenta, a juicio del especialista, una situación clínica que justifique esa consideración, la decisión puede resultar plenamente razonable. Sin embargo, si la recalificación se encuentra condicionada por la disponibilidad de recursos, por la capacidad del servicio para absorber la demanda o por la necesidad de reducir determinados indicadores de lista de espera, se produciría una alteración de la finalidad propia del sistema de priorización, pues el orden de atención dejaría de venir determinado exclusivamente por la necesidad clínica para quedar condicionado por factores organizativos.

Por ello, resulta esencial que exista una adecuada separación entre los criterios clínicos que determinan la prioridad de cada paciente y las decisiones de gestión que puedan adoptarse para hacer frente a las listas de espera. La insuficiencia de recursos o la existencia de una elevada demanda asistencial no pueden justificar, por sí mismas, la transformación de una consulta preferente en ordinaria cuando las circunstancias clínicas del paciente continúan haciendo necesaria una atención prioritaria.

Del mismo modo, la valoración efectuada por el especialista debe entenderse como una decisión referida a la situación clínica del paciente en un momento determinado. Una clasificación inicial como ordinaria no puede operar de forma rígida durante todo el periodo de espera si, entretanto, se produce una modificación de la sintomatología, un agravamiento de la patología, un incremento del dolor, una pérdida funcional o cualquier otra circunstancia clínicamente relevante. La priorización, por su propia naturaleza, debe poder ser revisada cuando cambien las circunstancias que determinaron su establecimiento.

Esta necesidad de revisión resulta particularmente importante en patologías traumatológicas y musculoesqueléticas, en las que la evolución clínica puede producirse durante el periodo de espera y en las que la demora en la valoración especializada puede tener consecuencias diferentes según la naturaleza y evolución del proceso. El transcurso del tiempo no constituye, por sí mismo, un elemento neutro desde la perspectiva asistencial y, en determinados supuestos, puede modificar la situación clínica que justificó la derivación.

A ello se añade que la decisión de modificar una prioridad inicialmente establecida por Atención Primaria afecta también a la necesaria coordinación entre ambos niveles asistenciales. El médico de Atención Primaria realiza la valoración inicial del paciente y, con base en ella, determina la necesidad de derivación y su carácter preferente. El



especialista realiza posteriormente una nueva valoración desde la perspectiva de su especialidad. Ambos juicios clínicos deben poder integrarse dentro de un proceso coherente de continuidad asistencial, sin que la modificación de la prioridad implique una ruptura de la comunicación entre los profesionales responsables de la atención del paciente.

Así, cuando se modifique una solicitud preferente, resulta especialmente importante que exista constancia de las razones clínicas que justifican dicha modificación y que el profesional que inicialmente realizó la derivación disponga de información suficiente para conocer el resultado de la valoración especializada. De este modo, podrá mantener un adecuado seguimiento del paciente durante el periodo de espera y adoptar las medidas asistenciales que procedan si se produce una evolución desfavorable de su situación.

Desde esta perspectiva, la cuestión no reside en determinar si el especialista puede o no revisar la prioridad inicialmente asignada por Atención Primaria, pues dicha reevaluación puede encontrar justificación en la propia continuidad asistencial. Lo relevante es que el ejercicio de esa facultad se encuentre sujeto a criterios clínicos suficientemente definidos, homogéneos y verificables, y que su aplicación permita conocer las razones por las que una solicitud inicialmente preferente pierde dicha consideración.

La existencia de un porcentaje relevante de solicitudes preferentes que son posteriormente recalificadas como ordinarias hace especialmente necesario que la Administración disponga de mecanismos que permitan garantizar la trazabilidad de estas decisiones y comprobar que responden efectivamente a la situación clínica individual de cada paciente. Ello resulta particularmente importante cuando la modificación de la prioridad puede traducirse en una prolongación sustancial del tiempo de espera.

En este sentido, no parece suficiente con afirmar, en términos generales, que la priorización se realiza atendiendo a criterios clínicos. Resulta necesario que tales criterios estén suficientemente definidos y sean conocidos por los profesionales que intervienen en el proceso de derivación y priorización, de manera que exista una base objetiva que permita justificar tanto la prioridad inicialmente asignada como su eventual modificación.

Asimismo, la existencia de herramientas de comunicación y coordinación entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria constituye un elemento positivo, pero debe ir acompañada de procedimientos que permitan que la información clínica relevante circule adecuadamente entre ambos niveles. En particular, cuando la prioridad asignada inicialmente sea modificada, debería quedar constancia de los motivos clínicos de la decisión y garantizarse que dicha información sea accesible al profesional responsable del seguimiento del paciente.



Todo ello permitiría conciliar dos exigencias que no resultan incompatibles: por un lado, la necesaria autonomía del especialista para realizar la valoración clínica que corresponde a su nivel asistencial y, por otro, la obligación de garantizar que la ordenación de la lista de espera responda efectivamente a las necesidades asistenciales de los pacientes y no a criterios de mera conveniencia organizativa.

En definitiva, esta Institución considera adecuada, en términos generales, la existencia de un sistema de priorización clínica y no cuestiona que el especialista hospitalario pueda revisar la prioridad inicialmente establecida por Atención Primaria. Sin embargo, dicha facultad debe ejercerse dentro de un marco suficientemente garantista, basado en criterios clínicos objetivos, previamente definidos y aplicados de forma homogénea, con constancia de las razones que justifiquen las modificaciones de prioridad y con mecanismos adecuados de coordinación entre los profesionales de ambos niveles asistenciales.

La finalidad última de este sistema debe ser que el lugar que cada paciente ocupa en la lista de espera venga determinado por su necesidad asistencial y por la gravedad o evolución de su proceso clínico, y no por factores relacionados con la presión de la demanda, la disponibilidad de recursos o la necesidad de alcanzar determinados resultados de gestión.

Por ello, aun cuando los datos aportados por la Administración sobre la evolución de las listas de espera y el incremento de la actividad asistencial reflejan una evolución favorable en determinados ámbitos, tales resultados no permiten, por sí solos, valorar la adecuación del sistema de priorización desde la perspectiva de las garantías del paciente. La reducción de las listas de espera constituye, sin duda, un objetivo legítimo y necesario, pero debe alcanzarse mediante una gestión de los recursos compatible con el mantenimiento de criterios clínicos de prioridad y con el derecho de cada paciente a recibir la atención que su situación requiera.

En consecuencia, esta Procuraduría entiende necesario que la Administración continúe avanzando en la definición y homogeneización de los criterios de derivación y priorización, garantizando que las modificaciones de prioridad efectuadas en el ámbito hospitalario respondan a razones clínicas individualizadas y queden debidamente documentadas. Asimismo, debería asegurarse que el profesional de Atención Primaria responsable del paciente tenga conocimiento tanto de la modificación efectuada como de las razones que la motivan, a fin de que pueda mantener el adecuado seguimiento del paciente durante el periodo de espera y valorar, en su caso, la necesidad de una nueva actuación asistencial ante cualquier cambio relevante en su situación clínica.

A partir de lo señalado, y sin cuestionar la competencia de los facultativos especialistas para reevaluar las solicitudes ni la necesidad de ordenar la demanda



asistencial conforme a criterios de gravedad y necesidad clínica, se estima procedente formular una serie de recomendaciones dirigidas a reforzar las garantías del sistema de priorización. Estas deberán orientarse a asegurar que toda modificación de una prioridad inicialmente preferente responda a una valoración clínica individualizada, debidamente motivada y susceptible de seguimiento durante todo el periodo de espera, mediante la aplicación de criterios objetivos, homogéneos y transparentes que permitan, además, garantizar la adecuada trazabilidad de las decisiones adoptadas.

En virtud de todo lo expuesto, y al amparo de las facultades conferidas por el Estatuto de Autonomía de Castilla y León y por la Ley 2/1994, de 9 de marzo, del Procurador del Común, consideramos oportuno formular la siguiente Resolución:

PRIMERA: Que se proceda a consolidar y, en su caso, reforzar los protocolos y criterios clínicos aplicables a la valoración y priorización de las solicitudes de consulta especializada, garantizando que la eventual modificación de la prioridad inicialmente asignada por el facultativo de Atención Primaria responda a criterios clínicos objetivos, homogéneos y previamente establecidos, aplicables de forma general a pacientes que se encuentren en situaciones clínicas equivalentes.

SEGUNDA: Que los criterios de priorización y los procedimientos establecidos para la revisión de las solicitudes de consulta preferente sean adecuadamente difundidos entre los profesionales de Atención Primaria y Atención Hospitalaria, favoreciendo su conocimiento y aplicación homogénea y reforzando la coordinación entre ambos niveles asistenciales.

TERCERA: Que, cuando una solicitud de consulta inicialmente calificada como preferente sea recalificada como ordinaria por el servicio especializado, quede debidamente documentada en la historia clínica la valoración realizada y la motivación clínica que sustenta el cambio de prioridad, de manera que pueda garantizarse la trazabilidad de la decisión adoptada.

CUARTA: Que se establezcan mecanismos específicos de seguimiento de los pacientes cuya solicitud haya sido inicialmente calificada como preferente y posteriormente recalificada como ordinaria, a fin de verificar que la prioridad asignada continúa siendo adecuada a su situación clínica y que la modificación no comporta una demora incompatible con sus necesidades asistenciales.

QUINTA: Que se realice una evaluación periódica del funcionamiento del sistema de revisión de las solicitudes preferentes, prestando especial atención, entre otros aspectos, al porcentaje de solicitudes cuya prioridad es modificada, a los tiempos efectivos de espera posteriores a la recalificación, a las posibles diferencias



existentes entre centros y servicios y a los supuestos en los que se produzcan cambios relevantes en la situación clínica de los pacientes durante el periodo de espera.

SEXTA: Que se establezcan mecanismos ágiles que permitan una nueva valoración de la prioridad cuando, tras la recalificación de una solicitud, se produzca un empeoramiento o cualquier otro cambio clínicamente relevante en la situación del paciente, evitando que la clasificación efectuada en un momento determinado opere de forma rígida frente a una evolución posterior desfavorable.

SÉPTIMA: Que se garanticen mecanismos adecuados de comunicación entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria que permitan al facultativo solicitante conocer la modificación de la prioridad inicialmente asignada y, cuando resulte procedente, las razones clínicas que la fundamentan, favoreciendo la continuidad asistencial y posibilitando un adecuado seguimiento del paciente durante el periodo de espera.

OCTAVA: Que el sistema de priorización clínica sea objeto de una evaluación periódica y conjunta en el ámbito de los distintos servicios de atención especializada de Sacyl, con el fin de comprobar que los criterios de priorización y revisión de las solicitudes se aplican de manera homogénea y que las diferencias existentes entre centros o servicios obedecen a las características y necesidades asistenciales propias de cada especialidad.

NOVENA: Que, en el marco de las medidas adoptadas por la Consejería de Sanidad y Bienestar Social para la reducción de las listas de espera, se preste especial atención a los pacientes que, tras haber sido derivados inicialmente con carácter preferente, pasan a integrar la lista de espera ordinaria, realizando un seguimiento que permita comprobar que la aplicación de los criterios de priorización clínica no se traduce en demoras excesivas o desproporcionadas en el acceso a la asistencia especializada.

DÉCIMA: Que, teniendo en cuenta la experiencia existente en el Servicio de Traumatología del Complejo Asistencial Universitario de Burgos y los mecanismos de priorización y revisión utilizados en otros servicios hospitalarios, se impulsen la identificación, evaluación y, cuando proceda, extensión de las buenas prácticas existentes al conjunto de los centros y especialidades de la Gerencia Regional de Salud, adaptándolas a las características y necesidades asistenciales de cada ámbito.

Esta es nuestra resolución y así se la hacemos saber, con el ruego de que nos comunique de forma motivada la aceptación o no aceptación de la misma por parte del órgano que corresponda de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social en el plazo de dos

meses, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 19.2 de la Ley Reguladora de la Institución.

Una vez realizadas las comunicaciones oportunas, se acuerda publicar la presente Resolución en la página web de esta Institución, previa disociación de los datos de carácter personal que contuviera.

Pendiente de sus noticias, reciba un cordial saludo.

Atentamente

EL PROCURADOR DEL COMÚN
Tomás Quintana López