



## Preferencias sociales en las decisiones públicas: Priorización de pacientes en listas de espera quirúrgicas \*

PILAR ABAD ROMERO

BEGOÑA ÁLVAREZ GARCÍA

EVA RODRÍGUEZ MÍGUEZ †

*Universidad de Vigo*

ANTONIO RODRÍGUEZ SAMPAYO

*Universidad de Santiago de Compostela*

*Recibido:* Mayo, 2005

*Aceptado:* Octubre, 2006

### Resumen

Las listas de espera son el mecanismo habitual de racionamiento de la demanda en los sistemas nacionales de salud. Cuando no existe urgencia médica, el criterio habitualmente utilizado para su gestión es el tiempo de espera. Aspectos como la intensidad de los síntomas o las limitaciones sociales que la enfermedad le provoca al paciente no son tenidas en cuenta. En este artículo se propone la gestión de la listas de espera de prostatectomía a través de un sistema de puntos basado en las preferencias sociales. Los resultados muestran que tanto las variables clínicas como las variables sociales son importantes a la hora de priorizar pacientes que esperan esta intervención. Asimismo, se detectan algunas diferencias entre las preferencias de los pacientes y de la población general.

**Palabras clave:** Listas de espera; establecimiento de prioridades; sistema de puntos; modelos de elección discreta.

**Clasificación JEL:** I18, C25.

### 1. Introducción

Las listas de espera son el mecanismo habitual de racionamiento de la demanda en los sistemas nacionales de salud. Sin embargo, para que un sistema sanitario funcione bien, no debe haber fuertes desequilibrios entre oferta y demanda sanitaria. Los desequilibrios más graves se producen no tanto cuando la lista de espera es elevada en número, sino más bien

---

\* Este trabajo forma parte de un proyecto de investigación financiado por la *Fundación Ramón Areces*. Agradecemos la colaboración de la *Fundación para la Investigación, Desarrollo e Innovación* del Complejo Hospitalario Universitario Xeral-Cies de Vigo (FICHUVI) y de los servicios de Urología del Complejo Hospitalario Xeral-Cies de Vigo, del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago y del Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. Eva Rodríguez y Begoña Álvarez agradecen la financiación recibida del Ministerio de Educación y Ciencia (proyectos SEJ2004-05079 y SEJ2004-04583, respectivamente). También agradecemos los comentarios de los evaluadores anónimos.

cuando el tiempo de espera se considera excesivamente largo, desde un punto de vista médico y/o social. Evidentemente, determinar qué se considera un tiempo de espera excesivo depende de cada patología y de una circunstancia más olvidada: las características de los pacientes. Así, no es lo mismo que un paciente con fuertes dolores espere tres meses por una determinada intervención de cirugía electiva, que ese mismo tiempo lo espere un paciente que apenas experimenta dolor.

Los sistemas nacionales de salud ya establecen explícita o implícitamente diferentes tiempos de espera dependiendo de las intervenciones. En particular, existe una clara separación entre intervenciones urgentes (en las que la espera puede implicar la muerte del paciente o el deterioro irrecuperable de la calidad de vida), y no urgentes. Lógicamente, estas últimas son las que tienen las mayores listas de espera y en las cuales el tiempo de espera medio es mayor. El problema es que, dentro del conjunto de pacientes que esperan un determinado servicio no urgente, los tiempos de espera suelen ser similares a pesar de que los pacientes pueden experimentar niveles diferentes de «necesidad». Esto se debe a que la única variable utilizada para priorizar pacientes, al menos explícitamente, es el tiempo de espera. Por tanto, el orden en el que los pacientes reciben el servicio está determinado por un único criterio que es su orden de entrada en la lista.

Desde diferentes ámbitos han empezado a surgir voces críticas en contra de esta forma de gestionar la lista de espera (Peiró, 2000; Fricker, 1999). Se cuestiona que sea únicamente el tiempo de espera la variable relevante y que aspectos como la intensidad de los síntomas o las limitaciones en las actividades de la vida diaria no sean habitualmente tenidos en cuenta. De esta forma, se puede estar vulnerando el principio de equidad vertical, dado que pacientes diferentes son tratados de forma igual. Este hecho es percibido por los profesionales sanitarios que, en su práctica diaria, incorporan implícitamente este tipo de consideraciones a la hora de establecer prioridades, porque dicen «no sentirse cómodos» con un sistema basado únicamente en el tiempo de espera. La coexistencia de criterios de priorización explícitos (tiempo de espera) e implícitos en la práctica médica diaria provoca una gran variabilidad en los criterios finalmente aplicados, contribuyendo a una gran inestabilidad y falta de transparencia en la gestión de las listas.

En este contexto, parece cada vez más necesario diseñar un sistema de valoración que objetive el proceso de decisión y que sirva de guía en la práctica médica a la hora de organizar las listas de espera. Es decir, se trata de diseñar sistemas que permitan establecer prioridades entre los pacientes en función de determinadas características de forma transparente y estable (Hadorn, 2000). Una priorización adecuada de pacientes no incide directamente sobre el tiempo de espera medio ni sobre el tamaño de la lista de espera, pero sí actúa sobre la eficiencia y la equidad de su gestión. El objetivo primordial es conseguir que las intervenciones realizadas en primer lugar sean las que proporcionen una mayor ganancia total, entendida ésta como nivel de satisfacción, output sanitario, etc. Si el criterio de ordenación de los pacientes en lista de espera alcanza este objetivo, contribuirá a un mayor bienestar social y, al mismo tiempo, mejorará la equidad en el acceso a los tratamientos médicos.

Para diseñar sistemas de priorización que tengan en cuenta diferentes características de los pacientes, primero es necesario dar respuesta a la siguiente pregunta: ¿Quién debe seleccionar estas características y sus ponderaciones? Evidentemente, existen situaciones en las cuales la participación de personas ajenas a la profesión médica no sería adecuada. Piénsese, por ejemplo, en los servicios de urgencia donde la prioridad se establece, principalmente, en base a variables clínicas relacionadas con la gravedad. Sin embargo, en otros casos las variables clínicas dejan de ser las únicas relevantes para gestionar la lista de espera. Prueba de ello es que la variable habitualmente utilizada para priorizar pacientes en lista de espera en cirugía electiva es el tiempo de espera. Cuando las variables clínicas pierden peso en la decisión, resulta difícil justificar que sean exclusivamente los profesionales sanitarios quienes participan en ella y parece adecuado tener en cuenta la opinión de otros colectivos afectados como, por ejemplo, los pacientes o, en general, la sociedad.

En situaciones en las que la opinión de la sociedad puede ser importante a la hora de establecer criterios para priorizar pacientes, se replantean nuevas preguntas: ¿Piensa la sociedad que el tiempo de espera debe ser el único criterio a tener en cuenta?, ¿se deben incorporar también variables clínicas?, ¿se deben incorporar variables sociales?,... Es evidente que aquí no hay respuestas correctas e incorrectas, sino que éstas responden a diferentes sensibilidades y por ello puede ser de gran interés conocer la opinión de los diferentes colectivos implicados (Pinto y Sánchez, 1999).

En este artículo proponemos un sistema de priorización basado en un *sistema lineal de puntos*. Este sistema permite incorporar diferentes variables, ponderándolas en base a su importancia relativa, a partir de las preferencias sociales. Los sistemas lineales de puntos asignan valoraciones a cada una de las características relevantes en cada intervención, y la prioridad de cada paciente se establece en función de la puntuación total obtenida en todas las características.

La asignación de servicios públicos mediante un sistema de puntos no es un procedimiento nuevo. En Elster (1992) pueden encontrarse algunos ejemplos. En cuanto a su utilización en las listas de espera, la experiencia pionera es el sistema utilizado en EE.UU. desde 1986 para asignar órganos, y cuya gestión fue adjudicada a UNOS (United Network for Organ Sharing) <sup>1</sup> (Pierce *et al.*, 1996). También cabe destacar la experiencia neocelandesa <sup>2</sup> en la aplicación de sistemas de puntos para gestionar las listas de espera de cirugía electiva (Jackson *et al.*, 1999; Hadorn y Colmes, 1997).

Sin embargo, los sistemas implantados hasta el momento presentan algunas limitaciones. Por una parte, la ponderación de cada una de las variables suele ser obtenida a partir de la opinión de un grupo reducido de expertos. Esto puede provocar que no sean representativas ni de la opinión media de los profesionales sanitarios, ni de las preferencias de la población general, aspecto que puede ser relevante cuando se consideran tanto variables clínicas como sociales. Por otra parte, existe poca transparencia sobre la metodología que se ha seguido para la estimación de los puntos. Esto dificulta cualquier discusión sobre el procedimiento utilizado.

El objetivo básico de este trabajo es obtener un sistema de puntos para priorizar pacientes que están esperando una determinada intervención quirúrgica de cirugía electiva en el Servicio Galego de Saúde (SERGAS), aplicando los modelos de elección discreta (MED). Concretamente se ha seleccionado la intervención de prostatectomía con hiperplasia benigna de próstata (HBP). La metodología utilizada pretende paliar algunas de las limitaciones anteriormente mencionadas. Por una parte, permite tener en cuenta las preferencias de los diferentes colectivos implicados: pacientes, personal clínico y población general. Por otra parte, puede ser aplicable por otros investigadores y en diferentes contextos de priorización, y puede ser objeto de discusión crítica, dado que el proceso de obtención de preferencias es transparente y sistemático. La adaptación de los MED al contexto de gestión de las listas de espera en cirugía electiva, con el fin de diseñar un sistema de puntos, ha sido propuesta en Rodríguez-Míguez *et al.* (2004) y utilizada por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Médicas, en colaboración con los mencionados investigadores, con el fin de obtener un sistema de puntos para gestionar las listas de espera en cataratas y prótesis de cadera y rodilla, en Cataluña (Espallargués *et al.*, 2003). Evidentemente, la idiosincrasia de cada patología hace imposible extrapolar los resultados de una patología a otra. Así, tanto las variables como su ponderación van a ser diferentes según la enfermedad que se considere. Por ejemplo, el *dolor* es una variable que puede tener mucha importancia a la hora de priorizar pacientes que están esperando una prótesis y ser irrelevante para gestionar las listas de espera de cataratas. Por otra parte, existen algunas variables *sociales* que pueden ser importantes en una patología y no en otra. Así, el hecho de que el paciente tenga o no a alguien que lo cuide puede tener importancia cuando la enfermedad genera una incapacidad severa del paciente durante la espera y, sin embargo, puede ser irrelevante cuando esto no ocurre.

En la investigación que aquí se presenta, se analiza la viabilidad de aplicar esta metodología a la gestión de las listas de espera de prostatectomía en pacientes con Hiperplasia Benigna de Próstata (HBP), en el ámbito gallego. La HBP es un agrandamiento no canceroso de la glándula prostática cuya prevalencia aumenta progresivamente con la edad. Esta enfermedad, a pesar de afectar únicamente a la población masculina, se sitúa entre los 12 procesos más frecuentes en lista de espera, para los cuales el Ministerio de Sanidad y Consumo publica indicadores de tiempos de espera. Se trata de un procedimiento cuyas características lo hacen adecuado para una posible aplicación de un sistema de puntos en base a las preferencias sociales, puesto que: 1) se trata de una cirugía electiva, es decir, se puede programar con antelación dado que no está sujeta a la necesidad de una intervención inmediata; 2) pueden existir muchas características del paciente que sean relevantes a la hora de establecer prioridades, lo cual requiere asignar ponderaciones a cada una de ellas; y 3) dado el carácter no urgente de la enfermedad y su afectación a las actividades de la vida diaria del individuo, parece bastante probable que, además de las variables clínicas, las variables sociales adquieran importancia y, por tanto, se justifique la consideración de las preferencias sociales.

El resto del trabajo se organiza de la siguiente manera. En el segundo epígrafe, se describe la metodología utilizada para la obtención de los sistemas de puntos a partir de las preferencias sociales. En el tercer epígrafe, se muestran los resultados obtenidos. Finalmente, se hace una discusión crítica de dichos resultados.

## 2. Metodología

Para obtener el sistema de puntos se utilizan los MED (Luce y Tukey, 1964; Green y Srinivasan, 1978). Estos modelos permiten obtener las preferencias de los individuos por un conjunto de alternativas multiatributo. En nuestro caso, esas alternativas son los pacientes que necesitan un determinado servicio sanitario, y los atributos son las características de estos pacientes que se consideran relevantes a la hora de determinar su puesto en la lista de espera (gravedad de la enfermedad, limitaciones en la actividad de la vida diaria, etc.). Aunque esta metodología ha sido ampliamente utilizada en estudios de mercado desde mediados de los 70, y en Economía de la Salud desde mediados de los 90 (Ryan y Hughes, 1997), su uso en el manejo de las listas de espera ha sido bastante reducido (en Ratcliffe (2000) y Browning y Thomas (2001) pueden encontrarse algunas aplicaciones).

La metodología que hemos seguido en el diseño del sistema de puntos para priorizar pacientes en espera de una intervención por HBP en el SERGAS, se puede agrupar en dos grandes fases: a) selección de atributos y niveles; b) valoración de atributos y niveles.

### 2.1. Selección de atributos y niveles

En esta fase se utilizan técnicas cualitativas (grupos nominales y entrevistas de opinión) para seleccionar los atributos relevantes que deben tenerse en cuenta a la hora de priorizar pacientes, así como los niveles de cada uno de ellos.

Para la selección de los atributos, se ha aplicado la técnica de los grupos nominales para recabar la opinión de los principales colectivos implicados: a) profesionales sanitarios, b) pacientes y c) población general. Cada grupo está formado por 7 u 8 personas pertenecientes a cada uno de los colectivos mencionados. El objetivo es identificar un panel de características que deben ser tenidas en cuenta en los ejercicios de priorización. Los pasos que se siguen en esta fase son los siguientes: 1) reunión con los miembros de cada uno de los colectivos; 2) identificación de los atributos que los participantes consideran más relevantes a la hora de priorizar a un paciente que espera una intervención por HBP; 3) discusión entre los integrantes del grupo sobre cada una de estas características; 4) selección individual y anónima de las 5 características más importantes, procediendo además a su ordenación y a la asignación de un valor entre 1 y 9, según el grado de importancia; y 5) selección de las variables que serán consideradas en el sistema de puntos final, en base a la valoración agregada obtenida.

El grupo de profesionales sanitarios estuvo compuesto por 5 médicos especialistas en urología y 3 enfermeras del servicio de urología de un hospital público gallego. El grupo de pacientes estuvo integrado por 7 participantes que fueron contactados a través del mismo Servicio de Urología. Finalmente, el grupo de población general estuvo formado por 7 personas, que fueron seleccionadas de tal modo que hubiese participantes de ambos sexos, con diferentes edades y niveles educativos <sup>3</sup>.

En la tabla 1, se muestran todos los atributos mencionados por los participantes en cada uno de los grupos, así como la puntuación obtenida por cada uno de ellos al final de la sesión.

**Tabla 1: Resultado de los grupos nominales: selección de atributos y puntuaciones**

Grupo de profesionales sanitarios (n=8)		Grupo de pacientes (n=7)		Grupo de población general (n=7)	
Atributos	Punt. <sup>a</sup>	Atributos	Punt. <sup>a</sup>	Atributos	Punt. <sup>a</sup>
Molestias	62	Limitaciones vida cotidiana	53	Molestias	60
Limitaciones para trabajar laboral activa	59	Molestias	50	Gravedad de la enfermedad	54
Hematuria	45	Gravedad de la enfermedad	45	Padecer otras enfermedades que agravan la situación	49
Limitaciones vida cotidiana	26	Limitaciones para trabajar	36	Limitaciones para trabajar	30
Infecciones de repetición	22	Tiempo de espera	35	Limitaciones vida cotidiana	21
Padecer otras enfermedades que agravan la situación	21	Antecedentes familiares	29	Tiempo de espera	6
Tiempo de espera	21	Edad	10	Antecedentes familiares	0
RAO de repetición	19			Edad	0
Litiasis vesical	10			Vive solo o no	
Edad	0				

<sup>a</sup>: La puntuación se ha obtenido agregando las puntuaciones asignadas por cada participante. RAO (Retención aguda de orina).

En el grupo de *profesionales sanitarios*, los atributos con mayor puntuación (más de 40 puntos) fueron: *molestias*, *limitaciones para trabajar* y *hematuria* (sangre en la orina). En el grupo de *pacientes* los atributos que ocupan los primeros puestos fueron: *limitaciones en la vida cotidiana*, *molestias* y *gravedad*. Finalmente, los atributos más puntuados por la *población general* fueron: *molestias*, *gravedad de la enfermedad*, *padecer otras enfermedades que agravan la situación* y *limitaciones para trabajar*.

Una vez identificados los atributos, se seleccionaron los más importantes. En primer lugar, se homogenizó, en la medida de lo posible, la denominación ofrecida por cada grupo. Concretamente, el factor *gravedad* había sido citado por los pacientes y la población general, pero el grupo de especialistas no había utilizado ese término, aunque sí habían citado características como la existencia de episodios de *hematuria*, *infecciones de repetición*, RAO (retención aguda de orina) y *litiasis vesical*. Para conocer si estas condiciones clínicas del paciente son las responsables del mayor o menor nivel de gravedad de los enfermos de HBP, solicitamos la ayuda del grupo de especialistas que habían participado en el grupo nominal. A cada uno de los especialistas se les remitió un cuestionario en el que, entre otras cuestiones, se les preguntó sobre la definición de *gravedad* en este tipo de pacientes. Todos los participantes estuvieron de acuerdo en que la gravedad del paciente está determinada por la existencia de episodios de *hematuria*, *infecciones de repetición*, RAO y *litiasis vesical*. Esto nos permitió englobar, con la aprobación de los especialistas, esos cuatro atributos bajo la denominación de *gravedad*. En cuanto a la puntuación de este atributo en el grupo de especialistas, se le asignó la correspondiente al episodio relacionado con la gravedad que fue más valorado en las respuestas de los profesionales sanitarios, es decir, la *hematuria*.

La tabla 2 muestra los atributos que recibieron alguna puntuación, así como su puntuación media. Esta puntuación fue obtenida ponderando de tal forma que todos los grupos tu-

vieran el mismo peso en la valoración final. Tanto por cuestiones metodológicas, como por su posible implantación en la práctica clínica, es aconsejable seleccionar un número reducido de atributos que, lógicamente, deben corresponderse con los más valorados. Sin embargo, no hay nada establecido sobre como determinar el punto de corte en la selección. En este estudio decidimos seleccionar los cinco atributos de mayor puntuación, excluyendo el tiempo de espera. El motivo principal de que se haya hecho una excepción con el tiempo de espera es que, actualmente, en el SERGAS está vigente la garantía de tiempos máximos de espera en cirugía electiva. Si, como es nuestro objetivo, queremos proponer un sistema de puntos susceptible de ser aplicado en el SERGAS, éste debe de tener en cuenta el entorno legal en el cual nos movemos. Por tanto, dado que el sistema actual ya incorpora por esta vía el tiempo de espera, consideramos que su inclusión en el sistema de puntos conduciría a una sobrevaloración de esta variable.

**Tabla 2: Denominación final de los atributos seleccionados y puntuación media**

	Profesionales sanitarios (n=8)	Pacientes (n=7)	Población general (n=7)	Media <sup>a</sup>
Molestias	62	50	60	54,8
Gravedad	45	45	54	46,1
Limitaciones para trabajar	59	36	49	45,5
Limitaciones vida cotidiana	26	53	30	35,3
Tiempo de espera	21	35	21	24,8
Padecer otras enfermedades que agravan la situación	21	—	49	22,5
Antecedentes familiares	—	29	6	11,7
Edad	0	0	10	3,3

<sup>a</sup> La media se obtiene ponderando de tal forma que todos los grupos tengan el mismo peso en la valoración final (previamente al cálculo de la media se multiplicó la valoración de los profesionales sanitarios por 7/8).

— Atributo no mencionado.

Por tanto, los cinco atributos seleccionados para priorizar de pacientes con HBP que esperan por una intervención fueron, por orden de importancia, los siguientes: 1) *molestias*; 2) *gravedad*; 3) *limitaciones para trabajar*; 4) *limitaciones en la actividad de la vida cotidiana*; y 5) *padecer otras enfermedades que agravan la situación*.

Una vez que los atributos han sido seleccionados, deben establecerse los niveles que permiten distinguir la intensidad con la que cada uno de ellos se manifiesta en los pacientes. Existen tres atributos (*limitaciones para trabajar*, *limitaciones en la actividad de la vida cotidiana* y *tener o no otras enfermedades que agravan la situación*) que, por su propia definición, conducen al establecimiento de dos niveles, según existan o no dichas limitaciones o enfermedades. En el caso de *limitaciones para trabajar*, este atributo distingue entre aquellos pacientes a los que la enfermedad les limita su actividad laboral (bien porque les está provocando una baja laboral o porque les condiciona en el desempeño de su trabajo) y el res-

to, es decir, aquellos pacientes que no trabajan, o trabajan sin experimentar ningún tipo de limitación debida a la enfermedad.

Sin embargo, en el caso de *gravedad* y *molestias* los niveles no son tan evidentes. En este caso, fue necesario recurrir a la literatura sobre práctica clínica en HBP (Barry *et al.*, 1992; Carballido *et al.*, 2000) y a la opinión de los expertos. En concreto, se remitió un cuestionario a los especialistas que participaron en el grupo nominal de expertos y sus respuestas nos permitieron delimitar dos niveles para cada uno de estos atributos. En la tabla A.1 del Anexo, se presenta la descripción de todos los atributos así como de sus respectivos niveles.

## 2.2. Valoración de atributos y niveles

Una vez identificados los atributos y sus niveles se debe proceder a su valoración con la finalidad de obtener un sistema de puntos susceptible de utilizarse en la priorización de pacientes en lista de espera. Para ello, se debe elegir previamente el modelo de preferencias que se va a utilizar. En este trabajo se ha seleccionado el modelo de preferencias aditivo, que nos permite obtener un sistema lineal de puntos. Este modelo considera que la valoración (puntuación) asignada a cada paciente puede ser obtenida mediante la agregación de los valores asignados a los niveles de cada uno de los atributos. No se considera, por tanto, la existencia de términos de interacción entre atributos. El sistema de priorización resultante es un sistema de puntos,  $P_j = \sum_{i=1}^n x_{ji} \alpha_i$ , donde  $P_j$  denota la puntuación obtenida por cada paciente  $j$ ;  $x_{ji}$  indica el nivel del atributo  $i$  en el paciente  $j$ ;  $n$  es el número de atributos; y  $\alpha_i$  es el parámetro correspondiente al atributo  $i$  que recoge el peso del mismo.

A continuación, se describe el diseño de la encuesta y la selección de la muestra utilizada para estimar las valoraciones de los atributos. Asimismo, se describe el método de estimación y las técnicas empleadas para analizar la validez y fiabilidad de los resultados obtenidos.

### 2.2.1. Diseño de la encuesta y selección de la muestra

La estimación de los parámetros asociados a cada nivel de cada atributo se obtiene a partir de una encuesta realizada de forma individualizada y personal a 85 pacientes con HBP que están esperando una prostatectomía (o que ya han sido intervenidos) y a 220 individuos de la población general.

Los pacientes fueron reclutados de las listas de espera de tres hospitales gallegos. El criterio de selección de hospitales fue uno por provincia (siempre que tuvieran más de 100 intervenciones de próstata en el año 2003) que estuviera, en cuanto a volumen de prostatectomías en el año 2003, entre los dos primeros de la provincia. Todos los pacientes que tenían citas pendientes, o que estaban en listas de espera en el momento previo a las entrevistas, fueron contactados telefónicamente para solicitar su participación en la entrevista final. Aquellos que aceptaron la participación, fueron entrevistados en el hospital.

Para la selección de la población general en el ámbito gallego, se realizó un muestreo estratificado con afijación proporcional por provincia y tamaño de hábitat en primera fase y selección aleatoria de municipios y localidades dentro de cada estrato, para proseguir con la lo-



calización del hogar del entrevistado siguiendo el método de rutas aleatorias. Una vez seleccionado el hogar, se realizó la entrevista a la persona que cumpliera cuotas prefijadas de sexo y edad, según el perfil demográfico de la población residente en el estrato.

En la encuesta, los entrevistados debían ordenar de mayor a menor prioridad diferentes tipos de pacientes, definidos en función de los atributos previamente seleccionados. Las combinaciones posibles de los cinco atributos con sus respectivos niveles dieron lugar a 32 definiciones diferentes de pacientes. Para reducir el número de pacientes a priorizar por los entrevistados, se generó un diseño factorial fraccional ortogonal <sup>4</sup> (Green y Srinivasan, 1978; Steckel *et al.*, 1991). Este diseño permite estimar de forma eficiente todos los parámetros y, por tanto, los puntos asignados a cada nivel, a partir de la valoración de un número reducido de diferentes tipos de pacientes. En nuestro caso, se seleccionaron 8 pacientes de entre los 32 posibles. Su descripción puede verse en la tabla A.2 del Anexo.

La encuesta realizada a los entrevistados consta de dos partes. En la primera parte, después de una breve charla sobre la patología objeto de estudio, se describen con detalle los atributos que caracterizan a los pacientes. A continuación, se realizan una serie de preguntas de control, que no son utilizadas en el análisis final. En concreto, se le muestra al entrevistado pares de pacientes (tarjetas) para que seleccionen, en cada par, aquel paciente que debería tener mayor prioridad. De esta forma se les familiariza con la entrevista y podemos identificar posibles fallos de comprensión. Finalmente, el entrevistado debe ordenar de mayor a menor prioridad los 8 pacientes seleccionados. Para analizar la fiabilidad temporal de las respuestas, esta parte de la encuesta se repitió dos semanas más tarde a 30 participantes de la población general.

La segunda parte de la entrevista consta de una serie de preguntas socioeconómicas, que incluyen cuestiones relacionadas con su salud. En la tabla A.3 del Anexo, se presenta un breve análisis descriptivo de las principales características de los pacientes y de la población general. Cabe destacar las diferencias existentes en la edad y el nivel educativo de la muestra de pacientes y de población general. Así, mientras la edad media de los pacientes entrevistados es de 67 años, la edad media de la población general es de 48 años. La elevada edad de los pacientes se debe a que esta patología afecta principalmente a varones mayores. En cuanto al nivel educativo, mientras un 37% del grupo de población general no tiene estudios (6%) o tiene estudios primarios (31%), este porcentaje se eleva al 86% del grupo de pacientes, alcanzando los pacientes sin estudios un 34% del total.

Respecto a las variables clínicas de los pacientes, debe mencionarse que un 11% padece alguna otra incapacidad que acentúa los problemas cotidianos provocados por la HBP. Además, a un 35% de los pacientes entrevistados, los problemas de próstata le limitan en sus actividades de la vida cotidiana. Sin embargo, sólo a un 1.2% de los pacientes los problemas de próstata les han causado baja laboral. Por último, un 25% de los pacientes entrevistados dicen encontrarse en un estado de salud regular o malo debido a sus problemas de próstata.

### 2.2.2. Estimación del sistema de puntos

Los valores asignados a cada nivel de los atributos se obtienen utilizando el modelo estadístico propuesto por Beggs *et al.* (1981), denominado *rank-ordered logit*, en el cual la variable dependiente consiste en la ordenación de los 8 pacientes-tipo realizada por los entrevistados. Esta especificación econométrica tiene importantes ventajas. Al igual que el modelo *logit* estándar, se sustenta en la Teoría de la Utilidad Aleatoria y, además, nos permite analizar situaciones en las cuales al entrevistado se le pide que haga una ordenación de todas las combinaciones a evaluar.

Suponemos que la relación de preferencias del individuo  $i$  sobre el conjunto de  $J$  alternativas (pacientes) puede ser representada por una función de utilidad  $U_{ij}$  que mide la utilidad que para el individuo  $i$  tiene el paciente  $j$ ,

$$U_{ij} = X_j' \alpha + \varepsilon_{ij} \quad i = 1, \dots, n \quad j = 1, \dots, J \quad [1]$$

donde  $X_j$  es un vector  $m \times 1$  de atributos que definen al paciente  $j$ ;  $\alpha$  es un vector  $m \times 1$  de parámetros desconocidos; y  $\varepsilon_{ij}$  es el componente inobservable y estocástico de las preferencias del individuo  $i$ . De acuerdo con esta formulación, podemos expresar la probabilidad de que el individuo  $i$  sitúe al paciente  $k$  en primer lugar como

$$\Pr(U_{ik} > U_{ij}, \forall k \neq j) = \Pr(\varepsilon_{ij} - \varepsilon_{ik} < (X_k - X_j)' \alpha) \quad [2]$$

Bajo el supuesto de que los  $\varepsilon_{ij}$  son independientes y están idénticamente distribuidos siguiendo una distribución de valor extremo, se puede demostrar que la probabilidad anterior sigue una distribución *logit* multinomial

$$\Pr(U_{ik} > U_{ij}, \forall k \neq j) = \frac{\exp(X_k' \alpha)}{\sum_{j=1}^J \exp(X_j' \alpha)} \quad [3]$$

En nuestra encuesta, cada entrevistado no sólo decide cuál es su alternativa (paciente) preferido, sino también la prioridad relativa de las restantes. Si suponemos que la distribución de utilidad de la alternativa más preferida es independiente del orden de las menos favoritas, podemos descomponer la probabilidad de ordenar  $J$  alternativas de la más preferida a la menos preferida en el siguiente producto de probabilidades:

$$P_{i;1,\dots,J} = \Pr(U_{i1} > U_{ij}, j = 2, \dots, J) \Pr(U_{i2} > U_{ij}, j = 3, \dots, J) \cdots \Pr(U_{iJ-1} > U_{iJ}) \quad [4]$$

De las ecuaciones (3) y (4) podemos derivar la siguiente expresión para la probabilidad de observar un determinado ranking de alternativas:

$$P_{i;1,\dots,J} = \prod_{j=1}^J \left[ \frac{\exp(X_j' \alpha)}{\sum_{m=j}^J \exp(X_m' \alpha)} \right] \quad [5]$$

La estimación del modelo se lleva a cabo por máxima verosimilitud. Los parámetros se interpretan como la valoración (puntuación) asignada a los niveles de cada uno de los atribu-

tos. Por tanto, una vez estimado el modelo, los puntos que obtiene cada paciente se calculan sumando el valor de los parámetros asociados a los niveles que lo definen. Este sistema de puntos permite ordenar cualquier conjunto de pacientes en lista de espera y no sólo los ordenados directamente en la encuesta.

### 2.2.3. *Análisis de validez y fiabilidad*

Para valorar la validez y fiabilidad de los resultados, se realizan los siguientes análisis:

a) *Validez teórica*. Se verifica si los signos de los parámetros estimados se corresponden con las expectativas que tenemos *a priori*.

b) *Validez predictiva*. Se analiza la correlación a nivel individual entre la ordenación de las tarjetas proporcionada por los encuestados y la obtenida mediante el modelo estimado. Para ello, se obtiene el coeficiente de correlación de Spearman (CCS) entre la ordenación de cada participante y la estimada, y se calcula la media de todos los CCS individuales. Este análisis se hace por separado para la muestra de pacientes y para la de población general.

c) *Consistencia interna*. Para cada par de tarjetas en el cual existe dominancia <sup>5</sup>, se obtiene el porcentaje de individuos que son consistentes, en el sentido de que sitúan en primer lugar la tarjeta que «racionalmente» debería ocupar este puesto. A continuación, se calcula el porcentaje medio de respuestas consistentes de todos los pares en los cuales existe dominancia. Este análisis se hace por separado para pacientes y población general.

d) *Fiabilidad temporal*. Se trata de ver si los individuos mantienen unas preferencias similares a lo largo del tiempo. Para ello, se repite la misma encuesta a 30 individuos de la población general, aproximadamente 15 días más tarde. Básicamente, tienen que ordenar de nuevo los pacientes seleccionados y los atributos. Una vez obtenida esta información, se analiza el grado de correlación entre las ordenaciones iniciales y finales (tanto de las tarjetas como de los atributos) para cada uno de los participantes, utilizando el CCS, y se calcula la correlación media.

e) *Robustez al tamaño muestral*. Para analizar si las estimaciones son robustas al tamaño muestral, se selecciona una submuestra compuesta por la mitad de los individuos, elegidos aleatoriamente, y se realizan dos análisis: 1) se obtiene el CCS entre la ordenación de los atributos (en base a su importancia relativa en el modelo) resultante del modelo estimado con toda la muestra y la obtenida a partir del modelo estimado con la submuestra y 2) se calcula el CCS entre la ordenación de las 8 tarjetas obtenida a partir de los parámetros resultantes de utilizar la muestra completa y los obtenidos de la submuestra. De nuevo, se hace el análisis por separado para la muestra de pacientes y la de población general.

## 3. Resultados de la estimación del sistema de puntos

En la tabla 3, se presentan los parámetros estimados para cada uno de los niveles de los atributos. Las dos primeras columnas, muestran los resultados de la estimación para la muestra conjunta de pacientes y población general. Dado el diferente tamaño muestral de los pa-

cientes respecto de la población general, para la obtención de los resultados agregados se han ponderado las observaciones de tal forma que ambos colectivos tuvieran el mismo peso en el resultado final. La *puntuación normalizada* que se muestra en la segunda columna ha sido obtenida reescalando los coeficientes estimados de tal forma que el paciente con mayor nivel de prioridad reciba 100 puntos y el de menor prioridad 0 puntos. Esta puntuación normalizada define el sistema de puntos obtenido a partir de las preferencias sociales <sup>6</sup>, susceptible de ser aplicado a la lista de espera de pacientes con HBP en el SERGAS. Además, esta normalización identifica la importancia relativa de cada atributo con la puntuación mayor que éste puede recibir <sup>7</sup>.

Como se puede apreciar en la tabla, todos los coeficientes son significativos y tienen el signo esperado. Dado que los niveles que se tomaron como referencia son los que, en principio, se corresponden con una menor prioridad, es razonable que todos los coeficientes estimados tengan signo positivo. Si nos fijamos en los resultados de la muestra agregada de pacientes y población general, los atributos *gravedad* y *molestias* son los que tienen una importancia relativa mayor (28.6 y 28.8 puntos sobre 100, respectivamente) a bastante distancia de los restantes. Los atributos con menor peso son las *limitaciones para trabajar* y el *padecer otras enfermedades que agravan la situación*. Globalmente, las variables que denominamos *clínicas* (*gravedad* y *molestias*) acaparan un 57% de importancia relativa y las variables de tipo *social* (el resto) suponen un 43%.

En la tabla 3, también se muestran los resultados obtenidos para cada colectivo separadamente. Como se puede observar, las diferencias entre pacientes y población general son bastante notables. Para la muestra de pacientes, el peso de las variables *sociales* es similar al de las variables *clínicas*, mientras que, para la población general, las variables *sociales* tienen una importancia menor (37%). El hecho de que los pacientes asignen menos peso a las variables clínicas que la población general no es nuevo en la literatura (Bryan y Dolan, 2004). Además, para el colectivo de pacientes, cada una de las variables *sociales* por separado tiene más peso que para la población general. También resulta llamativo el escaso valor que atribuyen los pacientes a la *gravedad* y el elevado peso de las *molestias*, en relación a la población general. Estas diferencias quizás se deban a que cuando los pacientes ordenan a otros pacientes en la lista de espera, están valorando su propia experiencia de la enfermedad <sup>8</sup>. Hay que tener en cuenta que la presencia de *molestias* entre los afectados por HBP es más frecuente que el padecimiento de episodios relacionados con la *gravedad* (hematuria, retención aguda de orina, etc.), lo cual puede condicionar la valoración que otorgan a este tipo de circunstancias. De todas formas, es importante recordar que, en todos los grupos nominales, la variable *molestias* siempre fue más valorada que la *gravedad*, incluso dentro del grupo de especialistas. Estos resultados ponen de manifiesto la existencia de heterogeneidad en las preferencias de estos grupos de población y, por tanto, la conveniencia de considerar la opinión de ambos en el diseño de un sistema de puntos que trate de reflejar las preferencias sociales.

Los análisis de validez y fiabilidad arrojan resultados bastante positivos. Como ya se ha mencionado, los parámetros tienen los signos esperados, lo cual indica una alta *validez teórica* del modelo. En cuanto a la *validez predictiva*, ésta es mayor en la población general que

**Tabla 3: Sistema de puntos para la intervención de prostatectomía en HBP**

Atributos y niveles <sup>a</sup>	Preferencias agregadas (n=305) <sup>b</sup>		Preferencias de pacientes (N=85)		Preferencias de población general (n=220)	
	Coefficientes estimados <sup>c</sup>	Valor <sup>d</sup> normalizado	Coefficientes estimados <sup>c</sup>	Valor <sup>d</sup> normalizado	Coefficientes estimados <sup>c</sup>	Valor <sup>d</sup> normalizado
Constante	-1,154 † (0,053)		-0,846 † (0,120)		-1,797 † (0,086)	
<b>Gravedad</b>						
<i>Baja</i>	Ref	<b>0</b>	Ref	<b>0</b>	Ref	<b>0</b>
Media	0,779 † (0,042)	<b>28,6</b>	0,198 †† (0,097)	<b>10,0</b>	1,824 † (0,066)	<b>41,6</b>
<b>Molestias</b>						
<i>Moderadas</i>	Ref	<b>0</b>	Ref	<b>0</b>	Ref	<b>0</b>
Severas	0,784 † (0,042)	<b>28,8</b>	0,764 † (0,097)	<b>38,7</b>	0,937 † (0,065)	<b>21,4</b>
<b>Limitaciones AVD</b>						
<i>Pocas limitaciones</i>	Ref	<b>0</b>	Ref	<b>0</b>	Ref	<b>0</b>
Bastantes limitaciones	0,507 † (0,042)	<b>18,6</b>	0,443 † (0,097)	<b>22,4</b>	0,659 † (0,065)	<b>15,0</b>
<b>Limitaciones para trabajar</b>						
<i>No limitaciones/No trabaja</i>	Ref	<b>0</b>	Ref	<b>0</b>	Ref	<b>0</b>
Está limitado	0,306 † (0,042)	<b>11,2</b>	0,257 † (0,097)	<b>13,0</b>	0,474 † (0,065)	<b>10,8</b>
<b>Padece otras enfermedades que agravan la situación</b>						
<i>No</i>	Ref	<b>0</b>	Ref	<b>0</b>	Ref	<b>0</b>
<i>Sí</i>	0,349 † (0,043)	<b>12,8</b>	0,312 † (0,097)	<b>15,8</b>	0,487 † (0,066)	<b>11,1</b>

<sup>a</sup> Niveles de referencia en cursiva.

<sup>b</sup> Los 85 pacientes han sido ponderados para que tengan el mismo peso que la población general en la estimación agregada.

<sup>c</sup> Errores estándar entre paréntesis.

<sup>d</sup> Los coeficientes han sido transformados de modo que el paciente en una situación peor (mejor) obtenga 100 puntos (0 puntos).

† Nivel de significatividad del 1%; †† Nivel de significatividad del 5%.

en el grupo de pacientes. Posiblemente esto se deba a la dispersión existente en las preferencias de estos últimos. Así, mientras en la población general se observa una correlación media de los órdenes individuales con el obtenido del modelo estimado de 0,68, en los pacientes esta correlación se reduce a 0,41. Lo mismo ocurre cuando se analiza la *consistencia interna*: la muestra de población general tiene un nivel de consistencia interna mayor que el observado en la muestra de pacientes. Así, en media, cada par de tarjetas en la que existe dominancia es ordenada de forma «racional» por el 92% de la muestra de población general, mientras que ese porcentaje es del 75% en la muestra de pacientes. En cuanto a la *fiabilidad temporal*, se observa que el CCS medio entre la ordenación inicial y final de los 8 pacientes realizada por los 30 individuos que han repetido la encuesta es de 0,74. En todo caso, si eliminamos 3 individuos cuya correlación se situaba por debajo de 0,5, el CCS medio se eleva a 0,81. Finalmente, se ha obtenido una alta *robustez al tamaño muestral*, indicando un alto grado de

estabilidad en las preferencias. Así, para la población general, la ordenación estimada de tarjetas fue la misma en la muestra completa y en la submuestra. En el caso de los pacientes, el coeficiente de correlación entre ambas ordenaciones fue de 0,95.

#### 4. Discusión

La investigación presentada en este trabajo, ha tenido como principal objetivo el diseño de un sistema de puntos para priorizar pacientes que están esperando una intervención quirúrgica, concretamente se ha aplicado a las listas de espera de prostatectomía en pacientes con HBP. El procedimiento implementado consiste, en primer lugar, en la selección de las variables que deben ser tenidas en cuenta a la hora de priorizar pacientes y, en segundo lugar, en la valoración de dichas variables teniendo en cuenta las preferencias sociales.

En el sistema de puntos obtenido, se observa que tanto las variables *clínicas* como las variables *sociales* son importantes para ordenar la lista de espera. Este hecho es interesante porque estas variables apenas son consideradas, al menos de forma explícita, a la hora de priorizar pacientes en cirugía electiva.<sup>9</sup> Nuestros resultados cuestionan, por tanto, la eficiencia y equidad de los sistemas de priorización actuales, que están basados exclusivamente en el tiempo de espera. Aquí, el concepto de eficiencia puede ser entendido tanto en un sentido restringido (ganancia de salud) como en un sentido más amplio (ganancia de bienestar). Por ejemplo, si se considera únicamente el tiempo de espera y se prioriza antes a un paciente con un nivel de necesidad clínica menor que otro con un nivel de necesidad mayor, se está renunciando a mayores ganancias de salud y de bienestar. Por otra parte, la no inclusión de variables *sociales* en el sistema de priorización no implicaría menores ganancias de salud, pero sí menores ganancias de bienestar, de ahí la recomendación de que se incluyan. La equidad se vulnera desde el momento en el que pacientes con niveles de necesidad diferentes son tratados de igual forma, es decir, experimentan tiempos de espera similares.

Resulta interesante comparar nuestros resultados con los obtenidos por Espallargués *et al.* (2003), dada la similitud de la metodología utilizada. En dicho trabajo se obtiene un sistema de puntos para priorizar pacientes que esperan una colocación de prótesis de cadera o rodilla y una intervención de cataratas. Los resultados del estudio atribuyen una importancia relativa de las variables clínicas del 55% para prótesis y del 52% para cataratas (porcentajes muy similares a los obtenidos en nuestro estudio), mientras que las variables sociales acumulan el resto. En cuanto a las variables utilizadas para la priorización, algunas son comunes a nuestro estudio y otras, evidentemente, responden a las características particulares de la patología considerada. Por ejemplo, en el caso de la priorización de pacientes que esperan una prótesis, se tiene en cuenta el *dolor*, pero esta variable no es un atributo relevante en el caso de pacientes con HBP (salvo algunos episodios ocasionales). Por el contrario, las variables *limitaciones en la actividad de la vida diaria* y *limitaciones para trabajar* han sido seleccionadas en ambos estudios.

Una vez discutidos los principales resultados de este estudio, creemos que es necesario señalar algunos de los aspectos que condicionan en mayor medida nuestras conclusiones<sup>10</sup>.

En primer lugar, existe un debate abierto, no exclusivo de los MED, acerca de quiénes deben ser las personas legitimadas para tomar decisiones en el ámbito sanitario. Existe una tendencia en la literatura hacia la incorporación de la opinión de los pacientes y, en general, de la sociedad en dichas decisiones (Farell, 2004; Shackley y Ryan, 1995). Se considera que la participación ciudadana incrementa la satisfacción de los actuales o potenciales pacientes y contribuye a una democratización de las decisiones públicas.

En nuestro trabajo, y siguiendo esta tendencia, hemos tenido en cuenta tanto la opinión de los pacientes como la de la población general. El otro colectivo implicado, los profesionales sanitarios, aunque fue considerado en los grupos nominales, se excluyó de la última fase del estudio por la imposibilidad de disponer de una muestra suficientemente representativa. Esto puede suponer una limitación de nuestro trabajo porque diferentes estudios destacan la importancia de tener en cuenta la opinión médica en los ejercicios de priorización (O'Connell, 2002). Otra cuestión relacionada con la anterior, y que tampoco ha sido resuelta en la literatura, es cómo determinar el peso que debemos asignar a cada uno de los colectivos. Nosotros hemos asignado el mismo peso a los pacientes y a la población general en el sistema de puntos agregado. No obstante, la distribución de pesos óptima debería ser objeto de estudio en trabajos futuros.

Un segundo tipo de limitaciones está relacionado con el modelo de preferencias utilizado. En este trabajo hemos supuesto una estructura aditiva en las preferencias que, aunque es la hipótesis habitual en estos trabajos, no se contrasta empíricamente. El supuesto de aditividad implica considerar que cuando el individuo ordena a los pacientes realiza un *trade-off* entre los atributos que los definen. Sin embargo, puede ser que los participantes estén usando reglas de agregación diferentes, por ejemplo reglas lexicográficas <sup>11</sup>. La existencia de este tipo de preferencias no puede ser contrastada con el diseño experimental empleado en nuestro estudio. No obstante, la utilización de modelos alternativos al modelo aditivo no suelen conducir, en general, a ajustes significativamente mejores (Louviere, 1988).

Existen también limitaciones relacionadas con el proceso psicológico que está detrás de las respuestas de los entrevistados. Cabe destacar que los MED pueden requerir la realización de encuestas complejas para obtener las preferencias de los participantes. Esto puede suponer una carga especialmente ardua para algunos entrevistados (por ejemplo, los de mayor edad) que acaba generando cansancio e induciendo a errores en las respuestas. En otras ocasiones, la complejidad de la encuesta afecta al grado de comprensión de la misma por parte de determinados grupos de población. En este sentido, la baja consistencia interna observada por parte de los pacientes que participaron en nuestro estudio, puede estar relacionada con las dificultades de algunos a la hora de procesar la información necesaria para realizar la ordenación de pacientes solicitada en la entrevista. No hay que olvidar que la edad media de los pacientes es considerablemente superior a la de los entrevistados de la población general. Además, el nivel educativo medio de la muestra de pacientes es inferior al de la población general. Este resultado debería hacernos reflexionar sobre la forma en la cual se seleccionan los participantes en las entrevistas. Habría que analizar hasta qué punto es preferible seleccionar participantes con características tales que favorezcan el grado de

comprensión de la entrevista, aunque ello implique introducir un sesgo de selección en la muestra.

En el colectivo de pacientes también se ha observado una menor validez predictiva, una menor robustez al tamaño muestral, y un nivel de confianza menor para los parámetros estimados. Ahora bien, debe tenerse en cuenta que, debido a la dificultad para reclutar pacientes dispuestos a participar en la entrevista, el tamaño de la muestra para este colectivo es muy inferior al de la población general, lo cual puede estar explicando estos resultados.

Una vez obtenido el sistema de puntos, cabe preguntarse por la viabilidad de su implementación. En primer lugar, es importante resaltar que los sistemas de puntos no constituyen una herramienta destinada a la reducción de las listas de espera, sino que tienen como principal objetivo mejorar la eficiencia y equidad en la gestión de las mismas. Por tanto, se requiere una voluntad clara de los diferentes ámbitos de poder para lograr este objetivo. En segundo lugar, es necesaria una mayor dotación de recursos. Debe tenerse en cuenta que la recogida de información de los pacientes para la asignación de puntos requiere un período de tiempo mayor que la simple anotación de un nombre en una lista. Además, para conseguir mayores cotas de eficiencia, sería conveniente que esa información se centralizase a nivel regional, lo cual a su vez revertiría positivamente en la equidad en el acceso a estos servicios.

Otro aspecto a tener en cuenta a la hora de implementar un sistema de puntos es la posibilidad de que pacientes con baja puntuación se vean relegados indefinidamente a los puestos finales de la lista, llegando incluso a la no provisión de servicio. Creemos que esto puede atentar contra los derechos del paciente a recibir los servicios cubiertos por el sistema sanitario. Por este motivo, consideramos que la implementación de un sistema de puntos debería ir acompañada del establecimiento de tiempos máximos de espera, ligados a la puntuación obtenida, si el sistema de puntos no incorpora explícitamente esta variable. En nuestro estudio, este problema está parcialmente resuelto porque en la Comunidad Autónoma de Galicia ya existen tiempos máximos de espera garantizados para las intervenciones de cirugía electiva (aunque son independientes de la necesidad del paciente).

Por último, consideramos fundamental que la puntuación de los pacientes se actualice periódicamente para recoger posibles modificaciones en las variables relevantes (por ejemplo, un avance de la enfermedad) y, por tanto, cambios en su prioridad en las listas de espera.

## Notas

1. Ver <http://www.unos.org> para una descripción detallada.
2. Ver <http://www.electiveservices.govt.nz/> para una descripción detallada.
3. En el caso de la población general, se procedió a una charla previa sobre las características de la enfermedad y las condiciones de los pacientes que la padecen.
4. La ortogonalidad del diseño se satisface cuando la ocurrencia conjunta de dos niveles cualesquiera de diferentes atributos en las tarjetas, tiene una frecuencia igual al producto de sus frecuencias marginales. Por ejemplo, la frecuencia marginal de «Está limitado para trabajar» es igual a 1/2 (aparece en 4 de las 8 tarjetas que definen



los pacientes-tipo), y «Molestias severas» también tiene una frecuencia marginal de 1/2. Entonces el par «Está limitado para trabajar» + «Molestias severas» debe tener una frecuencia igual a 1/4.

5. Un paciente domina a otro si, como mínimo, el nivel de uno de sus atributos lleva asociado una mayor prioridad que el correspondiente al otro paciente, y ninguno de los restantes atributos lleva asociado una prioridad menor.
6. El sistema de puntos también podría construirse utilizando directamente los coeficientes estimados. Los coeficientes normalizados simplemente facilitan la visualización de la importancia relativa de cada atributo en la puntuación total.
7. La importancia relativa de cada atributo se obtiene dividiendo el rango de cada atributo (diferencia entre el parámetro de mayor y menor valor, que en nuestro caso coincidirá con el único parámetro estimado), entre la suma de los rangos de todos los atributos, expresada en tanto por ciento.
8. Inicialmente, se consideró como una posible causa de esas diferencias entre colectivos el hecho de que los pacientes entrevistados fuesen hombres, mientras que en la población general aproximadamente la mitad fuesen mujeres. Para comprobar la plausibilidad de esta hipótesis, se contrastó estadísticamente si existían diferencias significativas entre las preferencias de los hombres y mujeres de la población general. Los resultados pusieron de manifiesto que no existen diferencias significativas entre ambos grupos poblacionales.
9. Debe tenerse en cuenta que nos estamos refiriendo a sistemas de priorización para listas de espera de cirugía electiva, es decir, aquellas intervenciones en las cuales el paciente puede esperar sin que ello suponga, en principio, un peligro para su vida, ni para sus posibilidades de recuperación (intervención de cataratas, prótesis, prostatectomía en HBP, etc.). En el caso de intervenciones urgentes, las variables *clínicas* son, lógicamente, las principales a la hora de establecer prioridades.
10. En Bryan y Dolan (2004), Ryan *et al.* (2001) y Ryan y San Miguel (2003) se analizan con detalle las críticas que, desde diferentes perspectivas, pueden realizarse a los MED.
11. Se considera que existen preferencias lexicográficas si la priorización se realiza en función del atributo más importante y los empates se resuelven recurriendo, consecutivamente, al siguiente atributo en orden de importancia.

## Referencias

- Barry, M.J., Fowler, F.J., O'Leary, M.P., Bruskewitz, R.C., Holtgrewe, H.L., Mebust, W.K. y Cockett, A.T.K. (1992), "The American Urological Association symptom index for benign prostatic hyperplasia", *Journal of Urology*, 148(5): 1549-1557.
- Beggs, S., Cardell, S., y Hausman, J. (1981), "Assessing the potential demand for electric cards", *Journal of Econometrics*, 16: 1-19.
- Browning, C.J. y Thomas S.A. (2001), "Community values and preferences in transplanted organ allocation decisions", *Social Science Medicine*, 52(6): 853-61.
- Bryan, S. y Dolan P. (2004), "Discrete choice experiments in health economics. For better or for worse?", *European Journal Health Economics*, 5(3): 199-202.
- Carballido, J., Resel, L., Jiménez, F., Ballesteros, J.J. y Unda, M. (2000), *Integración de guías asistenciales de HBP en la Urología española*, Ediciones DOYMA.
- Elster, J. (1992), *Local justice*, Sage Foundation cop. New York.
- Espallargués, M., Sampietro, L., Castells, X., Pinto, J.L. y Rodríguez, E. (2003), *Elaboración de un sistema de priorización de pacientes en lista de espera para cirugía de cataratas, artroplastia de*

- caderra y rodilla*, Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya.
- Farell, C. (2004), *Patient and Public Involvement in health: the evidence for policy implementation, Policy research Programme. UK Department of Health*.
- Fricker, J. (1999), "BMA proposes strategy to reformulate waiting lists", *British Medical Journal*, 318(7199): 1698-1699.
- Green, P. y Srinivasan, V. (1978), "Conjoint analysis in consumer research: issues and outlook", *Journal of Consumer Research*, 5: 103-122.
- Hadorn, D.C. (2000), "Setting priorities for waiting lists: defining our terms", *Canadian Medical Association Journal*, 163(7): 857-60.
- Hadorn, D.C. y Colmes, A.C. (1997), "The New Zealand priority criteria project. Part 1: overview", *British Medical Journal*, 314(7074): 131-134.
- Jackson, N.W., Doogue, M.P. y Elliot, J.M. (1999), "Priority points and cardiac events while waiting for coronary bypass surgery", *Heart*, 81: 367-373.
- Louviere, J. (1988), "Conjoint analysis modelling of stated preferences", *Journal of Transport Economics and Policy*, 22: 93-120.
- Luce, D.R. y Tukey, P.E. (1964), "Simultaneous conjoint measurement: A new type of fundamental measurement", *Journal of Mathematical Psychology*, 1: 1-27.
- O'Connel, M. (2002), "Appropriate waiting times: Who should decide?", en *Waiting Lists and waiting times in health care-Managing demand and supply*. Standing Committee of the Hospitals of the European Union (HOPE).
- Peiró, S. (2000), "Listas de espera: mucho ruido, poca información, políticas oportunistas y mínima gestión", *Gestión clínica y sanitaria*, 2(4): 115-116.
- Pierce, G.A., Kauffman, H.M., Ellison, M.D., Edwards, E.B., Klein, D.H., Wolf, J.S., Graham, W.K. y Daily, O.P. (1996), "UNOS Scientific Registry: Present and Future", *Transplantation Proceedings*, 28(4): 2355-2357.
- Pinto, J.L. y Sánchez, J. (1999), *Establecimiento de prioridades en las prestaciones sanitarias en base a información sobre las preferencias sociales*, ED: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ratcliffe, J. (2000), "Public preferences for the allocation of donor liver grafts for transplantation", *Health Economics*, 9: 137-148.
- Rodríguez-Míguez, E., Herrero, C. y Pinto-Prades, J.L. (2004), "Using a point system in the management of waiting lists: the case of cataracts", *Social Science & Medicine*, 59(3): 585-594.
- Ryan, M., Bate, A., Eastmond, J. y Ludbrook, A. (2001), "Use of discrete choice experiments to elicit preferences", *Quality and Safety in Health Care*, 10(I): 55-60.
- Ryan, M. y Hughes, J. (1997), "Using conjoint analysis to assess women's preferences for miscarriage management", *Health Economics*, 6: 261-273.
- Shackley, P. y Ryan, M. (1995), "Involving Consumers in Health Care decision Making", *Health care Analysis*, 3: 196-204.
- Steckel, J.H., DeSarbo, W.S. y Mahajan, V. (1991), "On the creation of acceptable conjoint analysis experimental designs", *Decision Sciences*, 22: 435-441.

**Abstract**

Waiting lists are the main mechanisms for rationing demand in national health systems. The usual way to organize patients in a waiting list is on a simple *first come first serve* basis. Characteristics like the intensity of symptoms or the patient's limitations in daily activities are not considered explicitly. In this paper, we apply a point system that incorporates social preferences in the management of waiting lists for surgical intervention on the prostate. The results show that both clinical and social variables are important for prioritizing patients waiting for this intervention. Furthermore, we detect some differences between the preferences of patients and general population.

**Key words:** Waiting lists; priority setting; point system; discrete choice experiments; rank-ordered logit model.

**JEL classification:** I18, C25.

## ANEXO

**Tabla A.1: Atributos y niveles relevantes para priorizar pacientes con HBP que esperan una intervención**

ATRIBUTO	DEFINICIÓN	NIVELES
<b>Gravedad</b>	Problemas médicos que puede experimentar el paciente que está esperando una intervención de próstata (sangre en la orina, retención aguda de orina, infecciones de orina, etc.).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Gravedad baja:</b> Son aquellos pacientes que no presentan ninguno de los problemas médicos mencionados o presentan alguno/s de forma ocasional (1 ó 2 veces al año).</li> <li>• <b>Gravedad media:</b> Son aquellos pacientes que presentan alguno/s de los problemas médicos mencionados de forma frecuente (4 o más veces al año).</li> </ul>
<b>Molestias</b>	Síntomas o molestias que puede experimentar el paciente en su vida diaria (dificultad para orinar, ir muchas veces al baño de día y de noche, dificultad para retener la orina, sensación de no haber vaciado la vejiga, etc.).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Molestias moderadas:</b> Aquellos pacientes que presentan algunas molestias menos de 15 días al mes.</li> <li>• <b>Molestias severas:</b> Aquellos pacientes que presentan muchas molestias casi a diario.</li> </ul>
<b>Limitaciones en la actividad de la vida cotidiana</b>	Grado de limitación que el paciente tiene para realizar las actividades sociales o familiares que realizaba antes de tener esta enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tiene pocas limitaciones para realizar las actividades de la vida cotidiana:</b> Los pacientes de este grupo perciben que su enfermedad entorpece poco la realización de sus actividades sociales, tareas del hogar, cuidados familiares,....</li> <li>• <b>Tiene bastantes limitaciones para realizar las actividades de la vida cotidiana:</b> Los pacientes de este grupo perciben que su enfermedad entorpece mucho la realización de sus actividades sociales, tareas del hogar, cuidados familiares,....</li> </ul>
<b>Limitaciones para trabajar</b>	Grado de limitación para trabajar debido a los problemas de próstata en aquellos pacientes que todavía se encuentran en edad de trabajar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>El paciente no trabaja o no está limitado para trabajar a causa de la enfermedad.</b></li> <li>• <b>El paciente está limitado para trabajar a causa de la enfermedad.</b></li> </ul>
<b>Tener otras enfermedades que agravan la situación</b>	Hace referencia a si el paciente tiene o no alguna otra incapacidad (problemas de visión, problemas de movilidad, demencia senil, etc.) que agrave de forma relevante los problemas cotidianos causados por la enfermedad de próstata.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>El paciente no tiene otra enfermedad que agrava la situación causada por los problemas de próstata.</b></li> <li>• <b>El paciente tiene otra enfermedad que agrava la situación causada por los problemas de próstata.</b></li> </ul>

**Tabla A.2: Pacientes-tipo seleccionados**

Gravedad baja Molestias moderadas Pocas limitaciones en la actividad de la vida cotidiana Limitado para trabajar a causa de la enfermedad No tiene otra enfermedad que agrave la situación	Gravedad baja Molestias moderadas Bastantes limitaciones en la actividad de la vida cotidiana No limitado para trabajar debido a la enfermedad o no trabaja No tiene otra enfermedad que agrave la situación
Gravedad baja Molestias severas Pocas limitaciones en la actividad de la vida cotidiana No limitado para trabajar debido a la enfermedad, o no trabaja Tiene otra enfermedad que agrava la situación	Gravedad baja Molestias severas Bastantes limitaciones en la actividad de la vida cotidiana Limitado para trabajar a causa de la enfermedad Tiene otra enfermedad que agrava la situación
Gravedad media Molestias severas Pocas limitaciones en la actividad de la vida cotidiana No limitado para trabajar debido a la enfermedad, o no trabaja No tiene otra enfermedad que agrave la situación	Gravedad media Molestias severas Bastantes limitaciones en la actividad de la vida cotidiana Limitado para trabajar a causa de la enfermedad No tiene otra enfermedad que agrave la situación
Gravedad media Molestias moderadas Pocas limitaciones en la actividad de la vida cotidiana Limitado para trabajar a causa de la enfermedad Tiene otra enfermedad que agrava la situación	Gravedad media Molestias moderadas Bastantes limitaciones en la actividad de la vida cotidiana No limitado para trabajar debido a la enfermedad o no trabaja Tiene otra enfermedad que agrava la situación

Tabla A.3: Características de los participantes en la segunda fase del estudio

	Población general (n=220)	Pacientes (n=85)
<b>A) Características socio-profesionales</b>		
<b>Edad media (mediana)</b>	47,7 (46,0)	67,4 (68,0)
<b>Hombres</b>	47,7%	97,6%
<b>Estado civil:</b>		
Casado o pareja de hecho	55,9%	88,2%
Solteros	31,8%	8,2%
Separado o divorciado	2,3%	1,2%
Viudo	9,5%	2,4%
<b>Nivel de estudios:</b>		
Sin estudios	5,9%	34,1%
EGB / Primaria	31,4%	51,8%
Estudios medios	39,5%	10,6%
Estudios superiores	20,9%	2,4%
<b>Situación laboral:</b>		
Trabaja por cuenta propia	14,1%	3,5%
Trabaja por cuenta ajena	32,7%	4,7%
Desempleado	4,5%	1,2%
Jubilado	27,7%	85,9%
Tareas del hogar	9,5%	2,4%
Estudiante	8,6%	2,4%
<b>Tipo de asistencia sanitaria que utiliza habitualmente:</b>		
Pública	78,6%	82,4%
Privada	9,5%	1,2%
Ambas por igual	11,4%	16,5%
<b>B) Características clínicas</b>		
<b>Padeció o padece enfermedades relacionadas con la próstata</b>	5,9%	100%
Espera una intervención	23,1%	95,0%
Ya fue intervenido	23,1%	5,0%
No se prescribió la intervención	53,8%	0%
<b>Tiene otra enfermedad que agudiza las limitaciones causadas por HBP</b>	—	11,3%
<b>Sus problemas de HBP le limitan sus actividades de la vida diaria</b>	—	35,0%
<b>Está en lista de espera que no sea por HBP</b>	8,6%	7,1%
<b>Ha tenido baja laboral en los últimos 12 meses</b>	8,6%	5,9%
El motivo de la baja fueron sus problemas de HBP	—	20,0%
<b>Percepción de su estado de salud general:</b>		
Muy bueno	19,1%	7,1%
Bueno	52,3%	47,1%
Regular	25,0%	41,2%
— Su estado de salud (regular) se debe a los problemas de próstata	—	51,4%
Malo	3,2%	4,7%
— Su estado de salud (malo) se debe a los problemas de próstata	—	75,0%

— No se ha realizado la pregunta