



ORIGINAL

Criterios para priorizar a pacientes en lista de espera para procedimientos quirúrgicos en el Sistema Nacional de Salud

A. Allepuz^{a,c,*}, M. Espallargues^{b,c}, O. Martínez^b y por el equipo de investigación del proyecto[♦]

^aServicio de Atención Primaria, Alt Penedès-Garraf, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

^bAgencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas de Cataluña, Cataluña, España

^cCIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)

Recibido el 15 de diciembre de 2008; aceptado el 13 de marzo de 2009

Disponible en Internet el 25 de julio de 2009

PALABRAS CLAVE

Listas de espera;
Evaluación de
necesidades;
Procedimientos
quirúrgicos

Resumen

Objetivo: Conocer la importancia de los criterios propuestos para la priorización de los pacientes en lista de espera quirúrgica en otros trabajos y analizar su utilización durante la práctica diaria.

Material y métodos: Estudio transversal a partir de una encuesta postal autoadministrada a gerentes, directores médicos, responsables de admisiones y jefes de servicio de cirugía general, oftalmología, cirugía ortopédica y traumatología, y cirugía vascular de 139 centros. El cuestionario incluyó 3 secciones: a) se escogían los 3 a 5 criterios más importantes y se valoraba su utilización durante la práctica diaria; b) se proponían nuevos criterios, y c) datos sociodemográficos. Se calculó la media de la importancia de cada criterio y su desviación estándar. Los criterios propuestos se categorizaron y se calculó su frecuencia.

Resultados: Respondió el 22% de los encuestados. La gravedad de la enfermedad, la rapidez de la progresión de la enfermedad, el tiempo de espera y el dolor fueron los criterios considerados más importantes y los más utilizados. La situación clínica actual y el entorno del profesional fueron las 2 categorías más frecuentes definidas a partir de los criterios propuestos por los encuestados.

Conclusiones: El orden de intervención debería estar determinado por otros criterios relacionados con la necesidad de la cirugía, aparte del tiempo de espera. Establecer

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alexallepuz@gmail.com (A. Allepuz).

♦Además de los autores, son miembros del equipo de investigación del proyecto Joan Pons, Marie-Pierre Gagnon, Cristian Tebé, Montserrat Moharra (Agencia de Evaluación de Tecnologías e Investigación Médicas de Cataluña); Laura Sampietro-Colom (Planificación Estratégica, Dirección General de Planificación y Evaluación, Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña); Francisco Aguiar, Luis Valdés (Hospital Costa del Sol); Jesús Martínez (Hospital Universitario Virgen de las Nieves); Teresa Hermsilla (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía); Enrique Bernal (Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud), y Pedro Serrano (Servicio de Evaluación y Planificación de la Dirección del Servicio Canario de Salud).

KEYWORDS

Waiting lists;
Needs assessment;
Surgical procedures

criterios de priorización permitiría hacer explícitos los criterios empleados ya de forma implícita.

© 2008 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Criteria for prioritising patients on surgical waiting lists in the National Health System
Abstract

Objective: To survey the importance of previously proposed criteria for prioritising patients on surgical waiting lists and to analyse their use in daily practice.

Material and methods: Cross-sectional study through a self-administered postal questionnaire to hospital managers, medical directors, admissions managers, and department heads of general surgery, ophthalmology, orthopaedics and traumatology surgery and vascular surgery from 139 centres. The questionnaire comprised 3 sections: a) 3 to 5 of the most important criteria had to be selected and their use in daily practice had to be assessed; b) new criteria were proposed, c) socio-demographic data. The mean and its standard deviation of each criterion of importance were calculated. The proposed criteria were categorised and their frequency was calculated.

Results: The questionnaire was answered by the 22% of those surveyed. Disease severity, speed of progression, waiting time and pain were the criteria considered as most important and were the most used. The current clinical situation and the professional environment were the two most common categories defined from the criteria proposed by those surveyed.

Conclusions: The surgical priority should be determined by other criteria related to surgery necessity besides waiting time. Establishing prioritisation criteria could enable current implicit criteria to be used explicitly.

© 2008 SECA. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Las listas de espera para algunos procedimientos quirúrgicos son, actualmente, uno de los problemas más importantes del Sistema Nacional de Salud (SNS). A pesar de que los sistemas sanitarios europeos han adoptado diferentes estrategias para hacer frente al problema de las listas de espera, éstas persisten debido, probablemente, a que su origen es multifactorial y requiere un abordaje coordinado e integral con los diferentes grados del SNS^{1,2}.

El momento de entrada en la lista de espera ha sido de forma tradicional el único sistema explícito de gestión de las listas de espera, aunque diversos estudios muestran cómo diferentes factores pueden influir de forma implícita sobre el tiempo de espera³⁻⁵. El desarrollo de instrumentos de priorización ha sido la estrategia seguida por algunos países, como Nueva Zelanda, Canadá y el Reino Unido principalmente, para la gestión de las listas de espera en función de la necesidad del paciente y del beneficio esperado de la cirugía^{6,7}. En el caso de España, el Consejo Interterritorial del SNS, a partir de paneles de expertos, publicó unas recomendaciones que establecían 3 grados de prioridad en función de la urgencia de la enfermedad, que han sido adoptadas por muchas comunidades autónomas⁸; en el País Vasco y en Cataluña se han desarrollado instrumentos de priorización de pacientes en lista de espera para artroplastias de cadera y rodilla y cirugía de catarata⁹⁻¹³.

El desarrollo de instrumentos de priorización es un proceso largo y costoso, y que, en general, ha estado enfocado a enfermedades concretas en las que las listas de

espera han representado un problema importante. En este sentido, establecer unos criterios comunes a todo tipo de procedimientos quirúrgicos simplificaría por un lado la implementación de instrumentos de priorización y podría hacer comparables listas de espera para diferentes procedimientos, lo que facilitaría su gestión y la toma de decisiones. El objetivo del trabajo fue conocer la importancia asignada por los profesionales encuestados a los criterios propuestos en otros trabajos ya publicados para ordenar la lista de espera quirúrgica, además de analizar su influencia sobre la prioridad y su utilización durante la práctica diaria.

Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo transversal a partir de una encuesta autoadministrada, en la que se incluyeron aquellos criterios propuestos en trabajos previos para ordenar la lista de espera que se consideraron como no específicos de una enfermedad concreta^{6,7}, y enviada a profesionales de 139 hospitales del SNS seleccionados de forma aleatorizada a partir del Catálogo Nacional de Hospitales. En el estudio, previo acuerdo del equipo investigador según los criterios de frecuencia de las enfermedades en lista de espera y con el objetivo de obtener una visión amplia sobre la gestión de las listas de espera, se incluyeron los gerentes (n = 130, 14,9%), directores médicos y responsables de admisiones (n = 270, 31%), y jefes de servicio de cirugía general, oftalmología, cirugía ortopédica y traumatología, y cirugía vascular (n = 471, 54,1%) de cada uno de los centros seleccionados, lo que sumó un total de 871 personas.

El cuestionario, enviado por correo postal con 2 recordatorios, incluyó 3 secciones (anexo 1): sección 1: evaluación de criterios de prioridad propuestos en otros trabajos (tabla 2); sección 2: propuesta de otros criterios de prioridad, y sección 3: datos sociodemográficos del encuestado (tabla 3). En la sección 1 se debían escoger los 3–5 criterios más importantes y los 3–5 menos importantes. También se pidió que se valorase la influencia de cada criterio sobre la prioridad: si la incrementaba, la dejaba igual o la disminuía. Por último, para cada criterio se debía de contestar si se utilizaba durante la práctica habitual.

Análisis

Se realizó un análisis descriptivo de las características de la población de estudio y se calcularon los porcentajes de respuesta global y según los profesionales. Cuando un criterio se seleccionó entre los más importantes, se le asignó un 1; cuando se seleccionó entre los menos importantes, un -1, y cuando no se seleccionó, un 0. En cuanto a la influencia sobre la prioridad, se asignó 1 cuando el criterio incrementaba la prioridad, -1 si la disminuía y 0 si la dejaba igual. Se calcularon la media y la desviación estándar de la importancia de cada criterio y de su influencia sobre la prioridad. La variabilidad en la respuesta se midió restando a cada valoración la media global y dividiendo el cuadrado de esta diferencia entre el total de las valoraciones. La escala de medida elegida, de -1 a 1, hizo que en el caso de máxima variabilidad —la mitad de las respuestas con el valor -1 y la otra mitad con el valor 1—, el valor del estadístico fuera 1; mientras que si todas las respuestas eran las mismas —mínima variabilidad—, el valor era 0. La concordancia entre los diferentes grupos de profesionales agrupados en jefes de servicio, gerentes y directores médicos, y responsables de admisiones se analizó a partir del coeficiente de correlación intraclase (CCI) y su intervalo de confianza (IC) del 95% de la media de las puntuaciones de importancia asignada por cada grupo a cada uno de los criterios.

Con respecto a los criterios de priorización propuestos por los encuestados, se generaron categorías que permitían agruparlos al calcular para cada una de ellas su frecuencia y porcentaje de utilización.

Resultados

El porcentaje global de respuesta fue del 22% (192), y fue superior en los jefes de servicio (tabla 1). La gravedad de la enfermedad, la rapidez de progresión de la enfermedad y el dolor fueron los 3 criterios considerados como más importantes; mientras que el nivel socioeconómico, la limitación de las relaciones sociales y la enfermedad autoinducida fueron los considerados como menos importantes. La menor variabilidad en la respuesta se observó en el criterio nivel socioeconómico, mientras que la mayor variabilidad se observó en el tiempo en la lista de espera. Por otro lado, la variabilidad en la respuesta fue casi inexistente al considerar que la gravedad de la enfermedad era el criterio que más incrementaba la prioridad, mientras

Tabla 1 Características de la población de estudio

	n	Respuestas, n (%)	Edad		Sexo		Años de experiencia		Años de trabajo en lugar actual		Porcentaje del total de horas de jornada laboral dedicado al mes a cada actividad			
			Media (DE)	Media (DE)	Mujeres, %	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Asistencia	Docencia	Investigación	Gestión	Media (DE)
Jefes de servicio	471	129 (27,4)	52,8 (7,1)	28,3 (7,1)	8,9	17,4 (10,0)	61,3 (22,3)	8,3 (7,1)	5,7 (6,3)	25,0 (17,2)				
Directores médicos y responsables de admisiones	270	47 (17,4)	43,6 (6,0)	21,4 (5,6)	37,8	10,1 (8,3)	13,4 (25,7)	3,3 (5,8)	2,5 (4,5)	80,8 (27,1)				
Gerentes	130	16 (12,3)	45,1 (5,5)	21,5 (5,3)	33,3	9,9 (6,8)	5,4 (20,0)	1,4 (2,9)	0,7 (1,4)	92,5 (21,8)				
Total	871	192 (22,0)	50,6 (7,4)	26,1 (7,4)	18,0	15,2 (10,0)	45,2 (32,8)	6,5 (7,1)	4,6 (5,9)	44,0 (34,3)				

DE: desviación estándar.

Tabla 2 Importancia de los criterios, influencia sobre la prioridad y utilización en la práctica diaria^a

	Importancia		Influencia sobre la prioridad		Utilización	
	Media (DE)	Var	Media (DE)	Var	n	%
Gravedad de la enfermedad	0,79 (0,41)	0,18	0,99 (0,08)	0,01	152	82,6
Rapidez de progresión de la enfermedad	0,64 (0,51)	0,26	0,97 (0,21)	0,04	146	79,4
Dolor	0,57 (0,54)	0,30	0,93 (0,31)	0,10	141	76,6
Tiempo en la lista de espera	0,48 (0,71)	0,50	0,91 (0,37)	0,14	144	78,3
Limitación de las AVD	0,45 (0,54)	0,31	0,97 (0,18)	0,13	128	69,6
Limitación para trabajar	0,39 (0,59)	0,35	0,93 (0,34)	0,12	116	63,0
Alivio de los síntomas	0,16 (0,51)	0,26	0,67 (0,65)	0,42	93	50,5
Probabilidad de recuperación	0,14 (0,50)	0,25	0,78 (0,50)	0,25	88	47,8
Personas a su cargo	0,06 (0,50)	0,25	0,76 (0,52)	0,27	76	41,3
Dependencia de otras personas	0,02 (0,43)	0,18	0,73 (0,56)	0,32	74	40,2
Afectación psicológica por la enfermedad	0,00 (0,37)	0,14	0,86 (0,45)	0,20	63	34,2
Comorbilidades	-0,07 (0,47)	0,22	0,22 (0,88)	0,78	64	34,8
Personas que le ayudan	-0,30 (0,48)	0,23	-0,09 (0,85)	0,73	21	11,4
Edad	-0,38 (0,64)	0,41	-0,22 (0,78)	0,60	73	39,7
Limitación de sus relaciones sociales	-0,53 (0,53)	0,28	0,39 (0,74)	0,55	41	22,3
Enfermedad autoinducida ^b	-0,57 (0,53)	0,28	-0,47 (0,64)	0,41	45	24,5
Nivel socioeconómico	-0,89 (0,32)	0,10	-0,27 (0,65)	0,42	11	6,0

AVD: actividades de la vida diaria; DE: desviación estándar; Var: variabilidad en la respuesta.

^aEl rango de valoraciones en importancia e influencia sobre la prioridad va desde -1 (el menos importante, disminuye la prioridad) hasta 1 (el más importante, incrementa la prioridad). El rango de variabilidad va desde 0 (la mínima variabilidad) hasta 1 (la máxima variabilidad).

^bEnfermedades relacionadas con los estilos de vida del paciente.

Tabla 3 Definición de las categorías empleadas para el análisis del contenido de los criterios propuestos por los encuestados

Categoría	Aspectos incluidos	Frecuencia		Utilización, %
		n	%	
Condición clínica actual	Diagnósticos concretos, malignidad de la enfermedad, comorbilidades, agudeza visual, urgencia de la intervención, progresión de la enfermedad, gravedad, pronóstico, dolor, coste-beneficio	69	42,3	79,6
Funcionales	Limitación para trabajar, limitación para hacer deporte, dificultades en la deambulaci3n	31	19,0	84,4
Psicosociales	Entorno del paciente conflictivo, barreras arquitect3nicas, embarazo, lactancia, problemas de escolarizaci3n, obligaciones profesionales	17	10,4	83,9
Demogr3ficos	Edad, nivel socioecon3mico	11	6,7	72,2
Administrativos	Tiempo en la lista de espera, compras selectivas del asegurador	10	6,1	100
Problemas cl3nicos derivados de la atenci3n sanitaria	Complicaciones de la cirug3a previa, complicaciones farmacol3gicas	10	6,1	66,7
Entorno	Acceso preferencial (familiares, amigos, personal de la casa), presiones (desde la gerencia, direcci3n o los pacientes), objetivos	8	4,9	37,5
Otros no clasificables	Inclusi3n en el protocolo de estudio, derivaci3n desde otros centros o de otras comunidades aut3nomas, inscripci3n en varias listas de espera	7	4,3	50,0

que el que más la disminuía era la enfermedad autoinducida (tabla 2).

Con respecto a la utilización de los criterios de priorización, más del 75% de los encuestados empleaba la gravedad de la enfermedad, la rapidez de progresión de la enfermedad, el tiempo en la lista de espera y el dolor durante su práctica diaria (tabla 2). En cuanto a la concordancia entre los 3 grupos de profesionales encuestados sobre la valoración de la importancia de cada criterio, el CCI fue de 0,99 (IC del 95%: 0,97 a 1).

Del total de los encuestados, 56 incluyeron 163 criterios que tras su revisión se clasificaron en 8 categorías. Sobre el total de los criterios propuestos, los de la categoría de la condición clínica actual, los factores relacionados con el entorno y los factores psicosociales fueron los más frecuentes y los más utilizados en la práctica diaria (tabla 3).

Discusión

Los resultados de este trabajo muestran que los profesionales consideran que hay otros criterios más relevantes que el tiempo en la lista de espera para determinar el momento de la intervención. A pesar de que el tiempo de espera fue el cuarto criterio en importancia, la variabilidad en la respuesta fue la más elevada de todos los criterios evaluados, lo que coincide con otros trabajos en los que hubo opiniones discordantes sobre la necesidad de tener en cuenta el tiempo de espera como criterio para priorizar^{12,14}. Por otro lado, los criterios médicos —la gravedad de la enfermedad y la progresión de la enfermedad— y la percepción sobre las limitaciones funcionales —limitación de las actividades de la vida diaria y limitación para trabajar— fueron los aspectos mejor valorados, junto con el dolor. Estos resultados coinciden con los instrumentos de priorización desarrollados en el País Vasco y Cataluña, y han mostrado ser válidos a la hora de evaluar la prioridad^{9,11–13,15}.

Un aspecto que resulta interesante destacar es la importancia otorgada al criterio probabilidad de recuperación. A pesar de que el resultado esperado de la intervención quirúrgica se podría considerar como un aspecto importante a la hora de su indicación, fue el octavo criterio en importancia. Estos resultados coinciden con los instrumentos de priorización desarrollados en Cataluña, donde al criterio probabilidad de recuperación se le asignó un peso de 7 sobre 100 en la cirugía de catarata y de 4 sobre 100 en las artroplastias^{12,13}. En el caso del instrumento para las artroplastias del País Vasco, la mejora esperada después de la cirugía tiene un peso de 7 sobre 100¹⁰, aunque no ocurre lo mismo en el caso de la cirugía de catarata¹¹. Por el contrario, en Canadá, en el instrumento para cirugía general se incluyó un criterio sobre la efectividad de la intervención medido en años de vida ganados y al que se le asignó un peso relativo de 20 puntos¹⁶.

Los criterios que tienen en cuenta la influencia del entorno no se encontraron entre los mejor valorados. Los criterios personas a cargo del paciente o personas que lo ayudan son criterios incluidos en los instrumentos de priorización desarrollados en Cataluña (15 a 19 puntos sobre 100) y en el País Vasco (3 a 5 puntos sobre 100)^{11–13}. El resto

de criterios incluidos en la encuesta obtuvieron, en general, puntuaciones medias inferiores a 0. Se trata de criterios que no se incluyeron en los instrumentos de priorización del País Vasco y de Cataluña¹². Entre los criterios propuestos por los encuestados, el criterio entorno se ha revelado como un aspecto relevante. En este sentido, el disponer de instrumentos con criterios explícitos para ordenar la lista de espera proporcionaría al profesional información sobre la necesidad de la intervención¹⁷. Por otro lado, algunas de las condiciones clínicas y las complicaciones previas reflejan la importancia de las condiciones urgentes a la hora de decidir el momento de la intervención.

Al comparar los resultados de este estudio con trabajos realizados en otros países también se observan resultados similares. En Gales, la rapidez de progresión de la enfermedad, el dolor, la limitación de las actividades de la vida diaria y el grado de incapacidad se consideraron los criterios más importantes¹⁴. En Finlandia, que el paciente fuese un niño, la gravedad de la enfermedad y el pronóstico de la enfermedad fueron los 3 criterios de priorización para los que el acuerdo fue mayor¹⁸. En el caso del Western Canada Waiting List Project, los criterios considerados más importantes, excepto en el caso del tiempo de espera, se han incluido en sus instrumentos de priorización^{19,20}. En el trabajo de Peiró et al sobre la gestión de las listas de espera en las comunidades autónomas, el 58,6% de los encuestados consideró que los tiempos de garantía no eran útiles para reducir las listas de espera, lo que refuerza los resultados de este trabajo; la priorización es una de las propuestas de mejora en la gestión de las listas de espera²¹.

La principal limitación del estudio es el bajo porcentaje de respuesta obtenido. En trabajos de características similares, el porcentaje de respuesta estuvo entre el 37 y el 68%, aunque en el caso de las autoridades sanitarias, en un trabajo llegó al 83% (contestaron 24 de 29)^{14,18}. En el trabajo de Peiró en el que se encuestó a una población similar a ésta, la tasa de respuesta fue del 27,6%²¹. Esta baja respuesta podría afectar a la validez de los resultados, aunque las coincidencias observadas con otros trabajos hablan a favor de la consistencia de los resultados. La interpretación de cada encuestado de los criterios propuestos es otra limitación del trabajo. En el cuestionario no se incluyeron definiciones para cada criterio, lo que quizá ha podido incrementar la variabilidad en la valoración de alguno de ellos.

La utilización del tiempo de espera como único criterio para ordenar la lista de espera parece entrar en contradicción con la opinión y la práctica diaria de los profesionales. El desarrollo de instrumentos de priorización que incluyan criterios para los que hay consenso facilitaría la gestión de la lista al conocer las características de las personas que están esperando y la haría más transparente al hacer explícitos los criterios que, de forma implícita, ya se están empleando.

Financiación

El Instituto de Salud Carlos III (FIS PI04/90191) ha financiado parcialmente este estudio.

Datos demográficos y profesionales

1. Año de nacimiento: _____
2. Sexo:
 - Varón
 - Mujer
3. Año de licenciatura: _____
4. Número de años trabajando en el centro en el que actualmente se encuentra: _____
5. ¿Qué porcentaje del total de horas de trabajo dedica cada mes a cada una de las siguientes actividades?
 - a. Docencia _____ %
 - b. Investigación _____ %
 - c. Asistencia clínica y quirúrgica _____ %
 - d. Tareas de gestión _____ %

100%

Espacio reservado para cualquier comentario o sugerencia que desee realizar.

Bibliografía

1. Frankel S, Ebrahim S, Davey SG. The limits to demand for health care. *BMJ*. 2000;321:40–5.
2. Martin RM, Sterne JA, Gunnell D, Ebrahim S, Davey SG, Frankel S. NHS waiting lists and evidence of national or local failure: Analysis of health service data. *BMJ*. 2003;326:188.
3. Kelly KD, Voaklander DC, Johnston WC, Suarez-Almazor ME. Equity in waiting times for major joint arthroplasty. *Can J Surg*. 2002;45:269–76.
4. Fitzpatrick R, Norquist JM, Reeves BC, Morris RW, Murray DW, Gregg PJ. Equity and need when waiting for total hip replacement surgery. *J Eval Clin Pract*. 2004;10:3–9.
5. Arnesen KE, Erikssen J, Stavem K. Gender and socioeconomic status as determinants of waiting time for inpatient surgery in a system with implicit queue management. *Health Policy*. 2002;62:329–41.
6. MacCormick AD, Collett WG, Parry BR. Prioritizing patients for elective surgery: A systematic review. *ANZ J Surg*. 2003;73:633–42.
7. Espallargues M, Gallo P, Pons JMV, Sampietro-Colom L. Situación y abordaje de las listas de espera en Europa. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya; 2000.
8. Grupo de expertos sobre listas de espera. Informe técnico sobre listas de espera. Criterios de indicación y prioridad clínica de los procesos más frecuentes en lista de espera quirúrgica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2002.
9. Escobar A, González N, Quintana JM, Las HC. Priorización de pacientes en lista de espera para prótesis de rodilla y cadera: la opinión de los pacientes. *Gac Sanit*. 2005;19:379–85.
10. Escobar A, Quintana JM, Bilbao A, Ibáñez B, Arenaza JC, Gutiérrez L, et al. Development of explicit criteria for prioritization of hip and knee replacement. *J Eval Clin Pract*. 2007;13:429–34.
11. Quintana JM, Escobar A, Bilbao A. Explicit criteria for prioritization of cataract surgery. *BMC Health Serv Res*. 2006;6:24.
12. Sampietro-Colom L, Espallargues M, Reina MD, Marso E, Valderas JM, Estrada MD. Opiniones, vivencias y percepciones de los ciudadanos en torno a las listas de espera para cirugía electiva de catarata y artroplastia de cadera y rodilla. *Aten Primaria*. 2004;33:86–94.
13. Sampietro-Colom L, Espallargues M, Rodríguez E, Comas M, Alonso J, Castells X, et al. Wide social participation in prioritizing patients on waiting lists for joint replacement: A conjoint analysis. *Med Decis Making*. 2008;28:554–66.
14. Edwards RT, Boland A, Wilkinson C, Cohen D, Williams J. Clinical and lay preferences for the explicit prioritisation of elective waiting lists: Survey evidence from Wales. *Health Policy*. 2004;63:229–37.
15. Allepuz A, Espallargues M, Moharra M, Comas M, Pons JM, Research Group on Support Instruments-IRYSS Network. Prioritisation of patients on waiting lists for hip and knee arthroplasties and cataract surgery: Instruments validation. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:76.
16. Taylor MC, Hadorn DC. Developing priority criteria for general surgery: Results from the Western Canada Waiting List Project. *Can J Surg*. 2002;45:351–7.
17. Espallargues M, Sampietro-Colom L, Castells X, Pinto JL, Rodríguez E, Comas M. Elaboración de un sistema de priorización de pacientes en lista de espera para cirugía de catarata y artroplastia de cadera y rodilla. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya; 2003.
18. Ryyanen OP, Myllykangas M, Kinnunen J, Takala J. Attitudes to health care prioritisation methods and criteria among nurses, doctors, politicians and the general public. *Soc Sci Med*. 1999;49:1529–39.
19. Arnett G, Hadorn DC. Developing priority criteria for hip and knee replacement: Results from the Western Canada Waiting List Project. *Can J Surg*. 2003;46:290–6.
20. Romanchuk KG, Sanmugasunderam S, Hadorn DC. Developing cataract surgery priority criteria: Results from the Western Canada Waiting List Project. *Can J Ophthalmol*. 2002;37:145–54.
21. Peiró S, Ridao M. Experiencias autonómicas en la gestión de las listas de espera. Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud. Madrid: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud de la Secretaría General de Sanidad del Ministerio de Sanidad y Consumo. Observatorio del Sistema Nacional de Salud; 2004.