

**UNIVERSIDAD DE
MURCIA**



**Sistema de Puntos para la priorización de pacientes en lista de espera del
Servicio de cirugía del Hospital Morales Meseguer^(*)**

Junio 2012

Equipo investigador

José María Abellán Perpiñán

Jorge Eduardo Martínez Pérez

Ildefonso Méndez Martínez

Fernando Ignacio Sánchez Martínez

Grupo de Investigación en Economía de la Salud y Evaluación Económica

Campus de Excelencia Internacional Regional "Campus Mare Nostrum"

Universidad de Murcia

Grupo de Trabajo en Economía de la Salud (GTES)



^(*) Informe de situación del proyecto *Diseño, estimación y pilotaje de un sistema de puntos para la gestión de listas de espera (2ª fase)*, desarrollado en el marco del Convenio de Colaboración suscrito entre la C.A.R.M.-Consejería de Sanidad y la Universidad de Murcia, en materia de Economía de la Salud.

ÍNDICE

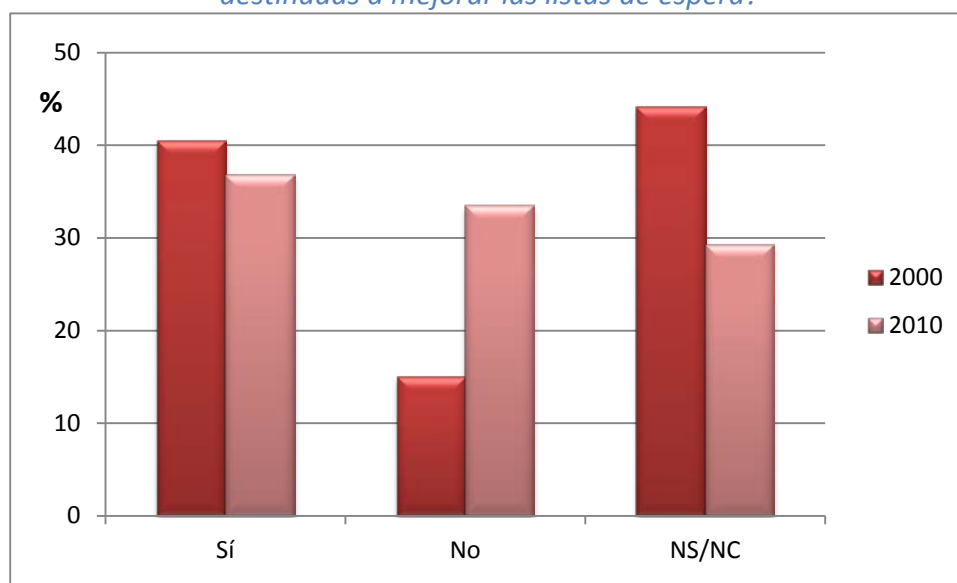
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. El problema de las listas de espera.	1
1.2. Sistemas de priorización: los sistemas lineales de puntos.....	5
1.3. Contenido del informe.....	7
2. IDENTIFICACION DE LOS CRITERIOS DE PRIORIDAD.....	9
2.1. Grupo nominal con cirujanos	9
2.2. Grupo nominal con pacientes 1.....	11
2.3. Grupo nominales con pacientes 2.	13
2.4. Selección inicial de los criterios de priorización.....	14
2.5. Selección definitiva de los criterios y niveles de prioridad.	16
3. ENCUESTA DE VALORACIÓN DE CRITERIOS/NIVELES	23
3.1. Metodología	23
3.2. Resultados	25
4. SISTEMA DE PUNTOS PARA LA PRIORIZACIÓN DE LA LISTA DE ESPERA DE UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL	31
APÉNDICE 1. Sistema de priorización de los pacientes en espera en el servicio de cirugía general. Formulario de clasificación.....	37
APÉNDICE 2. Guía para la aplicación del sistema de priorización de los pacientes en espera en el servicio de cirugía general.	39
ANEXO 1. Cuestionario destinado a población general.	41
ANEXO 2. Cuestionario auto-administrado (cirujanos).....	61

1. INTRODUCCIÓN¹

1.1. El problema de las listas de espera.

El problema de las listas de espera es común a la totalidad de sistemas sanitarios públicos. La demora en ser atendido por el sistema sanitario continúa siendo una de las principales quejas de los usuarios de los servicios de salud públicos. Los ciudadanos no sólo están preocupados por la cuestión de las listas de espera, sino que muestran un interés creciente por lo que las autoridades sanitarias hacen para tratar de mejorar la situación. Este mayor interés se deduce del hecho de que, en las preguntas referidas al problema de las listas de espera incluidas en el Barómetro Sanitario, el porcentaje de encuestados que *no saben/no contestan* ha descendido notablemente en los últimos 10 años (ver Gráficos 1 y 2).

Gráfico 1. ¿Cree usted que las autoridades sanitarias están llevando a cabo acciones destinadas a mejorar las listas de espera?



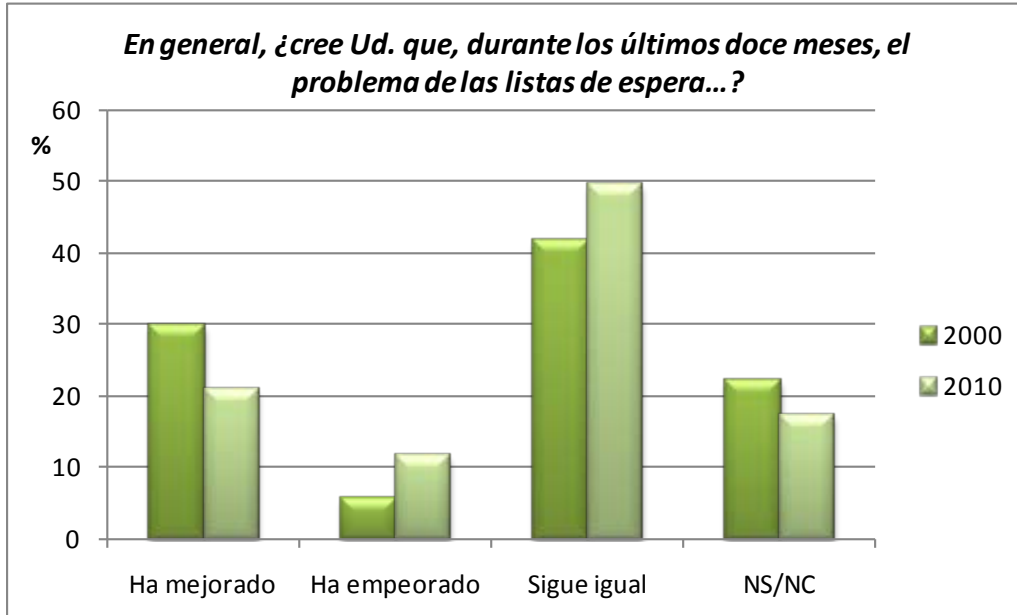
Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Barómetro sanitario 2010*. (<http://www.mspsi.es>).

En un sistema sanitario que funcione bien, la demanda y la oferta de asistencia están equilibradas. Esto no siempre es fácil de lograr, pues ni la oferta ni la demanda se pueden tomar como un dato fijo. Ajustar la oferta a la demanda significa que los recursos deben ser asignados sobre la base de expectativas reales que tengan en

¹ Para un desarrollo en extenso de las cuestiones tratadas en esta Introducción véase el informe *Sistemas lineales de puntos para la gestión de listas de espera sanitarias*, correspondiente a la primera fase del proyecto presentado en Febrero de 2009 por el equipo investigador.

cuenta los cambios que cabe esperar en la demanda de asistencia. Si la oferta es inferior a la demanda, surgen las listas de espera.

Gráfico 2. En general, ¿cree Ud. que, durante los últimos doce meses, el problema de las listas de espera ...?



Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Barómetro sanitario 2010*. (<http://www.mspsi.es>).

No obstante, la existencia de listas de espera no tiene por qué ser necesariamente un problema. Para que un sistema funcione eficientemente, es preciso un cierto “stock” de pacientes, necesario para planificar los diagnósticos y los tratamientos. Las listas de espera son sólo un problema, en realidad, cuando van más allá de los límites de lo considerado aceptable, bien sea desde un punto de vista médico o desde un punto de vista social. Si estar en una lista de espera larga no es necesariamente un problema, estar en una lista durante un largo tiempo sí lo es. El tiempo, no el tamaño de la lista, es el indicador clave.

La principal razón por la que se justifica el estudio de cómo se organizan y gestionan las listas de espera es la justicia o la equidad, es decir, la preocupación por que sea atendido antes quien más lo merece. Sin embargo, hablar de equidad a la hora de identificar quién debe ser tratado primero, no supone dejar de lado aspectos como la eficacia del tratamiento, el beneficio esperado del mismo o su coste-efectividad.

Para tomar conciencia de que las listas de espera constituyen un problema relevante en el sistema nacional de salud basta con observar las cifras de pacientes en espera de ser atendidos por los servicios sanitarios públicos y los tiempos medios de demora en

la atención. Según los datos publicados por el Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad (ver Tabla 1), en Junio de 2010 había en España un total de 387.753 pacientes en espera estructural dentro del Sistema Nacional de Salud², un 2% más que en el mismo mes del año anterior, lo que equivale a una cifra de 9,52 pacientes por 1.000 habitantes. Un 4% de estos pacientes llevaba esperando más de 6 meses, siendo el tiempo de espera medio de 61 días³. Estos dos últimos indicadores, no obstante, se han venido reduciendo de manera ininterrumpida desde el año 2005, cuando la demora media era de 79 días y un 8,5% de los pacientes esperaba a ser intervenido más de 6 meses.⁴

En el caso concreto de la especialidad de cirugía general, ámbito en el que se desarrolla el proyecto cuya memoria se presenta en este informe, los tiempos medios de espera y la proporción de pacientes que esperan más de 6 meses es inferior a la observada para el conjunto de especialidades. No obstante, el peso que suponen los pacientes en espera estructural en los servicios de cirugía general respecto del total de pacientes a la espera de ser intervenidos (18%) refrenda la importancia de esta especialidad en el contexto de las medidas de gestión de las listas de espera quirúrgicas.

Tabla 1. Lista de espera quirúrgica en el Servicio Nacional de Salud. Junio 2010.

	Todas las especialidades	Cirugía General ^(*)
Pacientes en espera estructural (nº)	381.753	68.940 (18,06%)
Tasa por mil habitantes	9,52	1,72
Tiempo medio de espera estr. (días)	61	58 (-4,9%)
Pacientes en espera estr. > 6 meses (%)	4,01	3,77 (-6,0%)

(*) Incluye aparato digestivo. **Fuente:** Sistema de información sobre listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. Situación a 30 de Junio de 2010. Indicadores resumen. (http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/ListaEsperaJunio10_CISNS.pdf).

² Pacientes en situación de ser intervenidos quirúrgicamente y cuya espera es atribuible a la organización y recursos disponibles. Los datos corresponden a 16 comunidades autónomas.

³ Media obtenida con los datos correspondientes a 15 comunidades autónomas.

⁴ La lista de espera no quirúrgica (consultas externas) a 30 de junio de 2010 arrojaba una tasa de 39,84 por cada 1.000 pacientes pendientes de consulta, con un 36% con fecha asignada a más de 60 días y un tiempo medio de espera de 53 días. Las especialidades donde el problema de las listas de espera es más agudo son Ginecología, Oftalmología y Neurología.

Por lo que atañe a la Región de Murcia, la Tabla 2 ofrece los principales indicadores de la lista de espera quirúrgica en diciembre de 2011 (último dato publicado) y un año antes. Lo primero que llama la atención de esta tabla, en comparación con la tabla 1, es que casi todos los indicadores de 2010 (la excepción es el porcentaje de pacientes en espera estructural durante más de 6 meses) son superiores a los observados para el conjunto del SNS. Salvando el hecho de que las cifras de Murcia se refieren a diciembre y las del total nacional corresponden a junio, en el sistema regional de salud la tasa por mil habitantes es 3,27 puntos superior a la nacional (un 34% más) y el tiempo medio de espera estructural supera en Murcia en 3,5 días la media del Estado. Si restringimos la comparación a la especialidad de cirugía general las conclusiones son similares.

Solo la proporción de pacientes en espera estructural durante más de 6 meses era en 2010 menor en Murcia que en el conjunto de España (3,84% frente 4,01%), si bien el notable incremento que se registra en 2011 en la Región apunta a que puede haber superado ampliamente la media nacional en dicho año. El deterioro de los indicadores de las listas de espera quirúrgica es, precisamente, el segundo rasgo destacable de las cifras que muestra la tabla 2. Entre diciembre de 2010 y diciembre de 2011 la tasa de pacientes en espera estructural aumentó, como también lo hizo el tiempo medio de espera y, de un modo particularmente acusado, el porcentaje de pacientes con tiempos de demora prolongados. Ello además se observa, tanto para el total de especialidades como para la especialidad de cirugía general.

*Tabla 2. Lista de espera quirúrgica en el Servicio Murciano de Salud.
Diciembre de 2010 – Diciembre de 2011.*

	Todas las especialidades		Cirugía General ^(*)	
	2010	2011	2010	2011
Pacientes en espera estructural (nº)	18.750	19.540	3.708 (19,8%)	4.308 (22,0%)
Tasa por mil habitantes	12,79	13,74	2,53	3,03
Tiempo medio de espera estr. (días)	64,52	71,85	62,68 (-2,9%)	73,8 (+2,7%)
Pacientes en espera estr. > 6 meses (%)	3,84	6,91	3,29 (-14,3%)	8,01 (+15,8%)

(*) Incluye aparato digestivo. **Fuente:** Portal sanitario de la Región de Murcia (*murciasalud*): Listas de espera quirúrgicas por especialidades. (<http://www.murciasalud.es>).

1.2. Sistemas de priorización: los sistemas lineales de puntos.

Las diferentes medidas de abordaje de las listas de espera pueden agruparse en dos grandes estrategias: las orientadas a reducir el tamaño de las listas y/o los tiempos de espera; y las orientadas a mejorar el output, esto es, las estrategias de racionalización. Dentro del primer grupo de medidas se encuentran las que se concretan en incrementos de la oferta (aumento del presupuesto y mejoras en al gestión) y las que abordan el problema por la vía de la disminución de la demanda (cambios en las indicaciones médicas, incentivos al aseguramiento privado, etc.). Entre las del segundo grupo se incluyen la aprobación de tiempos de garantía máximos, las mejoras en los sistemas de información y coordinación y los sistemas de priorización.

Los sistemas de priorización tienen como finalidad la mejora de los resultados finales del proceso de gestión de las listas de espera, de manera que el orden en que los pacientes son tratados sea tal que se maximice el output sanitario en términos de satisfacción o bienestar de la población y no únicamente en términos de los resultados clínicos.

En consecuencia, los criterios considerados en estos sistemas de priorización incluyen las variables clínicas (relacionadas de un modo u otro con conceptos como la gravedad o la urgencia), el tiempo de espera y un conjunto diverso de variables “sociales”, como la edad, las limitaciones a la actividad laboral, etc. Estos criterios, a su vez, son susceptibles de ser valorados y combinados/agregados de diferentes formas. Así, una posibilidad consiste en estratificar los criterios (sistemas “lexicográficos”), de manera que los pacientes se agrupen, por ejemplo, en función de criterios clínicos según prioridad y, dentro de cada uno de estos grupos se lleve a cabo una segunda ordenación (y una tercera, o cuarta, en su caso), atendiendo a otras variables como las de carácter social o el tiempo que el paciente está esperando la intervención.

La alternativa a la estratificación de pacientes son los sistemas de puntos, que consisten en seleccionar un conjunto de variables, asignarles un valor o puntuación a cada una de ellas y, finalmente, agregar las valoraciones parciales en una única puntuación total. En el ámbito internacional, los sistemas de puntos vienen aplicándose desde hace años en varios países. Ejemplos de ello son el programa de asignación de órganos para trasplante (U.N.O.S.) en Estados Unidos; el proyecto WCWL

de Canadá para diferentes procesos quirúrgicos (cataratas, prótesis de cadera y rodilla, cirugía general) y no quirúrgicos (resonancia magnética, salud mental pediátrica); y los sistemas de puntos para by-pass coronario, cirugía oftalmológica y tratamientos de fertilidad en Nueva Zelanda, entre otros.

En España no hay aplicaciones de los sistemas de puntos incorporadas a la práctica habitual de la gestión de las listas de espera, pese a que en los últimos años se han desarrollado propuestas metodológicas interesantes para la artroplastia de cadera y rodilla, cataratas, varices, prostactectomía y cirugía electiva, en general.⁵

Nuestro proyecto se orientó a desarrollar un sistema lineal de puntos para la gestión de la lista de espera de un servicio de cirugía general y, en este contexto específico, el único antecedente que conocemos es el del programa canadiense WCWL que se resume en la Tabla 3.

Tabla 3. Sistema de puntos para la lista de espera de cirugía general en Canadá.

	Niveles	Rango de puntuación
Frecuencia de los episodios de dolor	4	0 – 9
Máxima intensidad del dolor	4	0 – 11
Intensidad de otras formas de sufrimiento	4	0 – 12
Grado de deterioro en las actividades usuales	4	0 – 15
Agravamiento reciente o resultados de pruebas significativos	Sí/no	0 – 8
Implicaciones del no tratamiento sobre la esperanza de vida	5	0 – 25
Expectativas de mejora de la esperanza de vida con la cirugía	4	0 – 20

Fuente: Elaboración propia a partir de la información del programa (<http://www.wcwl.org/tools>).

Como se observa en la tabla, el sistema canadiense considera un total de siete criterios/dimensiones, uno de los cuales admite cinco niveles posibles, otros cinco cuatro niveles y solo uno es dicotómico (*agravamiento reciente*). Tres de los criterios se refieren a dolor y otras formas de sufrimiento, uno se podría considerar de naturaleza “social” (*deterioro en las actividades usuales*) y los tres restantes son de naturaleza clínica, dos de los cuales, además, se relacionan con las expectativas de supervivencia con y sin tratamiento.

⁵ Ver página 53 y ss. del informe *Sistemas lineales de puntos para la gestión de listas de espera sanitarias* antes citado.

1.3. Contenido del informe.

El objetivo final de nuestro estudio es diseñar un sistema de puntos para establecer un orden de prioridad entre los pacientes de la lista de espera de un servicio de cirugía general. Más concretamente, el sistema está pensado para su implantación a modo de experiencia piloto en el servicio de cirugía general del Hospital Universitario Morales Meseguer, de Murcia, cuyo personal ha colaborado en la realización del proyecto.

El proyecto en cuestión se articula en las siguientes fases:

1. Revisión de la literatura.
2. Diseño del sistema de puntos.
 - a. Selección de los criterios (grupos nominales).
 - b. Definición de los niveles (juicio de expertos).
 - c. Valoración de atributos y niveles (encuesta a población general).
 - d. Obtención del algoritmo de puntuación (análisis econométrico).
3. Calibración / validación del sistema.
4. Experiencia piloto (en uno o varios servicios).

En este informe damos cuenta del desarrollo y resultados de la fase 2, que nos ha permitido obtener el algoritmo de puntuación que habrá de servir, una vez validado por los profesionales del servicio de cirugía, para su utilización en el establecimiento del orden de intervención de los pacientes en lista de espera (inicialmente en forma de prueba piloto).

En las páginas siguientes se describe la metodología y los resultados de la tarea de identificación de los criterios de prioridad, que se desarrolló a través de sendos grupos nominales con cirujanos del servicio de cirugía general del Hospital Morales Meseguer y con pacientes del servicio (2 grupos). A continuación se detalla la propuesta preliminar de criterios y niveles que se formuló a partir de los resultados obtenidos en los grupos nominales, así como las modificaciones introducidas en la estructura del sistema como consecuencia de la evidencia hallada en un pre-test, que aconsejó la redefinición de los criterios de priorización.

Una vez se dispuso del esquema definitivo de criterios/niveles, se procedió a la tarea de valoración lo que se llevó a cabo mediante sendos cuestionarios administrados a una muestra de población general, representativa por cuotas de edad y sexo de la

población murciana, y a un grupo de profesionales del servicio de cirugía del hospital. La metodología seguida consistió en esencia en la ordenación por parte de los encuestados de 16 tarjetas que describían a otros tantos pacientes hipotéticos, previamente seleccionadas mediante un procedimiento de ortogonalización de entre las 72 posibles combinaciones resultantes de los niveles y criterios escogidos. El sistema de puntos se derivó, finalmente, mediante un modelo de regresión logística (*Rank-ordered logistic*). Se han estimado coeficientes para el modelo de población general y para el basado en las respuestas de los cirujanos, comprobándose la validez predictiva de ambos modelos. A la vista de las diferencias entre los parámetros de cada uno de los modelos, se formula un sistema de puntos único resultante de equiponderar las preferencias reveladas por cada uno de los grupos de sujetos participantes en la tarea de valoración: población general y clínicos.

2. IDENTIFICACION DE LOS CRITERIOS DE PRIORIDAD

2.1. Grupo nominal con cirujanos

Metodología

Se constituyó un grupo nominal compuesto por 14 cirujanos⁶ del Servicio de Cirugía General del Hospital Morales Meseguer. Los responsables del proyecto dedicaron unos minutos a explicar los objetivos que se perseguían y la finalidad de la sesión. A continuación, se pidió a los asistentes que reflexionasen acerca de qué criterios o variables deberían ser, en su opinión, tenidas en cuenta a la hora de establecer el orden de prioridad de los pacientes en lista de espera del servicio de cirugía general, y que lo anotasen en un papel. Seguidamente se pidió que, por turno, los participantes fuesen indicando en voz alta los criterios que habían anotado, sin entrar en el orden de prelación o importancia que atribuían a cada uno de ellos. Los criterios se fueron anotando en una pizarra a la vista de todos los presentes.

Una vez que todos los participantes habían comunicado todos los criterios que consideraban relevantes, los responsables del proyecto añadieron algunos otros factores que no habían sido mencionados por ninguno de los presentes, con el fin de que fuesen objeto de consideración por los cirujanos en la fase siguiente. La lista provisional contaba con 34 criterios/factores de prioridad.

A continuación, se abrió un turno para que quienes habían enunciado los diferentes criterios de prioridad pudiesen explicar o matizar algunos de ellos, lo que sirvió para que algunos de los ítems se agrupasen o se reformulasen de tal manera que no existiese ambigüedad ni duplicidades en la lista definitiva, que quedó conformada por 26 criterios.

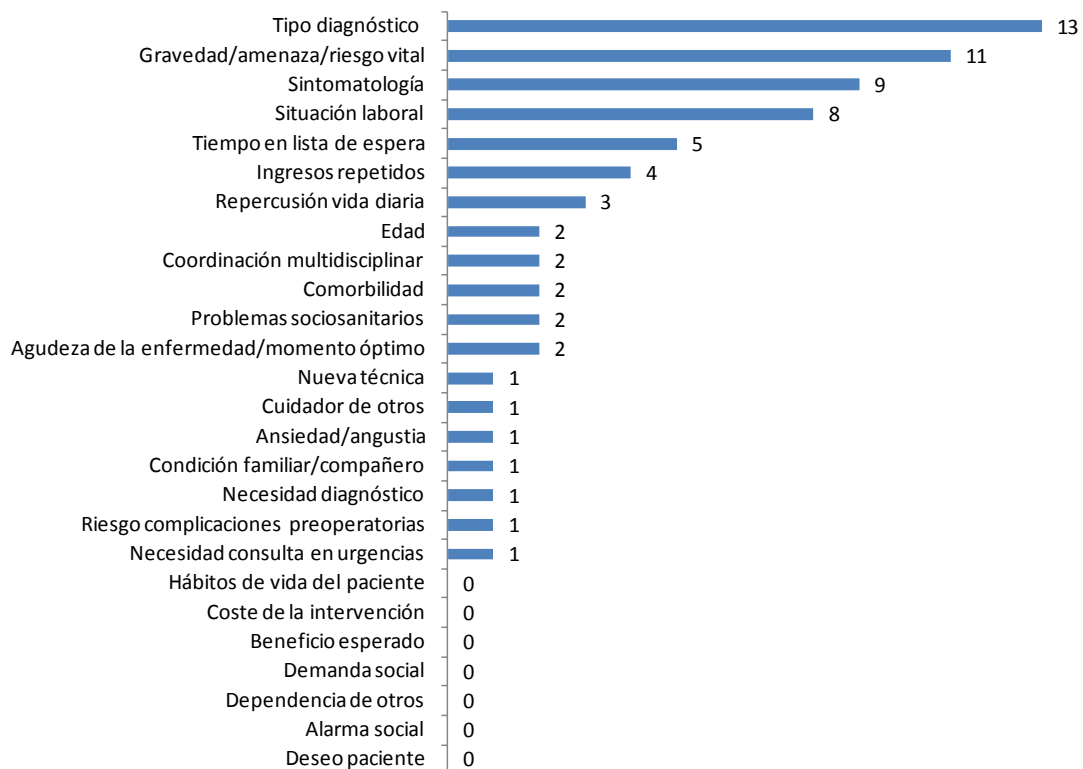
Finalmente se pidió a los participantes que seleccionasen de entre los 19 criterios que constituían la lista definitiva, un total de 5, sin que fuese necesario establecer entre ellos prelación alguna.

⁶ Inicialmente fueron 19 los presentes en la sesión, pero 5 la abandonaron antes de la ronda final de puntuaciones.

Resultados

La selección de criterios efectuada por cada uno de los 14 cirujanos que permaneció hasta el término de la sesión fue tabulada por los responsables del proyecto, contabilizando cada aparición de alguno de los 26 posibles criterios con un voto. Así, tal y como puede apreciarse en la Gráfico 3, el criterio “Tipo de diagnóstico” fue seleccionado por 13 de los 14 asistentes, seguido por “Gravedad/amenaza/riesgo vital” que recibió 11 votos, “Sintomatología” 9, etc.

Gráfico 3. Distribución de la frecuencia con que fue escogido cada criterio por los participantes en la sesión



De la simple observación del gráfico pueden extraerse varias conclusiones interesantes. En primer lugar, hubo 7 criterios que no fueron escogidos por ninguno de los participantes; entre ellos, por ejemplo, se encuentran las situaciones de dependencia (“Dependencia de otros”), los deseos del paciente o sus hábitos de vida. Sin menoscabo de posibles solapamientos con otros atributos (p.ej. “Dependencia de otros” y “Problemas sociosanitarios”), hay algunas inferencias de interés que pueden realizarse de la omisión de los mencionados criterios. Por ejemplo, de la no consideración de los hábitos de vida del paciente podría deducirse que, a juicio de los

asistentes, el establecimiento de prioridades en el acceso a una intervención debe responder a un principio de equidad categórica, sin modular la propia responsabilidad que pueda tener el paciente en el deterioro de su estado de salud a consecuencia de haber seguido un estilo de vida poco saludable. Otra omisión destacable es el “Beneficio esperado”, lo cual, si se interpreta literalmente, implica que la mejora potencial que puede esperarse de la intervención no debe influir en la posición que el paciente debe ocupar en la lista. Obviamente, esta interpretación está sujeta a la restricción impuesta en la ronda final de puntuaciones, en la que se requirió la selección de sólo 5 criterios.

En el polo opuesto de la distribución de respuestas, se aprecia un elevado consenso en torno a 4 de los criterios barajados: “Tipo de diagnóstico”, “Gravedad/amenaza/riesgo vital”, “Sintomatología” y “Situación laboral”. Si a tales criterios añadimos “Tiempo en lista de espera” (el siguiente en número de votos) ya tendríamos los 5 criterios escogidos más frecuentemente por los asistentes. Dejando de lado las posibles (o quizá probables) complementariedades que pueden producirse entre los 3 primeros criterios, concluiríamos que son las variables clínicas las que a juicio de los cirujanos deberían regir el sistema de ordenación de la lista de espera. De todas las variables de tipo social que se recogieron entre los 26 posibles criterios, tan sólo una –“Situación laboral”- figura entre las 5 primeras. Curiosamente, el criterio que al menos formalmente se supone que determina en la actualidad la configuración de la lista de espera (el tiempo de permanencia en la lista) ostenta la quinta posición en el ranking de criterios mostrado por la Figura 1, tan sólo por un voto de ventaja respecto del criterio “Ingresos repetidos”. La cesura en número de votos que separa al criterio del tiempo de espera respecto de los que fueron seleccionados por la mayoría de los participantes, parece apuntar que hay otros criterios cuyo concurso en la elaboración de la lista serían valorados positivamente por los profesionales sanitarios.

2.2. Grupo nominal con pacientes 1.

Metodología

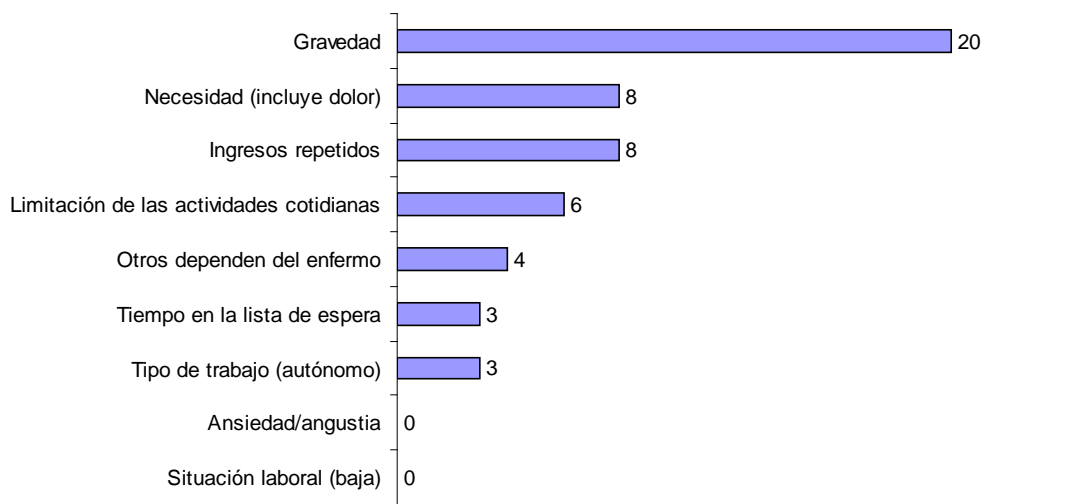
A la primera de las sesiones asistieron cuatro pacientes. Tras la presentación de los objetivos del proyecto por parte del Subdirector General, se pidió a los asistentes que manifestaran cuáles serían, a su juicio, los criterios que deberían tenerse en cuenta

para ordenar la lista de espera del Servicio de Cirugía General del Hospital Morales Meseguer. El formato de la sesión no fue estructurado, de modo que los pacientes formulaban de manera espontánea sus sugerencias. En ocasiones, se les propusieron posibles criterios, sobre los cuales se les pedía su opinión. De esta forma, se fue componiendo una lista con un total de nueve criterios, producto de las sucesivas intervenciones. Llegados a este punto, se pidió a los asistentes que seleccionaran cinco de los nueve criterios propuestos, ordenándolos de más a menos preferido. A continuación, cada uno de los participantes fue indicando su selección en voz alta.

Resultados

El Gráfico 4 muestra la ordenación resultante atendiendo al orden de prioridad otorgado a cada una de las alternativas.

Gráfico 4. Ordenación de los criterios del Grupo Nominal de Pacientes (puntuación)



Para agregar las ordenaciones individuales se ha aplicado la regla de Borda (la alternativa preferida recibe 5 puntos, la siguiente 4, así hasta la última, que recibe 1 punto). En caso de empate, se ha discriminado sobre la base del recuento de votos. Por ejemplo, tanto “Necesidad” como “Ingresos repetidos” merecen la misma puntuación, pero mientras que el primero de los dos criterios mencionados recibió cuatro votos, el segundo tan sólo recibió tres. Una nueva situación de empate se produce entre las alternativas “Tiempo en lista de espera” y “Tipo de trabajo”, priorizando la primera en atención a que recibe tres votos, mientras que la segunda sólo merece uno.

Si se compara esta ordenación con la que surgió del grupo nominal realizado con los cirujanos del Servicio, se ponen de manifiesto similitudes, pero también notables diferencias. Los cuatro primeros criterios mostrados en la Figura 2, también fueron situados entre las primeras posiciones por los clínicos. Una discrepancia significativa es, no obstante, la relativa a la consideración que merece la “Situación laboral”. Aquí no recibe un solo voto, mientras que fue votada en ocho ocasiones en el grupo de cirujanos.

2.3. Grupo nominales con pacientes 2.

Metodología

A la segunda sesión asistieron ocho pacientes. Tras la presentación del objetivo de la sesión, se pidió a los asistentes que manifestaran cuáles serían, a su juicio, los criterios que deberían tenerse en cuenta para ordenar la lista de espera del Servicio de Cirugía General del Hospital Morales Meseguer. El formato de la sesión no fue estructurado, de modo que los pacientes formulaban de manera espontánea sus sugerencias. En ocasiones, se les propusieron posibles criterios, sobre los cuales se les pedía su opinión. De esta forma, se fue componiendo una lista con un total de nueve criterios, producto de las sucesivas intervenciones. Llegados a este punto, se pidió a los asistentes que seleccionaran cinco de los nueve criterios propuestos, ordenándolos de más a menos preferido. A continuación, cada uno de los participantes fue indicando su selección en voz alta.

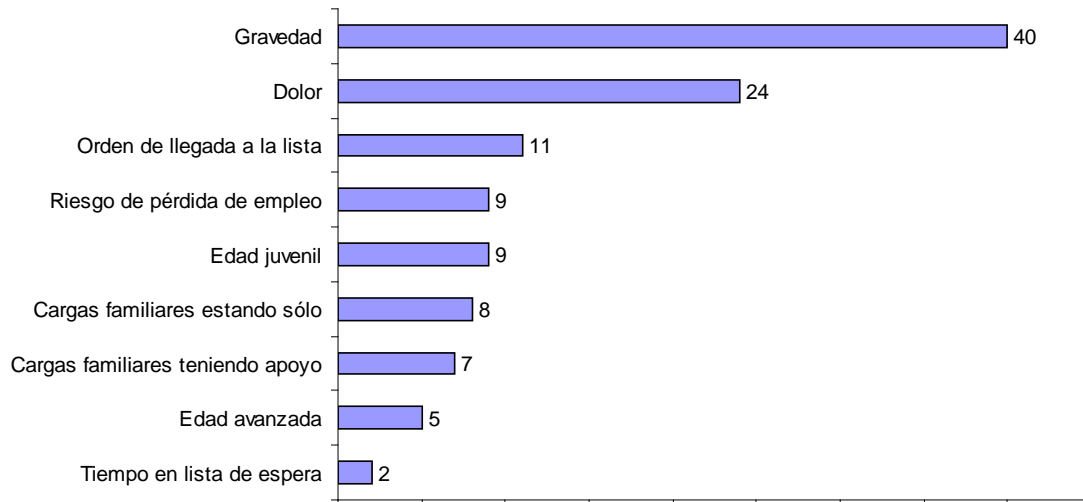
Resultados

El Gráfico 5 muestra la ordenación resultante atendiendo al orden de prioridad otorgado a cada una de las alternativas. Para agregar las ordenaciones individuales se ha aplicado la regla de Borda (la alternativa preferida recibe 5 puntos, la siguiente 4, así hasta la última, que recibe 1 punto). En caso de empate, se ha discriminado sobre la base del recuento de votos. Así, entre los criterios “Riesgo de pérdida de empleo” y “Edad juvenil”, ambos con 9 puntos, se ha dado prioridad al primero, ya que obtuvo un voto más (5) que el segundo (4).

Resulta evidente que hay dos variables que dominan sobre las demás, “Gravedad” y “Dolor”, seguido a gran distancia por el criterio de “Orden de llegada a la lista”.

Asimismo, el “Tiempo en lista de espera” adquiere una importancia muy marginal en relación al resto de criterios.

Gráfico 5. Ordenación de los criterios del Grupo Nominal de Pacientes (puntuación)



Si se compara esta ordenación con la que surgió del otro grupo nominal con pacientes, afloran claras diferencias. Si bien “Gravedad” y “Dolor” también fueron situadas en primer lugar por el anterior grupo de pacientes, su tercer y cuarto criterio –“Ingresos repetidos” y “Limitación de las actividades cotidianas”- no aparecen en la lista en esta ocasión. Por otra parte, este grupo de pacientes si toma en consideración la “Edad” como posible criterio de priorización, mientras que el grupo precedente la desestimó. En esta ocasión, al igual que ya ocurriera con el otro grupo, la “Situación laboral” no merece consideración; circunstancia esta que contrasta vivamente con la opinión de los cirujanos, quienes le concedieron bastante importancia.

2.4. Selección inicial de los criterios de priorización.

En la Tabla 4 se resumen los resultados obtenidos en los grupos nominales. Las cifras de las celdas indican el número de veces que cada criterio fue incluido por los participantes en las sesiones entre los cinco que, a su juicio, eran los más importantes. En los grupos de pacientes se indica, además, entre paréntesis la puntuación asignada resultante de aplicar una regla de Borda (5 puntos al criterio citado en primer lugar, 4 puntos al siguiente y así, hasta 1 punto asignado al quinto criterio).

A partir de los resultados mostrados en la tabla se elaboró una primera versión de la estructura del sistema de puntos por las razones que seguidamente se explican.

Tabla 4. Identificación de criterios. Resultados de los Grupos nominales.

	Grupo Cirujanos (n=14)	Grupo pacientes 1 (n=4)	Grupo pacientes 2 (n=8)	Total pacientes (n=12)	TOTAL votos
Gravedad/amenaza/riesgo vital	11	4 (20)	8 (40)	12 (60)	23
Sintomatología / Necesidad / Dolor	9	4 (8)	8 (24)	12 (32)	21
Situación laboral/ autónomo/riesgo paro	8	1 (3)	5 (9)	6 (12)	14
Tiempo en lista /orden de llegada	5	3 (3)	6 (13)	9 (16)	14
Tipo diagnóstico	13				13
Cargas familiares		2 (4)	7 (15)	9 (19)	9
Ingresos repetidos	4	3 (8)		3 (8)	7
Repercusión vida diaria	3	3 (6)		3 (6)	6
Edad			6 (14)	6 (14)	6

En primer lugar, se decidió no incorporar al sistema de priorización ningún criterio que hubiese sido identificado únicamente por uno de los dos colectivos consultados: médicos o pacientes. En consecuencia, se excluyeron los criterios sociales *Existencia de cargas familiares* y *Edad del paciente*, pese a haber recibido un número de “votos” igual o superior al de algunos de los criterios finalmente seleccionados, debido a que solo fueron mencionados por una parte de los pacientes, no así de los clínicos.

Por la misma razón, el criterio *Tipo diagnóstico* no aparece como tal en la propuesta inicial. Este criterio surgió en el ámbito del grupo nominal de cirujanos (y únicamente en este grupo), como manifestación de la necesidad de priorizar frente a otros procedimientos los que tuviesen que ver con procesos oncológicos. Dado que la prioridad en estos casos está vinculada con el riesgo vital para el paciente a corto-medio plazo, se consideró que el criterio *Gravedad* podría recoger de modo suficiente esta preferencia por tratar a pacientes con procesos tumorales (con la definición adecuada de los niveles de dicho criterio).

Una razón diferente, sin duda discutible, es la que nos llevó a descartar el criterio *Tiempo en lista de espera*. Estimamos que este criterio no debería formar parte del sistema de puntos debido a que la importancia de esta variable queda expresamente recogida en las garantías de tiempos máximos de espera, de ahí que consideremos ociosa su inclusión como variable de prioridad en el sistema lineal.

En consecuencia, el sistema de priorización quedó estructurado inicialmente sobre los criterios/dimensiones siguientes:

- *Gravedad (amenaza para la vida del paciente)*
- *Dolor (y otros síntomas que afecten a la calidad de vida del paciente)*
- *Situación laboral del paciente*
- *Limitación de las actividades cotidianas*
- *Complicaciones importantes*

Los dos primeros son criterios clínicos que gozan de apoyo mayoritario, tanto entre los cirujanos como entre los pacientes. El tercero (*situación laboral*) es un criterio no-clínico, citado por un cierto número de integrantes de ambos los grupos. El cuarto recoge el único de los restantes criterios “sociales” (enunciado en el grupo de clínicos como *repercusión en la vida diaria*) que es citado por cirujanos y pacientes, aunque el apoyo sea minoritario.

El criterio incluido en quinto lugar (*complicaciones importantes*) pretende recoger la variable *ingresos repetidos*, expresamente citada por ambos grupos, además de otras posibles circunstancias clínicas recientes que puedan motivar la asignación de una prioridad superior (hallazgos importantes en una exploración física, resultados relevantes de una prueba, etc.) y que no estén reflejadas en los criterios de gravedad y dolor/sintomatología.

La propuesta de criterios y niveles inicial para el sistema lineal de puntos se ofrece en la Figura 1 de la página siguiente. Para la definición de los niveles se acudió a la literatura, al tiempo que se tuvieron en cuenta las opiniones de los participantes en los grupos nominales.

2.5. Selección definitiva de los criterios y niveles de prioridad.

Pre-test: metodología y resultados.

Antes de dar por definitiva la estructura del sistema de priorización, se procedió a realizar un pre-test con el fin de comprobar si, en primer lugar, resultaba factible la tarea de ordenación de un determinado número de tarjetas representativas de pacientes en lista de espera. En segundo lugar, el pre-test sirvió para averiguar si las descripciones eran comprensibles, si los niveles de los criterios estaban adecuadamente establecidos y, lo que es de suma importancia, si alguno de los criterios escogidos resultaba ser dominante, dando lugar a preferencias lexicográficas.

Figura 1. Propuesta inicial de criterios y niveles

GRAVEDAD (AMENAZA PARA LA VIDA DEL PACIENTE)	
El criterio de gravedad se refiere expresamente a las implicaciones que supone la condición del paciente sobre su esperanza de vida en el caso de no ser intervenido.	
0. A largo plazo (6-10 años).	La condición del paciente compromete su vida en un horizonte temporal de 6 a 10 años.
1. A medio plazo (3-5 años).	La condición del paciente supone un riesgo potencial para su vida en los próximos 3-5 años.
2. A corto plazo (6-18 meses)	Existe confirmación o sospecha de un cáncer u otra patología que amenaza la vida del paciente en un plazo de 6 meses a 18 meses si no es intervenido.
3. Inminente (<6 meses)	Existe confirmación o sospecha de un cáncer u otra patología que puede ocasionar la muerte del paciente antes de 6 meses en caso de no ser intervenido.
DOLOR (Y OTROS SÍNTOMAS)	
Se incluye el dolor, así como otras molestias físicas (náuseas, fatiga, picores)	
0. Poco.	El paciente experimenta dolores y/o molestias de manera infrecuente y de intensidad leve (no requiere medicación).
1. Bastante.	El paciente experimenta dolores y/o molestias frecuentemente y de intensidad moderada o fuerte, requiriendo medicación ocasional.
2. Mucho.	El paciente sufre dolores y/o molestias la mayor parte del tiempo y precisa de medicación continuada.
COMPLICACIONES IMPORTANTES	
Se refiere al historial reciente (últimos 2/3 meses) de complicaciones importantes del problema de salud, así como a resultados de exámenes físicos o de pruebas clínicas que resulten significativos (ejemplos: anemia, pancreatitis, masa palpable, ingresos repetidos, intervención previa no exitosa, ...).	
0. No	No existen complicaciones recientes en el estado de salud del paciente
1. Sí	Existen complicaciones recientes en la condición del paciente.
SITUACIÓN LABORAL	
Se refiere al grado en el que la condición del paciente afecta a su actividad laboral, en la medida en la que siga esperando para ser intervenido	
0. No trabaja o no está limitado para trabajar.	La condición del paciente no ha supuesto (ni supone) cambio alguno en la situación laboral del paciente.
1. No puede trabajar debido a su estado de salud.	La situación laboral del paciente se ve afectada por su condición de salud: está en situación de baja laboral, ha tenido que abandonar total o parcialmente su actividad como autónomo o bien se enfrenta a un riesgo inminente de pérdida de su empleo como consecuencia de su estado de salud.
LIMITACIÓN DE LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS	
Se refiere al grado en el que la condición del paciente repercute en la capacidad de éste para llevar a cabo sus actividades cotidianas básicas (cuidado personal) e instrumentales (tareas domésticas, relaciones sociales), distintas de la actividad laboral.	
0. No tiene ninguna limitación	El paciente puede realizar sus actividades diarias sin necesidad de ayuda alguna.
1. Tiene algunas limitaciones.	El paciente está algo limitado para realizar algunas actividades dentro y fuera del hogar (por ejemplo, las que requieran cierto esfuerzo físico), pero puede mantener su rutina diaria sin ayuda.
2. Tiene bastantes limitaciones.	El paciente está bastante limitado en sus tareas cotidianas (limpiar, hacer la compra, relaciones sociales), aunque puede ocuparse sin ayuda de su cuidado personal (lavarse, vestirse, comer).
3. Incapaz de realizar la mayoría de las actividades diarias.	El paciente requiere ayuda para realizar la práctica totalidad de sus actividades cotidianas, incluido su aseo personal.

Nota: La condición de cada paciente queda descrita mediante un código de cinco cifras. Así, un paciente en una situación cuya vida está amenazada a medio plazo, con mucho dolor, sin complicaciones recientes importantes, que está en situación de baja laboral y que es incapaz de realizar la mayoría de sus actividades cotidianas, se identificaría con la secuencia **12013**.

Otra de las finalidades del pre-test fue la de proporcionar información para elegir el procedimiento de la valoración de los criterios y niveles. Puesto que el sistema de puntos se estima a partir de las ordenaciones que hacen los sujetos sobre un determinado subconjunto de tarjetas representativas de pacientes en lista de espera, nos interesaba testar distintos procedimientos de ordenación. El primero de estos procedimientos podemos denominarlo “ranking secuencial”, y consiste en que el sujeto elige una tarjeta del conjunto (la del paciente que debería ser intervenido antes) y esta tarjeta se retira; elige a continuación la tarjeta de mayor prioridad entre las restantes, después de lo cual se retira ésta; y así sucesivamente hasta que solo quede una. El segundo procedimiento, que podemos llamar “ranking simultáneo”, consiste en que el sujeto ordena la totalidad de las tarjetas teniéndolas permanentemente a la vista, pudiendo cambiar el orden en todo momento hasta conseguir la ordenación completa.

La encuesta preliminar se administró a una muestra de conveniencia de 85 sujetos, distribuidos en tres grupos. En el primero de ellos ($n_1=26$) los entrevistados tuvieron que ordenar las 16 tarjetas seleccionadas de entre el total de posibles combinaciones a que daba lugar el sistema de criterios/niveles definido⁷, mediante un procedimiento secuencial, además de otras tareas complementarias⁸. En los otros dos grupos ($n_2=24$; $n_3=35$) los sujetos llevaron a cabo ordenaciones de solo 8 de las 16 tarjetas⁹ pero lo hicieron mediante el procedimiento secuencial, al inicio de la entrevista, y mediante el método de “ranking simultáneo”, al final del cuestionario. También en estos dos grupos se pidió la realización de otras tareas complementarias, además de información sobre características socio-demográficas del encuestado.

Las principales conclusiones que se extrajeron del pre-test son las siguientes:

- Las tareas de ordenación son factibles en un tiempo razonable. La duración media de las encuestas en las que los 16 estados se ordenaban una vez fue de

⁷ En el caso de esta versión preliminar, el total de combinaciones era de 192, resultado de multiplicar los niveles de cada una de las cinco dimensiones ($4 \times 3 \times 2 \times 2 \times 4$), y el subconjunto que es preciso valorar y que se obtiene mediante un procedimiento de ortogonalización, se compone de 16 tarjetas.

⁸ Entre estas tareas se incluyeron las de elegir entre pares de tarjetas o determinar equivalencias entre pacientes o grupos de pacientes con diferentes características.

⁹ Las 16 tarjetas se distribuyeron entre ambos grupos respetando un equilibrio en lo que se refiere a la presencia de los distintos niveles de cada criterio en los subconjuntos de 8 tarjetas.

23 minutos; en las encuestas que hacían dos ordenaciones de 8 estados la duración media fue de unos 16 minutos.

- Existen diferencias entre los resultados que se obtienen con distintos procedimientos de ordenación (*secuencial vs. simultáneo*). En los grupos en los que se realizaron dos tareas de ranking, solo un 20% de los encuestados reprodujo exactamente la misma ordenación de los 8 estados con ambos métodos (un 16,7% en un subgrupo y un 25% en el otro).
- El criterio de gravedad/urgencia domina al resto de criterios en la ordenación que realizan los sujetos.
 - En la ordenación directa de los atributos, el criterio gravedad/urgencia es situado en primer lugar por el 98,4% de los encuestados (63/64).
 - En el grupo que ordenó los 16 estados, un 89% de los pacientes situó en los cuatro primeros lugares los cuatro estados con nivel 2 en gravedad/urgencia. En los grupos que ordenaron 8 estados, los dos que en cada subgrupo tenían un nivel 2 en gravedad/urgencia ocuparon los dos primeros lugares en un 85% de los casos.¹⁰
- No se pudo constatar la existencia de interacciones entre los atributos gravedad/urgencia y complicaciones, como tampoco los encuestados manifestaron de manera explícita que las definiciones de ambos criterios indujesen a confusión.

Criterios y niveles definitivos

Una vez se comprobó en el pre-test que el atributo *gravedad/urgencia* dominaba al resto de criterios de priorización, se optó por redefinir dicha dimensión como *pronóstico durante la espera*, distinguiendo únicamente dos niveles, según la situación del paciente fuera estable o, por el contrario, existiese riesgo de empeoramiento. Se

¹⁰ Las tarjetas con nivel 1 en el atributo “Gravedad/urgencia” también fueron priorizadas de modo mayoritario frente a las de nivel 0 en el mismo atributo. Las tarjetas que describían pacientes no urgentes (nivel 0 en “Gravedad/urgencia”) ocuparon en la mayoría de los casos la mitad inferior del ranking. Además, los sujetos se mostraron escasamente dispuestos a intercambiar gravedad por otras dimensiones en las preguntas en las que habían de comparar grupos de pacientes. En media, los entrevistados daban prioridad a la intervención de 1 paciente en el peor escenario (22112) antes que a 125 pacientes en la condición más “leve” 00101 o que a 1.084 pacientes en una situación aún más benigna como la 00100. El orden de magnitud de estas cifras puede interpretarse como una evidencia más a favor del carácter dominante del atributo “Gravedad/urgencia”.

excluyó así del sistema de priorización a cualquier paciente en situación de riesgo vital (los asimilados a las situación de *urgencia elevada* en el sistema preliminar), y así se hizo constar en los cuestionarios de valoración.¹¹ El sistema definitivo quedó integrado por los siguientes criterios y niveles de prioridad:

- **Pronóstico durante la espera (PR).**

Este criterio se refiere a las consecuencias que tendría no operar al paciente sobre su evolución futura, en términos de la posible aparición de complicaciones o el agravamiento de los síntomas. Es decir, este criterio precisa si hacer esperar al paciente supone o no un riesgo de que empeore su situación clínica, sin que ello suponga en ningún caso una amenaza para su supervivencia. Se distinguen dos posibles niveles:

0. Situación estable.- El paciente puede esperar a ser operado sin que sea previsible que aparezcan complicaciones o se agraven los síntomas en los próximos 6 meses.
1. Posibilidad de empeoramiento.- Existe confirmación o sospecha de que, si el paciente no es operado, pueden aparecer complicaciones o pueden agravarse sus síntomas, aunque sin poner en riesgo la vida del paciente.

- **Dolor y otros síntomas (DO).**

Este criterio hace referencia a la intensidad del dolor y otras posibles molestias físicas (náuseas, fatiga, picores) que sufre el paciente que espera ser operado. Se consideran en este caso tres posibles niveles:

0. Poco o ningún dolor/molestias.- El paciente no sufre dolor ni molestias o bien el dolor y/o las molestias son poco frecuentes y de intensidad leve, no requiriendo medicación.
1. Bastante dolor/molestias.- El paciente experimenta dolores y/o molestias que requieren medicación ocasional (dos o tres veces por semana).

¹¹ En la introducción de los cuestionarios se advertía: “Tenga en cuenta que las características que le vamos a mostrar se refieren en todo caso a pacientes que no están expuestos a un riesgo mortal. Es decir, damos por hecho que todos los pacientes cuya supervivencia puede verse amenazada en caso de no ser operados, son intervenidos con carácter preferente, al margen de cualquier criterio de priorización.”

2. Mucho dolor/molestias.- El paciente sufre dolores y/o molestias persistentes que precisan de medicación continuada (varias veces al día).

- **Complicaciones importantes (CO).**

Esta característica está referida al hecho de que en los últimos 2 o 3 meses hayan aparecido complicaciones importantes del problema de salud del paciente o bien que en ese tiempo se hayan obtenido resultados significativos en exámenes físicos realizados por el médico o en pruebas clínicas (análisis, radiografías). Se incluyen en este criterio complicaciones clínicas como la anemia o la pancreatitis (inflamación del páncreas), y también el historial reciente del paciente (por ejemplo, que haya sufrido ingresos hospitalarios repetidos, que haya sido operado antes sin éxito). Los niveles en esta dimensión son dos:

0. Sin complicaciones.- No existen complicaciones recientes en el estado del paciente.
1. Con complicaciones.- Existen complicaciones recientes en la condición del paciente.

- **Situación laboral (SL)**

Se refiere al grado en que la situación del paciente que espera para ser operado afecta o no a su actividad laboral en el presente y en el futuro más inmediato, distinguiéndose dos posibles situaciones:

0. Sin limitaciones para trabajar (o no trabaja).- La condición del paciente no ha supuesto (ni supone) cambio alguno en la situación laboral del paciente.
1. Limitado para trabajar.- La situación laboral del paciente se ve afectada por su condición de salud: está en situación de baja laboral, ha tenido que abandonar total o parcialmente su actividad como autónomo o bien se enfrenta a un riesgo inminente de pérdida de su empleo.

- **Limitación de las actividades cotidianas (AC)**

Esta característica hace referencia al grado en el que la condición del paciente influye en la capacidad de éste para llevar a cabo sus actividades cotidianas básicas, como el cuidado personal, y otras como las tareas domésticas, las relaciones sociales, etc. distintas de la actividad laboral. Tres son los posibles niveles en esta dimensión:

0. Ninguna o pocas limitaciones en las actividades cotidianas.- El paciente puede realizar todas sus actividades cotidianas dentro y fuera del hogar sin necesidad de ayuda alguna, o bien, aunque tiene alguna limitación para actividades que requieran cierto esfuerzo físico, ello no le impide mantener su rutina diaria sin ayuda.
1. Bastante limitado en las actividades cotidianas.- El paciente está bastante limitado en sus tareas cotidianas (limpiar, hacer la compra, relaciones sociales), aunque puede ocuparse sin ayuda de su cuidado personal (lavarse, vestirse, comer).
2. Incapacitado para las actividades cotidianas.- El paciente requiere ayuda para realizar la práctica totalidad de sus actividades cotidianas, incluido su aseo personal.

3. ENCUESTA DE VALORACIÓN DE CRITERIOS/NIVELES

3.1. Metodología

Selección de las tarjetas.

La estructura del sistema definitivo, compuesto por cinco criterios/dimensiones con entre dos y tres niveles cada uno permite la descripción de 72 tipos de paciente diferentes ($72 = 2 \times 3 \times 2 \times 2 \times 3$). Como resulta materialmente imposible pedir a los sujetos que realicen ordenaciones completas de 72 “tarjetas”, se aplicó un diseño ortogonal que permitió seleccionar un subconjunto de 16 perfiles de pacientes a la espera de ser intervenidos. El contenido de estas 16 tarjetas se puede ver en las Hojas 1 a 4 que acompañan al cuestionario para población general (Anexo 1: páginas 52 a 55), así como en el cuestionario para cirujanos (Anexo 2: página 66).

Sujetos

Por lo que atañe a la población general, se seleccionó una muestra de 500 individuos, representativa de la población adulta de la Región de Murcia por sexo, cuotas de edad y, territorialmente, por áreas de salud. Por lo que respecta a los clínicos, el cuestionario se administró a un total de 20 profesionales del servicio de cirugía del Hospital Morales Meseguer de Murcia. Las entrevistas a la población general se realizaron mediante un cuestionario impreso en el domicilio de los encuestados. En el caso de los cirujanos se diseñó un cuestionario auto-administrado que fue cumplimentado simultáneamente por los participantes en el transcurso de una sesión clínica.

Cuestionario.

Dado que el pre-test confirmó que era factible la ordenación de las 16 tarjetas por un mismo sujeto, se diseñó un único modelo de cuestionario cuya tarea central consistía precisamente en llevar a cabo una ordenación completa de las 16 descripciones. Se optó por aplicar un ranking secuencial como método de valoración (ordenación) de las tarjetas, toda vez que en el pre-test se habían hallado diferencias entre este procedimiento y el ranking “simultáneo”. La estructura del cuestionario fue como sigue:

1. Presentación.
2. Descripción de los atributos y sus niveles.
3. Elecciones (4) entre subconjuntos de 4 tarjetas.
4. Ordenación de las 16 tarjetas (ranking secuencial).
5. Ordenaciones (3) de grupos de 3 tarjetas (distintas de las 16 que sirven para modelizar el sistema).
6. Ordenación de los cinco atributos según su importancia.
7. Preguntas socio-demográficas.

Al margen de la tarea principal de ordenación secuencial que habría de constituir la base para la estimación del sistema de puntos, se incluyeron otras tareas complementarias con dispar finalidad. Así, las elecciones entre subconjuntos de 4 tarjetas (las mismas 16 tarjetas seleccionadas, repartidas en cuatro grupos) pretendían principalmente familiarizar a los entrevistados con el sistema descriptivo y prepararlos para la tarea de ordenación definitiva. Las ordenaciones de subconjuntos de 3 tarjetas se utilizarían posteriormente para testar la validez del modelo, comparando las puntuaciones que el sistema asignase a cada tarjeta de los subgrupos con las ordenaciones efectuadas por los encuestados. Por último, la ordenación de los atributos también permitiría valorar la coherencia entre las preferencias reveladas acerca de la importancia de cada una de las cinco variables o características y las respuestas expresadas en el ranking secuencial.

Método de estimación

El sistema de puntos se estimó mediante un modelo de regresión logística: *Rank ordered logistic regression*. Este modelo es similar al modelo *logit* condicional, pero permite utilizar más información acerca de la comparación de alternativas, esto es, cómo los decisores ordenan las distintas alternativas y no sólo cuál prefieren de entre todas ellas. No obstante, también se estimó el modelo mediante el *logit* condicional para comprobar en qué medida los resultados diferían en función del procedimiento de estimación empleado.

Se obtuvieron sendos modelos utilizando únicamente los resultados del cuestionario de población general y solo las respuestas de los cirujanos. El sistema de puntos

definitivo se estimó tomando en consideración ambas fuentes de preferencias y equiponderando las valoraciones de la población general y de los clínicos.

3.2. Resultados

Población general

Del total de 500 cuestionarios completos recogidos, se excluyeron 26 debido a que contenían errores en la tarea principal, esto es, en la ordenación de las 16 tarjetas que constituye la base para la estimación de los modelos. Las características socio-demográficas de los 474 sujetos que integran la muestra definitiva se presentan en la Tabla 5, en la que también se ofrece la distribución de los entrevistados según el área de salud a la que se adscriben en función de su lugar de residencia.

Tabla 5. Características de la muestra (n=474).

	Muestra (n=474)
Hombre/mujer (%)	49/51
Edad media (desv.est.) en años	43,4 (16,1)
Estado civil (%)	
Casado/en pareja	60,5
Soltero/divorciado/viudo	39,5
Nivel educativo (%)	
Hasta estudios primarios	49,3
Estudios secundarios	34,2
Estudios superiores	16,3
Situación laboral (%)	
Ocupado	48,9
Desempleado	14,1
Inactivo	36,5
Nivel de ingresos familiar (%)	
Hasta 900€	23,9
De 901€ hasta 1.500€	32,8
De 1.501€ hasta 2.000€	24,1
Más de 2.000€	19,1
Área de salud (%)	
Área 1. Murcia Oeste	17,3
Área 2. Cartagena	18,4
Área 3. Lorca	12,2
Área 4. Noroeste	5,5
Área 5. Altiplano	4,0
Área 6. Vega Media del Segura	17,7
Área 7. Murcia Este	14,1
Área 8. Mar Menor	7,2
Área 9. Vega Alta del Segura	3,6

Las dimensiones citadas con más frecuencia como las más importantes por los sujetos de la muestra (ver Gráfico 6) son *Dolor* (30,6%) y *Complicaciones* (28,5%).

Gráfico 6. Criterio de prioridad más importante según las respuestas de la muestra de población general (n=474).

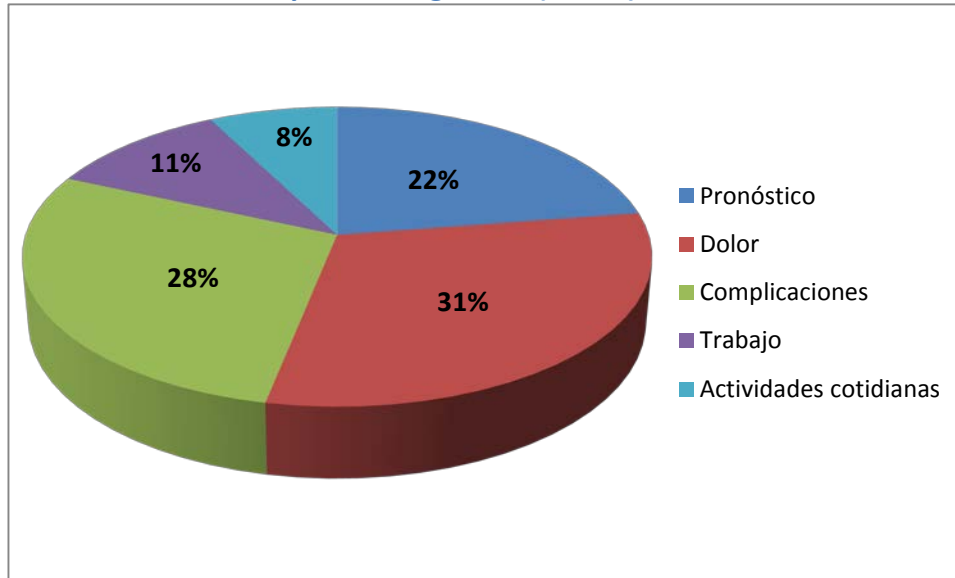
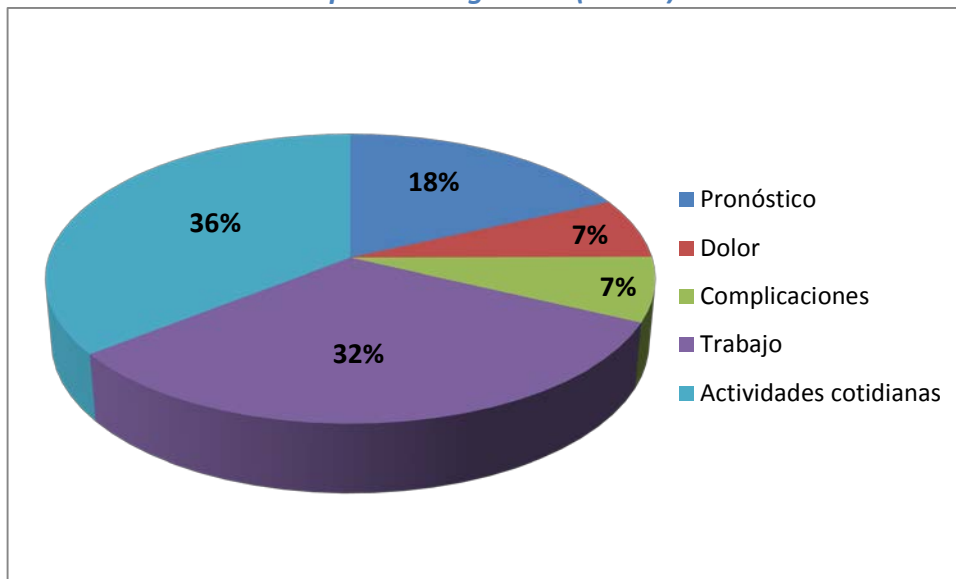


Gráfico 7. Criterio de prioridad menos importante según las respuestas de la muestra de población general (n=474).



En el Gráfico 7 se comprueba cómo las dimensiones consideradas menos importantes son *Actividades cotidianas* (35,7%) y *Situación laboral* (32,3%). Estas preferencias se ven reflejadas en la ordenación que los sujetos hacen de las 16 tarjetas seleccionadas. Así, si comparamos la situación de los estados 11100 y 00112 en el ranking observamos cómo el primero de ellos ocupa uno de las 4 primeras posiciones en el

40% de los casos (entre los 8 primeros aparece en el 76% de las ordenaciones), mientras que el segundo únicamente aparece entre los 4 primeros lugares para un 22% de los sujetos (52% entre los 8 primeros).

Profundizando en los rankings de 16 tarjetas que compusieron los encuestados, resulta de interés destacar que la tarjeta elegida más veces en primer lugar fue la 12102 (66% de los sujetos), seguida a una gran distancia por la 11012 (escogida en primer lugar por el 12% de la muestra). Las tarjetas que aparecen con más frecuencia en los cuatro primeros lugares de la ordenación son, además de la 12102 citada (en un 94% de los casos) y la 11012 (un 65%), las tarjetas 12010 (52%), 11100 (40%) y 02101 (38%). Nótese que en todas ellas la dimensión *Dolor* presenta nivel 1 (bastante) o 2 (mucho).

En el otro extremo encontramos que la tarjeta que más veces aparece ocupando el último lugar del ranking es, como cabría esperar, la 00000. No obstante, esto ocurrió en el 88% de los casos; es decir, hubo un 12% de los sujetos que incurrió en la inconsistencia de priorizar a un paciente como el descrito en 00000 frente a otros pacientes cuya situación de prioridad claramente “domina” a la de la tarjeta en cuestión. Las tarjetas que aparecen con más frecuencia en los cuatro últimos puestos del ranking son, junto a la 00000 (99% de los encuestados), la 00002 (78%), la 10000 (68%) y la 00110 (51%).

Grupo cirujanos

Como se ha señalado antes, se ha dispuesto de un total de 20 cuestionarios cumplimentados por otros tantos facultativos del servicio de cirugía general del Hospital Morales Meseguer. El análisis de las respuestas contenidas en ellos permite extraer las siguientes conclusiones.

Por lo que respecta a la importancia atribuida a los distintos criterios de priorización (ver Gráficos 8 y 9), las dimensiones citadas con más frecuencia como las más importantes son *Complicaciones* (45%) y *Pronóstico* (30%). Por el contrario, las consideradas mayoritariamente menos importantes son *Situación laboral* (70%) y *Actividades cotidianas* (25%).

También en este caso existe coherencia entre la identificación de los criterios más/menos importantes y la ordenación de las tarjetas. En efecto, si analizamos la situación en las ordenaciones de las tarjetas en las que las dimensiones *Pronóstico* y

Complicaciones toman valor 1, es decir, cuando existe *posibilidad de empeoramiento* y el paciente presenta *complicaciones* en su historial reciente (12102, 10110, 10111 y 11100 y 00112) vemos cómo todas ellas ocupan uno de los 8 primeros lugares del ranking en el 85% de los casos o más. De otro lado, las tarjetas que describen a pacientes con pronóstico favorable (*situación estable*) y *sin complicaciones* (01011, 00002 y 02010) aparecen entre las 8 últimas posiciones del ranking en el 80% o más de los casos.

Gráfico 8. Criterio de prioridad más importante según las respuestas de los cirujanos (n=20).

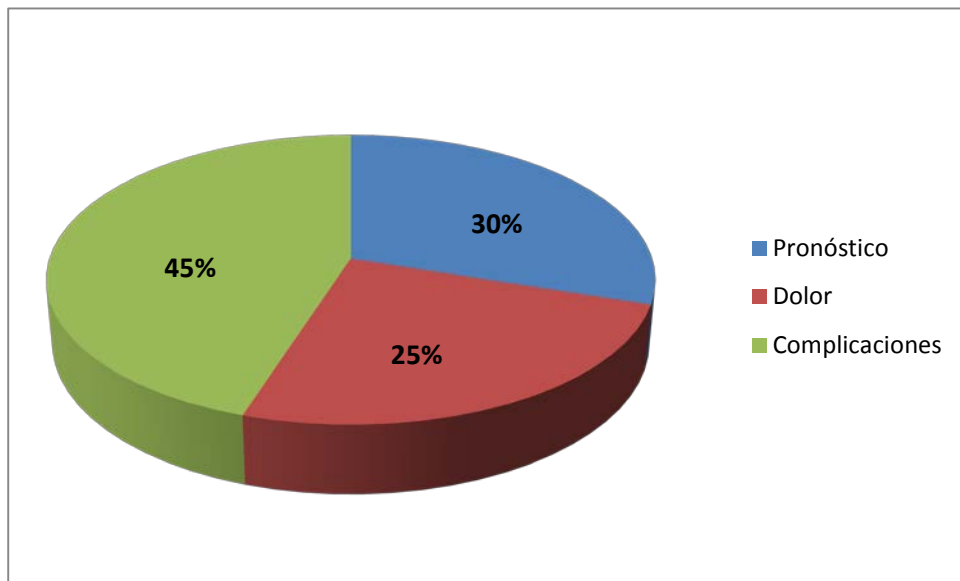
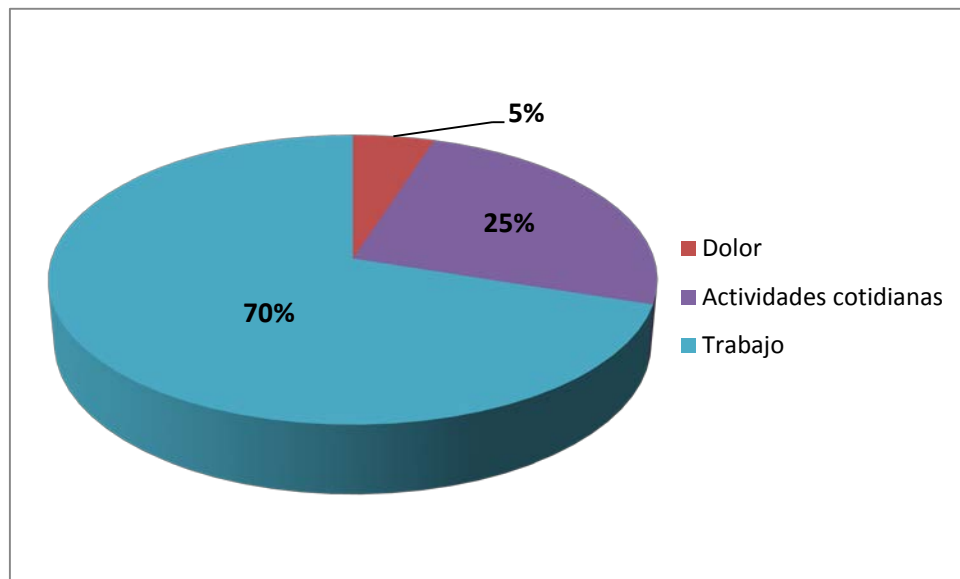


Gráfico 9. Criterio de prioridad menos importante según las respuestas de los cirujanos (n=20).



La tarjeta elegida más veces en primer lugar es, al igual que en la encuesta a población general, la 12102 (75% de los sujetos), seguida por la 10011 (20%). Las tarjetas que aparecen con más frecuencia en los cuatro primeros lugares de la ordenación son la 12102 (90% de los casos), la 11012 (70%), la 10111 (65%), la 10011 (65%) y la 12010 (45%). Todas ellas tienen en común el hecho de que la dimensión *Pronóstico* tiene nivel 1 (*Posibilidad de empeoramiento*). El último lugar es ocupado en un 85% de los casos por la descripción 00000. Las tarjetas que aparecen con más frecuencia en los cinco últimos puestos del ranking son, junto a la 00000 (100% de los encuestados), la 00002 (80%), la 00110 (60%) y la 00112 (45%).

4. SISTEMA DE PUNTOS PARA LA PRIORIZACIÓN DE LA LISTA DE ESPERA DE UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

En primer lugar, presentamos los resultados de estimar el sistema de puntos a partir de las preferencias expresadas por la muestra de población general. En la primera columna se ofrecen los coeficientes estimados a partir del modelo de regresión logística y en la última el resultado de normalizar dichos coeficientes de manera que a la combinación que describe el máximo nivel de prioridad (12112) le corresponda un valor de 100 puntos y a la combinación que revela una prioridad más baja (00000) le correspondan 0 puntos.¹²

Tabla 6. Sistema de puntos estimado a partir de las preferencias de la muestra de población general (modelo Rank Ordered Logistic).

	Coeficientes estimados	Errores estándar	Valor Normalizado
Pronóstico durante la espera			
<i>Posibilidad de empeoramiento</i>	1,318	0,030	21,0
Dolor y otros síntomas			
<i>Bastante dolor / molestias</i>	1,458	0,037	23,2
<i>Mucho dolor / molestias</i>	2,071	0,040	33,0
Complicaciones importantes			
<i>Con complicaciones</i>	1,082	0,030	17,3
Situación laboral			
<i>Limitado para trabajar</i>	0,600	0,029	9,6
Limitación de las actividades cotidianas			
<i>Bastante limitado</i>	0,705	0,033	11,2
<i>Incapacitado</i>	1,200	0,035	19,1

Con el fin de testar la validez predictiva del sistema de puntos, se incluyó en el cuestionario una tarea adicional de ordenación en la que los sujetos debían ordenar tres subconjuntos de tres tarjetas cada uno, no incluidas entre las 16 que han servido para estimar el modelo. En la Tabla 7 se confronta la distribución de las respuestas a dicha tarea en la muestra con la puntuación que a cada una de esas 9 tarjetas le asigna el sistema de puntos estimado.

¹² Como se indicó con anterioridad, el sistema se estimó también con el procedimiento *logit* condicional. Los coeficientes normalizados resultaron ser bastante similares a los que se muestran en la Tabla 6, si bien los criterios *Pronóstico* y *Situación laboral* recibieron una ponderación algo mayor, a costa de la atribuida a los atributos *Dolor* y *Actividades cotidianas*.

Tabla 7. Test de validez predictiva del modelo estimado

Tarjeta	Ordenación			Puntos
	1º	2º	3º	
10010	7,8	27,8	64,3	30,6
02111	61,0	24,3	14,8	71,1
10101	31,2	47,9	20,9	49,5
02012	57,6	30,9	11,6	61,7
10012	26,8	23,5	49,7	49,7
01102	15,6	45,7	38,7	59,6
10100	33,5	32,1	34,4	38,3
02011	43,5	34,2	22,2	53,8
10002	23,0	33,8	43,5	40,1

Como puede constatarse en la tabla, existe una coherencia aceptable entre las ordenaciones que predice el sistema de puntos y las realizadas por los integrantes de la muestra. Así, por ejemplo, en el primer subconjunto de tres tarjetas, la máxima puntuación resultante de aplicar el sistema lineal corresponde a la combinación 02111 (71,1 puntos) que es, también, la elegida en primer lugar por la mayoría (61%) de los encuestados. La puntuación más baja se asigna a la tarjeta 10010 (30,6 puntos), que es situada en último lugar por un 64,3% de los entrevistados.

Algo similar cabe concluir en el caso del segundo subconjunto de tres tarjetas, mientras que en el tercero se observa que cuando las preferencias reveladas en las ordenaciones son menos concluyentes (en el sentido de estar menos polarizadas), el sistema lineal arroja puntuaciones muy próximas entre sí. Por ejemplo, en el tercer subconjunto de tres tarjetas, las combinaciones 10100 y 10002 reciben una puntuación muy similar (38,3 frente a 40,1 puntos), lo que concuerda con el hecho de que la distribución de las respuestas a la tarea de ordenación es menos clara que en los dos casos anteriores: en ambos casos la proporción de individuos que situó en tercer lugar cada una de las tarjetas resultó ser mayoritaria.

El mismo método de estimación se utilizó para derivar un sistema de puntos basado exclusivamente en las respuestas dadas al cuestionario por los profesionales del servicio de cirugía general. En la Tabla 8 se muestra el resultado del modelo, siendo necesario apuntar que el reducido número de observaciones disponibles (20) da lugar

a que los errores estándar sean de un orden de magnitud considerablemente superior a los obtenidos en la estimación del modelo con datos de población general. Como era de esperar a la vista del orden de preferencias de los cirujanos por lo que respecta a los distintos criterios de priorización, el coeficiente asignado a la circunstancia *Posibilidad de empeoramiento* (nivel 1 del atributo *Pronóstico durante la espera*) es sustancialmente mayor que el asignado a dicha condición por el modelo basado en preferencias de la población general. Sin embargo, resulta sorprendente que la preeminencia otorgada por los clínicos al criterio *Complicaciones* (un 45% de los cirujanos lo identificó como el más importante) no se refleje en el coeficiente correspondiente del sistema lineal, que resulta ser prácticamente igual al obtenido con la muestra de población general. Lo mismo, pero a la inversa, cabe decir del atributo *Situación laboral*, postergado al último lugar en el orden de preferencias por un 70% de los clínicos y que, sin embargo, se asocia a un coeficiente en el sistema de puntos de la tabla 8 superior en 2 puntos al atribuido en el modelo de la tabla 6.

Tabla 8. Sistema de puntos estimado a partir de las preferencias de la muestra de cirujanos (modelo Rank Ordered Logistic).

	Coeficientes estimados	Errores estándar	Valor Normalizado
Pronóstico durante la espera			
<i>Posibilidad de empeoramiento</i>	2,212	0,186	36,3
Dolor y otros síntomas			
<i>Bastante dolor / molestias</i>	0,949	0,165	15,6
<i>Mucho dolor / molestias</i>	1,316	0,176	21,6
Complicaciones importantes			
<i>Con complicaciones</i>	0,979	0,139	16,1
Situación laboral			
<i>Limitado para trabajar</i>	0,706	0,141	11,6
Limitación de las actividades cotidianas			
<i>Bastante limitado</i>	0,509	0,158	8,3
<i>Incapacitado</i>	0,879	0,166	14,4

Tal y como hicimos en el caso del modelo basado en datos de población general, hemos realizado un test de validez comparando las puntuaciones que el sistema asigna a una serie de tarjetas descriptivas no utilizadas en la estimación del modelo, con las ordenaciones que de estos mismos estados, tres a tres, hicieron los cirujanos que participaron en las tareas de valoración. En la tabla 9 presentamos el resultado de este ejercicio comparativo.

Las conclusiones son bastante similares a las obtenidas a partir de la Tabla 7. En general, las tarjetas a las que el sistema de puntos asocia una mayor puntuación coinciden con las situadas en primer lugar en las ordenaciones de las ternas de tarjetas por la mayoría de los participantes. Esto ocurre con las combinaciones 10101, 10012 y 10100, respectivamente, que fueron situadas en primer lugar en cada uno de los subconjuntos de tres tarjetas por, al menos, un 50% de los entrevistados. Así mismo, las tarjetas con menor puntuación en cada grupo son las postergadas al último lugar por un porcentaje mayor de los profesionales que cumplimentaron el cuestionario.

Tabla 9. Test de validez predictiva del modelo estimado con las preferencias de los profesionales

Tarjeta	Ordenación			Puntos
	1º	2º	3º	
10010	0,0	40,0	60,0	47,9
02111	45,0	15,0	40,0	57,6
10101	55,0	45,0	0,0	60,7
02012	45,0	45,0	10,0	47,6
10012	50,0	20,0	30,0	62,3
01102	5,0	35,0	60,0	46,1
10100	50,0	25,0	25,0	52,4
02011	40,0	25,0	35,0	41,5
10002	10,0	50,0	40,0	50,7

Como se indicó al final del apartado 3.1, la propuesta definitiva de sistema lineal de puntos para la priorización de los pacientes en lista de espera para un proceso de cirugía general¹³ es el resultado de ponderar al 50% las preferencias reveladas por la población general y por los profesionales a través de sus respuestas a las tareas de ordenación propuestas en el cuestionario de valoración¹⁴. En la tabla 10 se resumen los coeficientes de los modelos “parciales” correspondientes a cada uno de los dos grupos así como los coeficientes ponderados que dan cuerpo a la propuesta.

¹³ Excepción hecha de aquellos cuya supervivencia está amenazada, cuyas intervenciones, en atención a su situación de riesgo vital, deberían ser programadas al margen del sistema de puntos.

¹⁴ Nótese que, habida cuenta de los diferentes tamaños muestrales, esto equivale a asignar a las preferencias individuales de cada cirujano un peso 25 veces superior, aproximadamente, al de las preferencias de un miembro de la población general (500/20).

Como puede verse en la tabla, los criterios *Pronóstico* y *Dolor* absorben casi el 56% de la puntuación total (28,3% y 27,5% respectivamente). Obsérvese que esto ocurría también en los modelos estimados con los datos de cada una de las muestras por separado, si bien el orden de preferencias era justo el inverso en los respectivos modelos. El atributo *Complicaciones* aporta un 16,4% de la puntuación máxima total, algo menos que el criterio *Actividades cotidianas* (17,2%), mientras que la dimensión con una ponderación más baja es la referida a la *Situación laboral* del paciente (10,6 puntos si la condición clínica del paciente lo limita para trabajar).

Tabla 10. Sistema lineal de puntos para la priorización de la lista de espera del servicio de cirugía general (valores normalizados 0-100).

	Población General	Cirujanos	PUNTUACIÓN GLOBAL
Pronóstico durante la espera			
<i>Situación estable</i>	0,0	0,0	0,0
<i>Posibilidad de empeoramiento</i>	21,0	36,3	28,3
Dolor y otros síntomas			
<i>Poco o ningún dolor / molestias</i>	0,0	0,0	0,0
<i>Bastante dolor / molestias</i>	23,2	15,6	19,5
<i>Mucho dolor / molestias</i>	33,0	21,6	27,5
Complicaciones importantes			
<i>Sin complicaciones</i>	0,0	0,0	0,0
<i>Con complicaciones</i>	17,3	16,1	16,4
Situación laboral			
<i>Sin limitaciones para trabajar (o no trabaja)</i>	0,0	0,0	0,0
<i>Limitado para trabajar</i>	9,6	11,6	10,6
Limitación de las actividades cotidianas			
<i>Ninguna o pocas limitaciones</i>	0,0	0,0	0,0
<i>Bastante limitado</i>	11,2	8,3	9,3
<i>Incapacitado</i>	19,1	14,4	17,2

A continuación, en el Apéndice 1, se presenta un modelo de formulario para clasificar a los pacientes que se acompaña en el Apéndice 2 de una breve guía-resumen de los criterios y niveles que conforman el sistema de puntos.

APÉNDICE 1. Sistema de priorización de los pacientes en espera en el servicio de cirugía general. Formulario de clasificación.

Nombre y apellidos del paciente:.....	
Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M
Diagnóstico principal:	
Procedimiento propuesto:	
Nombre del cirujano:	Fecha:

Marcar la casilla que describa con mayor precisión la situación actual del paciente

1. Pronóstico durante la espera.

- Situación estable (0).
- Posibilidad de empeoramiento (28,3).

2. Dolor y otros síntomas.

- Poco o ningún dolor/molestias (0).
- Bastante dolor/molestias (19,5).
- Mucho dolor/molestias (27,5).

3. Complicaciones importantes.

- Sin complicaciones (0).
- Con complicaciones (16,4).

4. Situación laboral.

- Sin limitaciones para trabajar (0).
- Limitado para trabajar (10,6).

5. Limitación de las actividades cotidianas.

- Ninguna o pocas limitaciones (0).
- Bastante limitado (9,3).
- Incapacitado (17,2).

APÉNDICE 2. Guía para la aplicación del sistema de priorización de los pacientes en espera en el servicio de cirugía general.

1. PRONÓSTICO DURANTE LA ESPERA	
Este criterio se refiere a las consecuencias que tendría no operar al paciente sobre su evolución futura, en términos de la posible aparición de complicaciones o el agravamiento de los síntomas. Es decir, este criterio precisa si hacer esperar al paciente supone o no un riesgo de que empeore su situación clínica, sin que ello suponga en ningún caso una amenaza para su supervivencia. Teniendo en cuenta esto, se distingue entre dos tipos de pacientes.	
Situación estable	El paciente puede esperar a ser operado sin que sea previsible que aparezcan complicaciones o se agraven los síntomas en los próximos 6 meses.
Posibilidad de empeoramiento	Existe confirmación o sospecha de que, si el paciente no es operado, pueden aparecer complicaciones o pueden agravarse sus síntomas, aunque sin poner en riesgo la vida del paciente.

2. DOLOR Y OTROS SÍNTOMAS	
Este criterio hace referencia a la intensidad del dolor y otras posibles molestias físicas (nauseas, fatiga, picores) que sufre el paciente que espera ser operado. Se distinguen tres niveles de intensidad en función de que el dolor o las molestias requieran de medicación más o menos frecuente.	
Poco o ningún dolor / molestias	El paciente no sufre dolor ni molestias o bien el dolor y/o las molestias son poco frecuentes y de intensidad leve, no requiriendo medicación.
Bastante dolor / molestias	El paciente experimenta dolores y/o molestias que requieren medicación ocasional (dos o tres veces por semana).
Mucho dolor / molestias	El paciente sufre dolores y/o molestias persistentes que precisan de medicación continuada (varias veces al día).

3. COMPLICACIONES IMPORTANTES	
Esta característica está referida al hecho de que en los últimos 2 o 3 meses hayan aparecido complicaciones importantes del problema de salud del paciente o bien que en ese tiempo se hayan obtenido resultados significativos en exámenes físicos realizados por el médico o en pruebas clínicas (análisis, radiografías). Se incluyen en este criterio complicaciones clínicas como la anemia o la pancreatitis (inflamación del páncreas), y también el historial reciente del paciente (por ejemplo, que haya sufrido ingresos hospitalarios repetidos, que haya sido operado antes sin éxito). Según este criterio se distinguen dos tipos de pacientes.	
Sin complicaciones	No existen complicaciones recientes en el estado del paciente
Con complicaciones	Existen complicaciones recientes en la condición del paciente.

4. SITUACIÓN LABORAL	
Se refiere al grado en que la situación del paciente que espera para ser operado afecta o no a su actividad laboral en el presente y en el futuro más inmediato. Se distinguen en este caso dos posibles situaciones.	
Sin limitaciones para trabajar (o no trabaja).	La condición del paciente no ha supuesto (ni supone) cambio alguno en la situación laboral del paciente.
Limitado para trabajar.	La situación laboral del paciente se ve afectada por su condición de salud: está en situación de baja laboral, ha tenido que abandonar total o parcialmente su actividad como autónomo o bien se enfrenta a un riesgo inminente de pérdida de su empleo.

5. LIMITACIÓN DE LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS	
Esta característica hace referencia al grado en el que la condición del paciente influye en la capacidad de éste para llevar a cabo sus actividades cotidianas básicas, como el cuidado personal, y otras como las tareas domésticas, las relaciones sociales, etc. distintas de la actividad laboral. Según este criterio se contemplan tres posibles situaciones.	
Ninguna o pocas limitaciones en las actividades cotidianas.	El paciente puede realizar todas sus actividades cotidianas dentro y fuera del hogar sin necesidad de ayuda alguna, o bien, aunque tiene alguna limitación para actividades que requieran cierto esfuerzo físico, ello no le impide mantener su rutina diaria sin ayuda.
Bastante limitado en las actividades cotidianas.	El paciente está bastante limitado en sus tareas cotidianas (limpiar, hacer la compra, relaciones sociales), aunque puede ocuparse sin ayuda de su cuidado personal (lavarse, vestirse, comer).
Incapacitado para las actividades cotidianas.	El paciente requiere ayuda para realizar la práctica totalidad de sus actividades cotidianas, incluido su aseo personal.

ANEXO 1. Cuestionario destinado a población general. ENCUESTA SOBRE ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES EN LA ASISTENCIA SANITARIA (Cuadernillo para el ENCUESTADOR)

Esta encuesta forma parte de un estudio que lleva a cabo un equipo de investigadores de la Universidad de Murcia con el apoyo y la colaboración de la Consejería de Sanidad y Consumo. El objetivo es conocer la opinión de la población murciana acerca de cuestiones referidas a la asistencia sanitaria. Sus respuestas serán de gran ayuda para el éxito de este estudio por lo cual le agradecemos su colaboración. Tenga la seguridad de que toda la información que nos proporcione será tratada confidencialmente y de manera anónima.

Como usted bien sabe, aunque el sistema sanitario público cubre el coste que supone proporcionar los servicios sanitarios, no siempre los ciudadanos reciben la atención que necesitan de manera inmediata sino que, por el contrario, es frecuente que los pacientes tengan que esperar un tiempo, mayor o menor, para ser tratado. Este problema de las “listas de espera” es común a muchos servicios de salud y posiblemente usted o algún familiar suyo lo haya sufrido cuando ha necesitado una cita con un especialista o una intervención quirúrgica.

En esta encuesta vamos a referirnos concretamente al caso de las intervenciones quirúrgicas y, más concretamente, a las operaciones de cirugía general. En los servicios de cirugía general se realizan operaciones muy variadas, como por ejemplo, las de hernias, varices, vesícula, etc. Precisamente por la variedad de las operaciones que se realizan en los servicios de cirugía general, los pacientes que están a la espera de ser operados se encuentran en situaciones muy distintas unos de otros. Algunos sufren dolor y otros no; algunos pueden continuar realizando su trabajo y sus actividades diarias con normalidad, mientras que otros están de baja o incluso incapacitados para las tareas cotidianas. En ocasiones la espera puede conducir a un empeoramiento de la situación del paciente, mientras que en otras ocasiones esto no ocurre.

Habitualmente, la decisión acerca de operar antes a un paciente o a otro tiene en cuenta solo aspectos clínicos, esto es, si el paciente puede empeorar si no es operado, si ha habido complicaciones recientes en su estado de salud, etc. Cuando no hay diferencias en el estado clínico de dos pacientes, generalmente se opera antes al que lleva más tiempo esperando. Sin embargo, hay personas que creen que existen otras circunstancias del paciente que deberían tenerse en cuenta.

A continuación le vamos a mostrar algunas características de los pacientes que pueden ser importantes para decidir el orden en el que deben ser operados. Le rogamos que ponga mucha atención en esta parte para poder responder a las preguntas que le plantearemos más adelante y en las que le pediremos que nos diga qué pacientes deberían, en su opinión, ser tratados antes que otros. Tenga en cuenta que las características que le vamos a mostrar se refieren en todo caso a pacientes que no están expuestos a un riesgo mortal. Es decir, damos por hecho que todos los pacientes cuya supervivencia puede verse amenazada en caso de no ser operados, son intervenidos con carácter preferente, al margen de cualquier criterio de priorización.

Nos interesa que usted sea sincero/a al responder. Recuerde que esta encuesta es anónima y que su nombre no se anotará en ningún caso en el cuestionario.

1. PRONÓSTICO DURANTE LA ESPERA

Este criterio se refiere a las consecuencias que tendría no operar al paciente sobre su evolución futura, en términos de la posible aparición de complicaciones o el agravamiento de los síntomas. Es decir, este criterio precisa si hacer esperar al paciente supone o no un riesgo de que empeore su situación clínica, sin que ello suponga en ningún caso una amenaza para su supervivencia. Teniendo en cuenta esto, se distingue entre dos tipos de pacientes:

Situación estable	El paciente puede esperar a ser operado sin que sea previsible que aparezcan complicaciones o se agraven los síntomas en los próximos 6 meses.
Posibilidad de empeoramiento	Existe confirmación o sospecha de que, si el paciente no es operado, pueden aparecer complicaciones o pueden agravarse sus síntomas, aunque sin poner en riesgo la vida del paciente.

2. DOLOR Y OTROS SÍNTOMAS

Este criterio hace referencia a la intensidad del dolor y otras posibles molestias físicas (náuseas, fatiga, picores) que sufre el paciente que espera ser operado. Distinguiremos tres niveles de intensidad en función de que el dolor o las molestias requieran de medicación más o menos frecuente:

Poco o ningún dolor / molestias	El paciente no sufre dolor ni molestias o bien el dolor y/o las molestias son poco frecuentes y de intensidad leve, no requiriendo medicación.
Bastante dolor / molestias	El paciente experimenta dolores y/o molestias que requieren medicación ocasional (dos o tres veces por semana).
Mucho dolor / molestias	El paciente sufre dolores y/o molestias persistentes que precisan de medicación continuada (varias veces al día).

3. COMPLICACIONES IMPORTANTES

Esta característica está referida al hecho de que en los últimos 2 o 3 meses hayan aparecido complicaciones importantes del problema de salud del paciente o bien que en ese tiempo se hayan obtenido resultados significativos en exámenes físicos realizados por el médico o en pruebas clínicas (análisis, radiografías). Se incluyen en este criterio complicaciones clínicas como la anemia o la pancreatitis (inflamación del páncreas), y también el historial reciente del paciente (por ejemplo, que haya sufrido ingresos hospitalarios repetidos, que haya sido operado antes sin éxito). Según este criterio se distinguen dos tipos de pacientes:

Sin complicaciones	No existen complicaciones recientes en el estado del paciente
Con complicaciones	Existen complicaciones recientes en la condición del paciente.

4. SITUACIÓN LABORAL

Se refiere al grado en que la situación del paciente que espera para ser operado afecta o no a su actividad laboral en el presente y en el futuro más inmediato. Distinguimos en este caso dos posibles situaciones:

Sin limitaciones para trabajar (o no trabaja).	La condición del paciente no ha supuesto (ni supone) cambio alguno en la situación laboral del paciente.
Limitado para trabajar.	La situación laboral del paciente se ve afectada por su condición de salud: está en situación de baja laboral, ha tenido que abandonar total o parcialmente su actividad como autónomo o bien se enfrenta a un riesgo inminente de pérdida de su empleo.

5. LIMITACIÓN DE LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS

Esta característica hace referencia al grado en el que la condición del paciente influye en la capacidad de éste para llevar a cabo sus actividades cotidianas básicas, como el cuidado personal, y otras como las tareas domésticas, las relaciones sociales, etc. distintas de la actividad laboral. Según este criterio distinguimos tres posibles situaciones:

Ninguna o pocas limitaciones en las actividades cotidianas.	El paciente puede realizar todas sus actividades cotidianas dentro y fuera del hogar sin necesidad de ayuda alguna, o bien, aunque tiene alguna limitación para actividades que requieran cierto esfuerzo físico, ello no le impide mantener su rutina diaria sin ayuda.
Bastante limitado en las actividades cotidianas.	El paciente está bastante limitado en sus tareas cotidianas (limpiar, hacer la compra, relaciones sociales), aunque puede ocuparse sin ayuda de su cuidado personal (lavarse, vestirse, comer).
Incapacitado para las actividades cotidianas.	El paciente requiere ayuda para realizar la práctica totalidad de sus actividades cotidianas, incluido su aseo personal.

En la **HOJA RESUMEN** se muestran resumidas las características para que pueda consultarlas en cualquier momento que lo necesite.

MOSTRAR HOJA RESUMEN AL ENCUESTADO

Utilizando las características que acabamos de explicarle, es posible definir distintos tipos de pacientes. En la **HOJA 0** le mostraremos la situación de dos pacientes, el paciente 1 y el paciente 2 y le pediremos a usted que nos diga a cuál de los dos cree que se debería operar en primer lugar.

MOSTRAR HOJA 0 CON LOS PACIENTES 1 Y 2, LEYENDO EN VOZ ALTA LAS CARACTERÍSTICAS

EL PACIENTE 2 ES IGUAL QUE EL PACIENTE 1 EXCEPTO POR EL HECHO DE QUE TIENE MÁS LIMITACIONES EN SU VIDA COTIDIANA, POR LO QUE EL ENCUESTADO DEBERÍA ELEGIR AL PACIENTE 2. SI NO LO HACE PUEDE QUE NO HAYA ENTENDIDO BIEN LAS TARJETAS. RECORDAR LOS CRITERIOS Y LOS NIVELES.

P1

En la **HOJA 1** le vamos a presentar un total de 4 tarjetas que describen a otros tantos pacientes que están esperando para ser operados. Lea con atención las características de todos los pacientes; tómese su tiempo e indíquenos qué paciente debería, en su opinión, ser operado en primer lugar. Tenga en cuenta que las letras (A, B, C, D) que identifican las tarjetas únicamente tienen como finalidad facilitar el registro de sus respuestas, pero no indican ningún orden lógico de prioridad entre pacientes.

MOSTRAR LA **HOJA 1** CON LOS PACIENTES A, B, C Y D. ANOTAR EL PACIENTE ELEGIDO EN LA CASILLA **P1** DE LA **HOJA DE RESPUESTAS** Y PREGUNTAR LA RAZÓN DE LA ELECCIÓN –SOLO PARA ESTAR SEGUROS DE QUE EL ENCUESTADO HA PENSADO SU RESPUESTA–

P2

A continuación, en la **HOJA 2**, le vamos a presentar otras 4 tarjetas que describen a otros tantos pacientes que están esperando para ser operados. Lea con atención las características de todos los pacientes; tómese su tiempo e indíquenos qué paciente debería, en su opinión, ser operado en primer lugar.

MOSTRAR LA **HOJA 2** CON LOS PACIENTES E, F, G Y H. ANOTAR EL PACIENTE ELEGIDO EN LA CASILLA **P2** DE LA **HOJA DE RESPUESTAS** Y PREGUNTAR LA RAZÓN DE LA ELECCIÓN –SOLO PARA ESTAR SEGUROS DE QUE EL ENCUESTADO HA PENSADO SU RESPUESTA–

P3

En la **HOJA 3** le mostramos otras 4 tarjetas que describen a otros tantos pacientes que están esperando para ser operados. Lea con atención las características de todos los pacientes; tómese su tiempo e indíquenos qué paciente debería, en su opinión, ser operado en primer lugar.

MOSTRAR LA **HOJA 3** CON LOS PACIENTES I, J, K Y L. ANOTAR EL PACIENTE ELEGIDO EN LA CASILLA **P3** DE LA **HOJA DE RESPUESTAS** Y PREGUNTAR LA RAZÓN DE LA ELECCIÓN –SOLO PARA ESTAR SEGUROS DE QUE EL ENCUESTADO HA PENSADO SU RESPUESTA–

P4

En la **HOJA 4** le vamos a presentar un último grupo de 4 tarjetas que describen a otros tantos pacientes que están esperando para ser operados. Lea con atención las características de todos los pacientes; tómese su tiempo e indíquenos qué paciente debería, en su opinión, ser operado en primer lugar.

MOSTRAR LA **HOJA 4** CON LOS PACIENTES M, N, O Y P. ANOTAR EL PACIENTE ELEGIDO EN LA CASILLA **P4** DE LA **HOJA DE RESPUESTAS** Y PREGUNTAR LA RAZÓN DE LA ELECCIÓN –SOLO PARA ESTAR SEGUROS DE QUE EL ENCUESTADO HA PENSADO SU RESPUESTA–

P5 a P20.

A continuación le vamos a entregar **16 tarjetas** que describen a todos los pacientes cuya descripción ha visto antes en grupos de cuatro. Le pedimos que lea con atención las características de todos estos pacientes, que se tome el tiempo que sea necesario y, cuando esté seguro/a, nos indique qué paciente debería, en su opinión, ser operado en primer lugar.

PONER SOBRE LA MESA LAS 16 TARJETAS Y DEJAR QUE EL ENCUESTADO INTERACTÚE CON ELLAS HASTA QUE HAYA TOMADO SU DECISIÓN. PUEDE, SI ASÍ LO DESEA, HACER GRUPOS CON LAS TARJETAS PARA QUE LA ELECCIÓN LE RESULTE MÁS SENCILLA. UNA VEZ HAYA ELEGIDO EL PACIENTE QUE DEBERÍA OCUPAR EL PRIMER LUGAR DE LA LISTA, ANOTAR LA LETRA DE LA TARJETA EN LA CASILLA **P5** DE LA **HOJA DE RESPUESTAS** Y RETIRAR ESTA TARJETA DE LA MESA

SI EL ENCUESTADO SOLICITA INFORMACIÓN ADICIONAL DURANTE EL PROCESO ANOTAR EL TIPO DE INFORMACIÓN REQUERIDA EN LA **HOJA DE RESPUESTAS**

Y de los 15 pacientes que quedan ahora, ¿cuál debería ser operado a continuación?

ANOTAR LA TARJETA EN LA CASILLA **P6** DE LA **HOJA DE RESPUESTAS** Y RETIRAR ESTA TARJETA

¿Y cuál debería ser intervenido en primer lugar de los 14 que quedan ahora?

ANOTAR LA TARJETA EN LA CASILLA **P7** DE LA **HOJA DE RESPUESTAS** Y RETIRAR ESTA TARJETA

REPETIR ESTE PROCESO HASTA QUE ÚNICAMENTE QUEDEN DOS TARJETAS SOBRE LA MESA

Ya solo quedan dos pacientes por intervenir. ¿Cuál de los dos debería ser el primero, según su criterio?

ANOTAR LA TARJETA ELEGIDA EN LA CASILLA **P19** Y LA QUE QUEDE SOBRE LA MESA EN LA CASILLA **P20** DE LA **HOJA DE RESPUESTAS**.

P21 a P23.

La siguiente tarea es parecida a las anteriores, aunque ahora se enfrentará a nuevas tarjetas, esto es, casos distintos de los descritos en las 16 tarjetas anteriores. Lea con atención las características de los tres pacientes que se describen en las tarjetas de la **HOJA 5** y díganos: ¿En qué orden cree usted que deberían ser operados?

MOSTRAR LA **HOJA 5** CON LOS PACIENTES R, S, T. ANOTAR EL ORDEN EN EL QUE SON ELEGIDOS EN LAS CASILLAS **P21, P22 y P23** DE LA **HOJA DE RESPUESTAS**.

P24 a P26.

Y entre los tres pacientes que se describen en la **HOJA 6** ¿Cuál debería ser el orden de intervención?

MOSTRAR LA **HOJA 6** CON LOS PACIENTES U, V, W. ANOTAR EL ORDEN EN EL QUE SON ELEGIDOS EN LAS CASILLAS **P24, P25 y P26** DE LA **HOJA DE RESPUESTAS**.

P27 a P29.

Y entre los tres pacientes que se describen en la **HOJA 7** ¿Cuál debería ser el orden de intervención?

MOSTRAR LA **HOJA 7** CON LOS PACIENTES X, Y, Z. ANOTAR EL ORDEN EN EL QUE SON ELEGIDOS EN LAS CASILLAS **P27, P28 y P29** DE LA **HOJA DE RESPUESTAS**.

P30 a P34.

Estamos terminando ya con la encuesta. Hasta ahora usted ha ido eligiendo a los pacientes teniendo en cuenta todas las características que describían su situación. Sin embargo, es posible que usted considere que hay algunas características más importantes que otras. Le pedimos que nos diga cuál de las cinco características es para usted la más importante (y, por tanto, la que más ha influido en sus respuestas); después díganos cuál es la segunda más importante y así sucesivamente, hasta ordenar las cinco características según la importancia que, según usted, tienen a la hora de decidir qué pacientes tienen que ser operados antes y cuáles pueden esperar.

ENSEÑAR LA **HOJA DE CARACTERÍSTICAS** Y ANOTAR LA QUE EL ENCUESTADO CONSIDERA MÁS IMPORTANTE EN LA CASILLA **P30** DE LA **HOJA DE RESPUESTAS**, LA SEGUNDA MÁS IMPORTANTE EN LA **P34** Y ASÍ HASTA COMPLETAR LA INFORMACIÓN.

P35.

¿Considera usted que hay alguna otra característica que es importante para decidir a quién operar antes y que no hemos tenido en cuenta en este cuestionario?

ANOTAR LA RESPUESTA EN **P35**.

S1 a S11.

Solo nos queda pedirle que nos proporcione una serie de datos personales que serán de gran utilidad para analizar los resultados de esta encuesta. Recuerde que **todas sus respuestas son estrictamente confidenciales y que usted no puede ser en ningún caso identificado**. No obstante, puede usted negarse a contestar a cualquiera de las preguntas que siguen si es lo que usted desea.

ANOTAR LAS RESPUESTAS EN LA **HOJA DE RESPUESTAS – S1 a S11**.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

ESTUDIO SOBRE CRITERIOS PARA PRIORIZAR PACIENTES EN LISTA DE ESPERA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL. HOJA DE RESPUESTAS

Encuestador	Zona	Encuesta nº
Fecha	Hora de inicio de la encuesta	

- P1** ¿A qué paciente cree que habría que operar primero? A B C D
- P2** ¿A qué paciente cree que habría que operar primero? E F G H
- P3** ¿A qué paciente cree que habría que operar primero? I J K L
- P4** ¿A qué paciente cree que habría que operar primero? M N O P

P5 a P20 Orden en el que se va seleccionando a los 16 pacientes desde el que se elige en primer lugar (el que se considera que debería ser operado antes) hasta el que se elige en último lugar (el que se considera menos prioritario).

	Paciente seleccionado (rodear la LETRA correspondiente a la tarjeta elegida)	
Paciente elegido en primer lugar	P5	A B C D E F G H I J K L M N O P
Paciente elegido en segundo lugar	P6	A B C D E F G H I J K L M N O P
Paciente elegido en tercer lugar	P7	A B C D E F G H I J K L M N O P
Paciente elegido en cuarto lugar	P8	A B C D E F G H I J K L M N O P
Paciente elegido en quinto lugar	P9	A B C D E F G H I J K L M N O P
Paciente elegido en sexto lugar	P10	A B C D E F G H I J K L M N O P
Paciente elegido en séptimo lugar	P11	A B C D E F G H I J K L M N O P
Paciente elegido en octavo lugar	P12	A B C D E F G H I J K L M N O P
Paciente elegido en noveno lugar	P13	A B C D E F G H I J K L M N O P
Paciente elegido en décimo lugar	P14	A B C D E F G H I J K L M N O P
Paciente elegido en decimoprimer lugar	P15	A B C D E F G H I J K L M N O P
Paciente elegido en decimosegundo lugar	P16	A B C D E F G H I J K L M N O P
Paciente elegido en decimotercer lugar	P17	A B C D E F G H I J K L M N O P
Paciente elegido en decimocuarto lugar	P18	A B C D E F G H I J K L M N O P
Paciente elegido en decimoquinto lugar	P19	A B C D E F G H I J K L M N O P
Paciente elegido en decimosexto lugar	P20	A B C D E F G H I J K L M N O P

INFORMACIÓN SOLICITADA (Si el encuestado solicita información adicional cuando ordena las tarjetas, especificar qué información demanda).

.....
.....

P21 a P23 Orden en el que se debería operar a los 3 pacientes (empezando por el que se considera más prioritario y terminando por el menos prioritario).

	Paciente (rodear la LETRA que corresponda a la tarjeta elegida)		
Paciente situado en primer lugar	P21	R	S T
Paciente situado en segundo lugar	P22	R	S T
Paciente situado en tercer lugar	P23	R	S T

P24 a P26 Orden en el que se debería operar a los 3 pacientes (empezando por el que se considera más prioritario y terminando por el menos prioritario).

	Paciente (rodear la LETRA que corresponda a la tarjeta elegida)		
Paciente situado en primer lugar	P24	U	V W
Paciente situado en segundo lugar	P25	U	V W
Paciente situado en tercer lugar	P26	U	V W

P27 a P29 Orden en el que se debería operar a los 3 pacientes (empezando por el que se considera más prioritario y terminando por el menos prioritario).

	Paciente (rodear la LETRA que corresponda a la tarjeta elegida)		
Paciente situado en primer lugar	P27	X	Y Z
Paciente situado en segundo lugar	P28	X	Y Z
Paciente situado en tercer lugar	P29	X	Y Z

P30 a P34 Orden en el que se clasifican las características (**PR**: Pronóstico durante la espera; **DO**: Dolor/otros síntomas; **CO**: Complicaciones; **SL**: Situación Laboral; **AC**: Limitación en Actividades Cotidianas).

	Paciente (rodear las LETRAS que correspondan a la característica)					
Característica elegida en primer lugar	P30	PR	DO	CO	SL	AC
Característica elegida en segundo lugar	P31	PR	DO	CO	SL	AC
Característica elegida en tercer lugar	P32	PR	DO	CO	SL	AC
Característica elegida en cuarto lugar	P33	PR	DO	CO	SL	AC
Característica elegida en quinto lugar	P34	PR	DO	CO	SL	AC

P35 ¿Hay alguna característica que no hayamos considerado y que usted cree que es importante? **SÍ** **NO**

ESPECIFICAR cuál o cuáles

.....

S1 a S13. Preguntas socio-demográficas

S1. Sexo

Hombre	Mujer
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

S2. Edad años

S3. Lugar de residencia

S4. Estado Civil

Soltero	Casado (o pareja de hecho)	Separado/ Divorciado	Viudo
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

S5. Nivel de estudios terminados

Sin estudios	Primarios (EGB o similar)	Secundarios (BUP, FP, COU)	Superiores (Diplomado, Licenciado)
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

S6. Situación Laboral

Empleado o Autónomo	Parado	Ama de Casa	Estudiante	Jubilado
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

S7. Ingresos mensuales del hogar

Menos de 900 €	De 901 a 1.500 €	De 1.501 a 2.000 €	De 2.001 a 3.000 €	Más de 3.000 €
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

S8. Número de hijos sin ingresos que conviven con Ud.

S9. Número de personas, incluido Ud. mismo, que conviven en su hogar

S10. ¿Ha estado usted o alguna persona próxima a usted, en alguna ocasión en una situación como las descritas en este cuestionario, es decir, en una lista de espera para ser operado en el sistema sanitario público?

Sí	No
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

S11. En una escala de 1 (muy fácil) a 10 (muy difícil), ¿podría decirnos cómo de fácil o difícil le ha parecido responder a este cuestionario?

Muy fácil									Muy difícil
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈	<input type="checkbox"/> ₉	<input type="checkbox"/> ₁₀

S12. ¿Estaría usted dispuesto/a a ser entrevistado de nuevo dentro de unas semanas?

Sí	No
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

S13. Teléfono de contacto (nombre)

Hora de finalización

Incidencias/observaciones:

.....

.....

.....

.....

.....

HOJA RESUMEN

PRONÓSTICO DURANTE LA ESPERA

Situación estable	El paciente puede esperar a ser operado sin que sea previsible que aparezcan complicaciones o se agraven los síntomas en los próximos 6 meses.
Posibilidad de empeoramiento	Existe confirmación o sospecha de que, si el paciente no es operado, pueden aparecer complicaciones o pueden agravarse sus síntomas, aunque sin poner en riesgo la vida del paciente.

DOLOR Y OTROS SÍNTOMAS

Poco o ningún dolor / molestias	El paciente no sufre dolor ni molestias o bien el dolor y/o las molestias son poco frecuentes y de intensidad leve, no requiriendo medicación.
Bastante dolor / molestias	El paciente experimenta dolores y/o molestias que requieren medicación ocasional (dos o tres veces por semana).
Mucho dolor / molestias	El paciente sufre dolores y/o molestias persistentes que precisan de medicación continuada (varias veces al día).

COMPLICACIONES IMPORTANTES

Sin complicaciones	No existen complicaciones recientes en el estado del paciente
Con complicaciones	Existen complicaciones recientes en la condición del paciente.

SITUACIÓN LABORAL

Sin limitaciones para trabajar (o no trabaja).	La condición del paciente no ha supuesto (ni supone) cambio alguno en la situación laboral del paciente.
Limitado para trabajar.	La situación laboral del paciente se ve afectada por su condición de salud: está en situación de baja laboral, ha tenido que abandonar total o parcialmente su actividad como autónomo o bien se enfrenta a un riesgo inminente de pérdida de su empleo.

LIMITACIÓN DE LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS

Ninguna o pocas limitaciones en las actividades cotidianas.	El paciente puede realizar todas sus actividades cotidianas dentro y fuera del hogar sin necesidad de ayuda alguna, o bien, aunque tiene alguna limitación para actividades que requieran cierto esfuerzo físico, ello no le impide mantener su rutina diaria sin ayuda.
Bastante limitado en las actividades cotidianas.	El paciente está bastante limitado en sus tareas cotidianas (limpiar, hacer la compra, relaciones sociales), aunque puede ocuparse sin ayuda de su cuidado personal (lavarse, vestirse, comer).
Incapacitado para las actividades cotidianas.	El paciente requiere ayuda para realizar la práctica totalidad de sus actividades cotidianas, incluido su aseo personal.

HOJA 0

PACIENTE 1

Posibilidad de empeoramiento
Poco o ningún dolor/molestias
Con complicaciones
Limitado para trabajar
Sin limitaciones en las actividades cotidianas

PACIENTE 2

Posibilidad de empeoramiento
Poco o ningún dolor/molestias
Con complicaciones
Limitado para trabajar
Bastante limitado en las actividades cotidianas

HOJA 1 (P1)

PACIENTE A

Situación estable
Poco o ningún dolor / molestias
Sin complicaciones
Sin limitaciones para trabajar (o no trabaja)
Sin limitaciones en las actividades cotidianas

PACIENTE B

Situación estable
Bastante dolor / molestias
Sin complicaciones
Limitado para trabajar
Bastante limitado en las actividades cotidianas

PACIENTE C

Posibilidad de empeoramiento
Mucho dolor / molestias
Con complicaciones
Sin limitaciones para trabajar (o no trabaja)
Incapacitado para las actividades cotidianas

PACIENTE D

Posibilidad de empeoramiento
Poco o ningún dolor / molestias
Con complicaciones
Limitado para trabajar
Sin limitaciones en las actividades cotidianas

HOJA 2 (P2)

PACIENTE E

Situación estable
Poco o ningún dolor / molestias
Con complicaciones
Limitado para trabajar
Sin limitaciones en las actividades cotidianas

PACIENTE F

Posibilidad de empeoramiento
Poco o ningún dolor / molestias
Sin complicaciones
Sin limitaciones para trabajar (o no trabaja)
Sin limitaciones en las actividades cotidianas

PACIENTE G

Posibilidad de empeoramiento
Bastante dolor / molestias
Sin complicaciones
Limitado para trabajar
Incapacitado en las actividades cotidianas

PACIENTE H

Situación estable
Mucho dolor / molestias
Con complicaciones
Sin limitaciones para trabajar (o no trabaja)
Bastante limitado en las actividades cotidianas

HOJA 3 (P3)

PACIENTE I

Situación estable
Poco o ningún dolor / molestias
Sin complicaciones
Sin limitaciones para trabajar (o no trabaja)
Incapacitado en las actividades cotidianas

PACIENTE J

Posibilidad de empeoramiento
Mucho dolor / molestias
Sin complicaciones
Limitado para trabajar
Sin limitaciones en las actividades cotidianas

PACIENTE K

Situación estable
Bastante dolor / molestias
Con complicaciones
Sin limitaciones para trabajar (o no trabaja)
Sin limitaciones en las actividades cotidianas

PACIENTE L

Posibilidad de empeoramiento
Poco o ningún dolor / molestias
Con complicaciones
Limitado para trabajar
Bastante limitado en las actividades cotidianas

HOJA 4 (P4)

PACIENTE M

Posibilidad de empeoramiento
Bastante dolor / molestias
Con complicaciones
Sin limitaciones para trabajar (o no trabaja)
Sin limitaciones en las actividades cotidianas

PACIENTE N

Posibilidad de empeoramiento
Poco o ningún dolor / molestias
Sin complicaciones
Sin limitaciones para trabajar (o no trabaja)
Bastante limitado en las actividades cotidianas

PACIENTE O

Situación estable
Mucho dolor / molestias
Sin complicaciones
Limitado para trabajar
Sin limitaciones en las actividades cotidianas

PACIENTE P

Situación estable
Poco o ningún dolor / molestias
Con complicaciones
Limitado para trabajar
Incapacitado para las actividades cotidianas

HOJA 5 (P21 a P23)

PACIENTE R

Posibilidad de empeoramiento
Poco o ningún dolor / molestias
Sin complicaciones
Limitado para trabajar
Sin limitaciones en las actividades cotidianas

PACIENTE S

Situación estable
Mucho dolor / molestias
Con complicaciones
Limitado para trabajar
Bastante limitado en las actividades cotidianas

PACIENTE T

Posibilidad de empeoramiento
Poco o ningún dolor / molestias
Con complicaciones
Sin limitaciones para trabajar (o no trabaja)
Bastante limitado en las actividades cotidianas

HOJA 6 (P24 a P26)

PACIENTE U

Situación estable
Mucho dolor / molestias
Con complicaciones
Limitado para trabajar
Incapacitado para las actividades cotidianas

PACIENTE V

Posibilidad de empeoramiento
Poco o ningún dolor / molestias
Sin complicaciones
Limitado para trabajar
Incapacitado para las actividades cotidianas

PACIENTE W

Situación estable
Bastante dolor / molestias
Con complicaciones
Sin limitaciones para trabajar (o no trabaja)
Incapacitado para las actividades cotidianas

HOJA 7 (P27 a P29)

PACIENTE X

Posibilidad de empeoramiento
Poco o ningún dolor / molestias
Con complicaciones
Sin limitaciones para trabajar (o no trabaja)
Sin limitaciones en las actividades cotidianas

PACIENTE Y

Situación estable
Mucho dolor / molestias
Sin complicaciones
Limitado para trabajar
Bastante limitado en las actividades cotidianas

PACIENTE Z

Posibilidad de empeoramiento
Poco o ningún dolor / molestias
Sin complicaciones
Sin limitaciones para trabajar (o no trabaja)
Incapacitado para las actividades cotidianas

HOJA DE CARACTERÍSTICAS

PRONÓSTICO DURANTE LA ESPERA (PR)

Este criterio se refiere a las consecuencias que tendría no operar al paciente sobre su evolución futura, en términos de la posible aparición de complicaciones o el agravamiento de los síntomas. Es decir, este criterio precisa si hacer esperar al paciente supone o no un riesgo de que empeore su situación clínica, sin que ello suponga en ningún caso una amenaza para su supervivencia.

DOLOR Y OTROS SÍNTOMAS (DO)

Este criterio hace referencia a la intensidad del dolor y otras posibles molestias físicas (náuseas, fatiga, picores) que sufre el paciente que espera ser operado.

COMPLICACIONES IMPORTANTES (CO)

Esta característica está referida al hecho de que en los últimos 2 o 3 meses hayan aparecido complicaciones importantes del problema de salud del paciente o bien que en ese tiempo se hayan obtenido resultados significativos en exámenes físicos realizados por el médico o en pruebas clínicas (análisis, radiografías). Se incluyen en este criterio complicaciones clínicas como la anemia o la pancreatitis (inflamación del páncreas), y también el historial reciente del paciente (por ejemplo, que haya sufrido ingresos hospitalarios repetidos, que haya sido operado antes sin éxito).

SITUACIÓN LABORAL (SL)

Se refiere al grado en que la situación del paciente que espera para ser operado afecta o no a su actividad laboral en el presente y en el futuro más inmediato.

LIMITACIÓN DE LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS (AC)

Esta característica hace referencia al grado en el que la condición del paciente influye en la capacidad de éste para llevar a cabo sus actividades cotidianas básicas, como el cuidado personal, y otras como las tareas domésticas, las relaciones sociales, etc. distintas de la actividad laboral.

ANEXO 2. Cuestionario auto-administrado (cirujanos) ENCUESTA SOBRE ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES EN LA ASISTENCIA SANITARIA

Esta encuesta forma parte de un estudio que lleva a cabo un equipo de investigadores de la Universidad de Murcia con el apoyo y la colaboración de la Consejería de Sanidad y Consumo y del Servicio de Cirugía General del Hospital Morales Meseguer. El objetivo es conocer la opinión de la población murciana acerca de cuestiones referidas a la asistencia sanitaria. Sus respuestas serán de gran ayuda para el éxito de este estudio por lo cual le agradecemos su colaboración. Tenga la seguridad de que toda la información que nos proporcione será tratada confidencialmente y de manera anónima.

Como usted bien sabe, aunque el sistema sanitario público cubre el coste que supone proporcionar los servicios sanitarios, no siempre los ciudadanos reciben la atención que necesitan de manera inmediata sino que, por el contrario, es frecuente que los pacientes tengan que esperar un tiempo, mayor o menor, para ser tratado. Este problema de las “listas de espera” es común a muchos servicios de salud y posiblemente usted o algún familiar suyo lo haya sufrido cuando ha necesitado una cita con un especialista o una intervención quirúrgica.

En esta encuesta vamos a referirnos concretamente al caso de las intervenciones quirúrgicas y, más concretamente, a las operaciones de cirugía general. En los servicios de cirugía general se realizan operaciones muy variadas, como por ejemplo, las de hernias, varices, vesícula, etc. Precisamente por la variedad de las operaciones que se realizan en los servicios de cirugía general, los pacientes que están a la espera de ser operados se encuentran en situaciones muy distintas unos de otros. Algunos sufren dolor y otros no; algunos pueden continuar realizando su trabajo y sus actividades diarias con normalidad, mientras que otros están de baja o incluso incapacitados para las tareas cotidianas. En ocasiones la espera puede conducir a un empeoramiento de la situación del paciente, mientras que en otras ocasiones esto no ocurre.

Habitualmente, la decisión acerca de operar antes a un paciente o a otro tiene en cuenta solo aspectos clínicos, esto es, si el paciente puede empeorar si no es operado, si ha habido complicaciones recientes en su estado de salud, etc. Cuando no hay diferencias en el estado clínico de dos pacientes, generalmente se opera antes al que lleva más tiempo esperando. Sin embargo, hay personas que creen que existen otras circunstancias del paciente que deberían tenerse en cuenta.

A continuación le vamos a mostrar algunas características de los pacientes que pueden ser importantes para decidir el orden en el que deben ser operados. Le rogamos que ponga mucha atención en esta parte para poder responder a las preguntas que le plantearemos más adelante y en las que le pediremos que nos diga qué pacientes deberían, en su opinión, ser tratados antes que otros. Tenga en cuenta que las características que le vamos a mostrar se refieren en todo caso a pacientes que no están expuestos a un riesgo mortal. Es decir, damos por hecho que todos los pacientes cuya supervivencia puede verse amenazada en caso de no ser operados, son intervenidos con carácter preferente, al margen de cualquier criterio de priorización.

Nos interesa que usted sea sincero/a al responder. Recuerde que esta encuesta es anónima y que su nombre no se anotará en ningún caso en el cuestionario.

1. PRONÓSTICO DURANTE LA ESPERA

Este criterio se refiere a las consecuencias que tendría no operar al paciente sobre su evolución futura, en términos de la posible aparición de complicaciones o el agravamiento de los síntomas. Es decir, este criterio precisa si hacer esperar al paciente supone o no un riesgo de que empeore su situación clínica, sin que ello suponga en ningún caso una amenaza para su supervivencia. Teniendo en cuenta esto, se distingue entre dos tipos de pacientes:

Situación estable	El paciente puede esperar a ser operado sin que sea previsible que aparezcan complicaciones o se agraven los síntomas en los próximos 6 meses.
Posibilidad de empeoramiento	Existe confirmación o sospecha de que, si el paciente no es operado, pueden aparecer complicaciones o pueden agravarse sus síntomas, aunque sin poner en riesgo la vida del paciente.

2. DOLOR Y OTROS SÍNTOMAS

Este criterio hace referencia a la intensidad del dolor y otras posibles molestias físicas (náuseas, fatiga, picores) que sufre el paciente que espera ser operado. Distinguiremos tres niveles de intensidad en función de que el dolor o las molestias requieran de medicación más o menos frecuente:

Poco o ningún dolor / molestias	El paciente no sufre dolor ni molestias o bien el dolor y/o las molestias son poco frecuentes y de intensidad leve, no requiriendo medicación.
Bastante dolor / molestias	El paciente experimenta dolores y/o molestias que requieren medicación ocasional (dos o tres veces por semana).
Mucho dolor / molestias	El paciente sufre dolores y/o molestias persistentes que precisan de medicación continuada (varias veces al día).

3. COMPLICACIONES IMPORTANTES

Esta característica está referida al hecho de que en los últimos 2 o 3 meses hayan aparecido complicaciones importantes del problema de salud del paciente o bien que en ese tiempo se hayan obtenido resultados significativos en exámenes físicos realizados por el médico o en pruebas clínicas (análisis, radiografías). Se incluyen en este criterio complicaciones clínicas como la anemia o la pancreatitis (inflamación del páncreas), y también el historial reciente del paciente (por ejemplo, que haya sufrido ingresos hospitalarios repetidos, que haya sido operado antes sin éxito). Según este criterio se distinguen dos tipos de pacientes:

Sin complicaciones	No existen complicaciones recientes en el estado del paciente
Con complicaciones	Existen complicaciones recientes en la condición del paciente.

4. SITUACIÓN LABORAL

Se refiere al grado en que la situación del paciente que espera para ser operado afecta o no a su actividad laboral en el presente y en el futuro más inmediato. Distinguimos en este caso dos posibles situaciones:

Sin limitaciones para trabajar (o no trabaja).	La condición del paciente no ha supuesto (ni supone) cambio alguno en la situación laboral del paciente.
Limitado para trabajar.	La situación laboral del paciente se ve afectada por su condición de salud: está en situación de baja laboral, ha tenido que abandonar total o parcialmente su actividad como autónomo o bien se enfrenta a un riesgo inminente de pérdida de su empleo.

5. LIMITACIÓN DE LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS

Esta característica hace referencia al grado en el que la condición del paciente influye en la capacidad de éste para llevar a cabo sus actividades cotidianas básicas, como el cuidado personal, y otras como las tareas domésticas, las relaciones sociales, etc. distintas de la actividad laboral. Según este criterio distinguimos tres posibles situaciones:

Ninguna o pocas limitaciones en las actividades cotidianas.	El paciente puede realizar todas sus actividades cotidianas dentro y fuera del hogar sin necesidad de ayuda alguna, o bien, aunque tiene alguna limitación para actividades que requieran cierto esfuerzo físico, ello no le impide mantener su rutina diaria sin ayuda.
Bastante limitado en las actividades cotidianas.	El paciente está bastante limitado en sus tareas cotidianas (limpiar, hacer la compra, relaciones sociales), aunque puede ocuparse sin ayuda de su cuidado personal (lavarse, vestirse, comer).
Incapacitado para las actividades cotidianas.	El paciente requiere ayuda para realizar la práctica totalidad de sus actividades cotidianas, incluido su aseo personal.

Le recomendamos que, ante cualquier duda que le surja al responder a las preguntas del cuestionario, consulte estas hojas.

Utilizando las características que acabamos de explicarle, es posible definir distintos tipos de pacientes. A continuación le mostraremos la situación de dos pacientes, el paciente 1 y el paciente 2 y le pediremos a usted que nos diga a cuál de los dos cree que se debería operar en primer lugar.

PACIENTE 1	PACIENTE 2
Posibilidad de empeoramiento Poco o ningún dolor/molestias Con complicaciones Limitado para trabajar Sin limitaciones en las actividades cotidianas	Posibilidad de empeoramiento Poco o ningún dolor/molestias Con complicaciones Limitado para trabajar Bastante limitado en las actividades cotidianas

En mi opinión, se debería operar en primer lugar al paciente.....

P1

A continuación le vamos a presentar un total de 4 tarjetas que describen a otros tantos pacientes que están esperando para ser operados. Lea con atención las características de todos los pacientes; tómese su tiempo e indíquenos qué paciente debería, en su opinión, ser operado en primer lugar. Tenga en cuenta que las letras (A, B, C, D) que identifican las tarjetas únicamente tienen como finalidad facilitar el registro de sus respuestas, pero no indican ningún orden lógico de prioridad entre pacientes.

PACIENTE A	PACIENTE B
Situación estable Poco o ningún dolor / molestias Sin complicaciones Sin limitaciones para trabajar (o no trabaja) Sin limitaciones en las actividades cotidianas	Situación estable Bastante dolor / molestias Sin complicaciones Limitado para trabajar Bastante limitado en las actividades cotidianas
PACIENTE C	PACIENTE D
Posibilidad de empeoramiento Mucho dolor / molestias Con complicaciones Sin limitaciones para trabajar (o no trabaja) Incapacitado para las actividades cotidianas	Posibilidad de empeoramiento Poco o ningún dolor / molestias Con complicaciones Limitado para trabajar Sin limitaciones en las actividades cotidianas

Debería ser intervenido en primer lugar el paciente.... A B C D

P2

A continuación le mostramos otras 4 tarjetas que describen a otros tantos pacientes que están esperando para ser operados. Tómese de nuevo su tiempo e indíquenos qué paciente debería, en su opinión, ser operado en primer lugar.

PACIENTE E	PACIENTE F
Situación estable Poco o ningún dolor / molestias Con complicaciones Limitado para trabajar Sin limitaciones en las actividades cotidianas	Posibilidad de empeoramiento Poco o ningún dolor / molestias Sin complicaciones Sin limitaciones para trabajar (o no trabaja) Sin limitaciones en las actividades cotidianas
PACIENTE G	PACIENTE H
Posibilidad de empeoramiento Bastante dolor / molestias Sin complicaciones Limitado para trabajar Incapacitado en las actividades cotidianas	Situación estable Mucho dolor / molestias Con complicaciones Sin limitaciones para trabajar (o no trabaja) Bastante limitado en las actividades cotidianas

Debería ser intervenido en primer lugar el paciente.... E F G H

P3

A la vista de estas otras 4 tarjetas que describen a otros tantos pacientes a la espera de ser operados ¿qué paciente debería, en su opinión, ser intervenido en primer lugar?

PACIENTE I	PACIENTE J
Situación estable Poco o ningún dolor / molestias Sin complicaciones Sin limitaciones para trabajar (o no trabaja) Incapacitado en las actividades cotidianas	Posibilidad de empeoramiento Mucho dolor / molestias Sin complicaciones Limitado para trabajar Sin limitaciones en las actividades cotidianas
PACIENTE K	PACIENTE L
Situación estable Bastante dolor / molestias Con complicaciones Sin limitaciones para trabajar (o no trabaja) Sin limitaciones en las actividades cotidianas	Posibilidad de empeoramiento Poco o ningún dolor / molestias Con complicaciones Limitado para trabajar Bastante limitado en las actividades cotidianas

Debería ser intervenido en primer lugar el paciente..... I J K L

P4

A continuación le mostramos un último grupo de 4 tarjetas que describen a otros tantos pacientes en espera de ser operados. Lea las características de todos los pacientes e indiquenos, por favor, qué paciente debería, en su opinión, ser operado en primer lugar.

PACIENTE M	PACIENTE N
Posibilidad de empeoramiento Bastante dolor / molestias Con complicaciones Sin limitaciones para trabajar (o no trabaja) Sin limitaciones en las actividades cotidianas	Posibilidad de empeoramiento Poco o ningún dolor / molestias Sin complicaciones Sin limitaciones para trabajar (o no trabaja) Bastante limitado en las actividades cotidianas
PACIENTE O	PACIENTE P
Situación estable Mucho dolor / molestias Sin complicaciones Limitado para trabajar Sin limitaciones en las actividades cotidianas	Situación estable Poco o ningún dolor / molestias Con complicaciones Limitado para trabajar Incapacitado para las actividades cotidianas

Debería ser intervenido en primer lugar el paciente..... M N O P

P5.

En la página siguiente le vamos a mostrar 16 tarjetas que describen a todos los pacientes cuya descripción ha visto antes en grupos de cuatro. Le pedimos que lea con atención las características de todos estos pacientes, que se tome el tiempo que sea necesario y, cuando esté seguro/a, indique qué paciente debería, en su opinión, ser operado en primer lugar. A continuación señale el que debería ser intervenido en segundo lugar y así, sucesivamente, hasta asignar un orden de intervención a los 16 pacientes hipotéticos. (Indique el número de orden, del 1 al 16, dentro del recuadro que aparece en cada tarjeta).

PACIENTE A	PACIENTE B
Situación estable Poco o ningún dolor / molestias Sin complicaciones Sin limitaciones para trabajar (o no trabaja) Sin limitaciones en las actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>
Situación estable Bastante dolor / molestias Sin complicaciones Limitado para trabajar Bastante limitado en las actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>
PACIENTE C	PACIENTE D
Posibilidad de empeoramiento Mucho dolor / molestias Con complicaciones Sin limitaciones para trabajar (o no trabaja) Incapacitado para las actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>
Posibilidad de empeoramiento Poco o ningún dolor / molestias Con complicaciones Limitado para trabajar Sin limitaciones en las actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>
PACIENTE E	PACIENTE F
Situación estable Poco o ningún dolor / molestias Con complicaciones Limitado para trabajar Sin limitaciones en las actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>
Posibilidad de empeoramiento Poco o ningún dolor / molestias Sin complicaciones Sin limitaciones para trabajar (o no trabaja) Sin limitaciones en las actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>
PACIENTE G	PACIENTE H
Posibilidad de empeoramiento Bastante dolor / molestias Sin complicaciones Limitado para trabajar Incapacitado en las actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>
Situación estable Mucho dolor / molestias Con complicaciones Sin limitaciones para trabajar (o no trabaja) Bastante limitado en las actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>
PACIENTE I	PACIENTE J
Situación estable Poco o ningún dolor / molestias Sin complicaciones Sin limitaciones para trabajar (o no trabaja) Incapacitado en las actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>
Posibilidad de empeoramiento Mucho dolor / molestias Sin complicaciones Limitado para trabajar Sin limitaciones en las actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>
PACIENTE K	PACIENTE L
Situación estable Bastante dolor / molestias Con complicaciones Sin limitaciones para trabajar (o no trabaja) Sin limitaciones en las actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>
Posibilidad de empeoramiento Poco o ningún dolor / molestias Con complicaciones Limitado para trabajar Bastante limitado en las actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>
PACIENTE M	PACIENTE N
Posibilidad de empeoramiento Bastante dolor / molestias Con complicaciones Sin limitaciones para trabajar (o no trabaja) Sin limitaciones en las actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>
Posibilidad de empeoramiento Poco o ningún dolor / molestias Sin complicaciones Sin limitaciones para trabajar (o no trabaja) Bastante limitado en las actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>
PACIENTE O	PACIENTE P
Situación estable Mucho dolor / molestias Sin complicaciones Limitado para trabajar Sin limitaciones en las actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>
Situación estable Poco o ningún dolor / molestias Con complicaciones Limitado para trabajar Incapacitado para las actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>

P6. La siguiente tarea es parecida a las anteriores, aunque ahora se enfrentará a casos distintos de los descritos en las 16 tarjetas anteriores. Lea con atención las características de los tres pacientes que se describen y díganlos: ¿En qué orden cree usted que deberían ser operados? (Anote el número 1, 2 o 3 en el recuadro según el orden de prioridad).

PACIENTE R	
Posibilidad de empeoramiento	<input type="text"/>
Poco o ningún dolor / molestias	
Sin complicaciones	
Limitado para trabajar	
Sin limitaciones en las actividades cotidianas	

PACIENTE S	
Situación estable	<input type="text"/>
Mucho dolor / molestias	
Con complicaciones	
Limitado para trabajar	
Bastante limitado en las actividades cotidianas	

PACIENTE T	
Posibilidad de empeoramiento	<input type="text"/>
Poco o ningún dolor / molestias	
Con complicaciones	
Sin limitaciones para trabajar (o no trabaja)	
Bastante limitado en las actividades cotidianas	

P7. Y entre los tres pacientes siguientes ¿cuál debería ser el orden de intervención (anote 1,2 o 3)?

PACIENTE U	
Situación estable	<input type="text"/>
Mucho dolor / molestias	
Con complicaciones	
Limitado para trabajar	
Incapacitado para las actividades cotidianas	

PACIENTE V	
Posibilidad de empeoramiento	<input type="text"/>
Poco o ningún dolor / molestias	
Sin complicaciones	
Limitado para trabajar	
Incapacitado para las actividades cotidianas	

PACIENTE W	
Situación estable	<input type="text"/>
Bastante dolor / molestias	
Con complicaciones	
Sin limitaciones para trabajar (o no trabaja)	
Incapacitado para las actividades cotidianas	

P8.

Y entre los tres pacientes siguientes ¿cuál debería ser el orden de intervención (anote 1,2 o 3)?

PACIENTE X	
Posibilidad de empeoramiento	<input type="text"/>
Poco o ningún dolor / molestias	
Con complicaciones	
Sin limitaciones para trabajar (o no trabaja)	
Sin limitaciones en las actividades cotidianas	

PACIENTE Y	
Situación estable	<input type="text"/>
Mucho dolor / molestias	
Sin complicaciones	
Limitado para trabajar	
Bastante limitado en las actividades cotidianas	

PACIENTE Z	
Posibilidad de empeoramiento	<input type="text"/>
Poco o ningún dolor / molestias	
Sin complicaciones	
Sin limitaciones para trabajar (o no trabaja)	
Incapacitado para las actividades cotidianas	

P9.

Estamos terminando ya con la encuesta. Hasta ahora usted ha ido eligiendo a los pacientes teniendo en cuenta todas las características que describían su situación. Sin embargo, es posible que usted considere que hay algunas características más importantes que otras. Le pedimos que nos diga cuál de las cinco características es para usted la más importante (y, por tanto, la que más ha influido en sus respuestas) escribiendo un 1 a la derecha de su descripción; después díganos cuál es la segunda más importante (identificándola con un 2) y así sucesivamente, hasta ordenar las cinco características según la importancia que, según usted, tienen a la hora de decidir qué pacientes tienen que ser operados antes.

	Orden
PRONÓSTICO DURANTE LA ESPERA (PR)	
DOLOR Y OTROS SÍNTOMAS (DO)	
COMPLICACIONES IMPORTANTES (CO)	
SITUACIÓN LABORAL (SL)	
LIMITACIÓN DE LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS (AC)	

P10.

¿Considera usted que hay alguna otra característica que es importante para decidir a quién operar antes y que no hemos tenido en cuenta en este cuestionario? **SÍ** **NO**
 ESPECIFICAR cuál o cuáles

Preguntas sociodemográficas.

Solo nos queda pedirle que nos proporcione una serie de datos personales que serán de gran utilidad para analizar los resultados de esta encuesta. Recuerde que **todas sus respuestas son estrictamente confidenciales y que usted no puede ser en ningún caso identificado.**

S1.Sexo

Hombre	Mujer
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

S2.Edad años

S3.Lugar de residencia

S4.Estado Civil

Soltero	Casado (o pareja de hecho)	Separado/ Divorciado	Viudo
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

S5. Ingresos mensuales del hogar

Menos de 900 €	De 901 a 1.500 €	De 1.501 a 2.000 €	De 2.001 a 3.000 €	Más de 3.000 €
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

S6.Número de hijos sin ingresos que conviven con Ud.

S7.Número de personas, incluido Ud. mismo, que conviven en su hogar.....

S8.¿Ha estado usted o alguna persona próxima a usted, en alguna ocasión en una situación como las descritas en este cuestionario, es decir, en una lista de espera para ser operado en el sistema sanitario público?

Sí	No
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

S9. En una escala de 1 (muy fácil) a 10 (muy difícil), ¿podría decirnos cómo de fácil o difícil le ha parecido responder a este cuestionario?

Muy fácil									Muy difícil
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈	<input type="checkbox"/> ₉	<input type="checkbox"/> ₁₀

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.