

capacidad de HD sin utilizar, antes de abrir nuevos centros de HD. Actualmente, en la mayoría de las provincias, no es necesaria la apertura de nuevos centros de HD. Así debería plantearse cualquier área, Pontevedra incluida.

Creemos que la provisión de diálisis debe realizarse de acuerdo con unos objetivos planificados y razonables en lo relativo a cifras de pacientes trasplantados, en HD y en DP, favoreciendo los procesos de educación y garantizando la equidad en el acceso a todos los tratamientos en todos los hospitales públicos.

Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen conflictos de interés potenciales relacionados con los contenidos de este artículo.

1. Lamas Barreiro JM, Alonso Suárez M, Saavedra Alonso JA, Gándara Martínez A. Costes y valor añadido de los conciertos de hemodiálisis y diálisis peritoneal. *Nefrología* 2011;31(6):656-63.
2. Arrieta J, Rodríguez-Carmona A, Remón C, Pérez-Fontán M, Ortega F, Sánchez Tomero JA, et al. La diálisis peritoneal es la mejor alternativa coste-efectiva para la sostenibilidad del tratamiento con diálisis. *Nefrología* 2011;31(5):505-13.
3. De Francisco ALM. Sostenibilidad y equidad del tratamiento sustitutivo de la función renal en España. *Nefrología* 2011;31(3):241-6.
4. Registro español de diálisis y trasplante del año 2010. Available at: <http://www.senefro.org/modules.php?name=webstructure&idwebstructure=128>
5. Ortega F. Influencia de los aspectos estructurales en el tratamiento sustitutivo renal. *Nefrología* 2010;30 Suppl extr 1:21-5.

Javier Arrieta¹, Ana Rodríguez-Carmona², César Remón³, Miguel Pérez-Fontán², Francisco Ortega⁴, José A. Sánchez-Tomero⁵, Rafael Selgas⁶

¹ Jefe del Servicio de Nefrología. Hospital de Basurto. Bilbao, Vizcaya.

² Servicio de Nefrología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

³ Servicio de Nefrología. Hospital de Puerto Real. Puerto Real, Cádiz.

⁴ Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Central. Oviedo.

⁵ Servicio de Nefrología. Hospital Universitario La Princesa. Madrid.

⁶ Servicio de Nefrología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Correspondencia: Javier Arrieta

Jefe del Servicio de Nefrología.

Hospital de Basurto. Bilbao, Vizcaya

jarrieta@senefro.org

La importancia de los sumandos en los estudios de costes

Nefrología 2012;32(2):248-9

doi:10.3265/Nefrología.pre2011.Dec.11306

Sr. Director:

Hemos leído con interés el artículo publicado en su revista por Lamas et al.¹ sobre el coste de los conciertos de hemodiálisis (HD) y diálisis peritoneal (DP). El análisis de coste, aunque inicialmente sencillo por ser pura matemática, está sujeto a sesgos en la elección de los sumandos.

En el trabajo publicado el coste de la DP es casi mayor que el coste de la HD. Se basa, sin embargo, en unas aseveraciones que nos gustaría puntualizar:

El primer punto es el coste del transporte sanitario. Se trata de un apartado bastante importante por el coste que supone. En el trabajo se comenta que los pacientes en diálisis peritoneal también podrían necesitar transporte con ambulancia, por lo que esa diferencia de gasto se reduciría. Los pacientes en DP acuden a consulta y lo hacen como cualquier paciente de consulta. Si tienen problemas de movilidad, se les suministra un transporte, igual que al resto de los pacientes de consulta. Sin embargo, en la HD el transporte es algo que se suministra a todos los pacientes. Por tanto, creo que el coste del transporte debería estar incluido en la tabla 1. Es más, analizando la figura 3, el coste, incluso con la HD concertada, es mayor para la HD que para la DP si hacemos la media de todas las regiones.

En la tabla 2 se detalla el coste del personal de DP teniendo en cuenta el salario del personal hospitalario público. Sin embargo, en el apartado de HD sólo se incluye el coste que supone el concierto que se paga a los centros concertados. Habría que detallar el porcentaje de pacientes en HD concertada y el que se dializa en hospitales públicos, y hacer un ajuste con el coste de personal hospitalario.

Consideraciones respecto al acceso vascular/peritoneal:¹ Se detalla, en el apartado de DP, el coste por catéter y prolongadores. Sin embargo, no se menciona el porcentaje de pacientes que en HD están con fístula nativa, cuántos con politetrafluoroetileno (PTFE) y cuántos con catéter temporal o permanente y cuál es el coste de esos fungibles (además de la cirugía, ingresos, etc.), así como el de urocina.

En cuanto a las técnicas, en DP se detalla el porcentaje de pacientes con diferentes técnicas y volumen. Sin embargo, no se menciona el porcentaje de pacientes que están con filtros de alta permeabilidad ni con técnicas convectivas, ni mucho menos con mayor frecuencia de hemodiálisis que las habituales (lo que incrementa el coste de manera importante).

Se dice que la HD genera puestos de trabajo directo. Si contratamos a una persona para atender a cada paciente, estaremos creando puestos de trabajo, pero eso no es eficiencia, sino malgastar los recursos públicos, cada vez más escasos.

En definitiva, no podemos estar de acuerdo con sus conclusiones sobre el coste de las diferentes técnicas, salvo en la que aseveran que «Las discrepancias existentes entre los distintos estudios publicados en España sobre costes comparativos de DP y HD hacen necesaria la realización de nuevos estudios más rigurosos para aportar más conocimiento sobre esta cuestión». Espero que algún día la Administración haga un estudio de costes riguroso para poder saber, sin sesgos, el coste real de la diálisis en España.

Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen conflictos de interés potenciales relacionados con los contenidos de este artículo.

1. Lamas Barreiro JM, Alonso Suárez M, Saavedra Alonso JA, Gándara Martínez A. Costes y valor añadido de los conciertos de hemodiálisis y diálisis peritoneal. *Nefrología* 2011;31(6):656-63.

José I. Minguela-Pesquera,

Isabel Jimeno-Martín,

Ramón Ruiz de Gauna-López de Heredia

Servicio de Nefrología. Hospital Txagorritxu.

Vitoria-Gasteiz, Álava

Correspondencia: José I. Minguela Pesquera

Servicio de Nefrología.

Hospital Txagorritxu. José Atxotegi s/n. 01009

Vitoria-Gasteiz, Álava.

joseignacio.minguelapesquera@osakidetza.net

Costes de los conciertos de hemodiálisis y diálisis peritoneal

Nefrología 2012;32(2):249-50

doi:10.3265/Nefrología.pre2012.Jan.11342

Sr. Director:

En relación con las cartas de los Dres. Arrieta et al. y Minguela et al. referentes a nuestro artículo¹, quisiéramos, además de agradecerles su interés, críticas y aportaciones, hacer algunas puntualizaciones:

Asumimos que la hemodiálisis (HD) y la diálisis peritoneal (DP) tienen una eficacia similar basándonos en datos de la literatura, corroborados por una revisión reciente de nuestra revista². El hecho de que los pacientes en DP tengan en algunos estudios mayor supervivencia, tasas menores de hospitalización y una aparente mayor probabilidad de ser trasplantados creemos que podría ser debido, como ya han señalado otros autores, a los sesgos relacionados con las características y comorbilidad de los pacientes incluidos en las dos terapias.

Nuestro estudio destaca claramente que el coste de la DP es muy dependiente de

la prescripción, que no siempre es inferior al de HD y que la mayor eficiencia de una u otra terapia viene finalmente determinada por los costes de otros componentes del tratamiento (transporte para HD, accesos para diálisis y sus complicaciones, fármacos, urgencias, hospitalizaciones), variables en los distintos hospitales. De ahí la importancia de tener en cuenta la prescripción en DP y de ser rigurosos al estimar todos los costes en futuros estudios, que deberían contar con financiación pública y con la participación de un número representativo de Servicios, para evitar los sesgos inherentes a un «efecto centro».

Estamos de acuerdo en que deben calcularse todos los costes generados en los Servicios de Nefrología por los pacientes concertados, pero deberemos distinguir entre asistencia por cuestiones no dependientes de la técnica, comunes a ambas, y por complicaciones relacionadas directamente con la terapia.

No disponíamos del porcentaje de pacientes en HD concertada con más de 3 sesiones semanales. Los datos de la S.E.N. mencionados se basan en el registro sobre HD diaria³, que incluía sólo al 70% de los pacientes prevalentes en HD⁴, de los cuales el 3,5% hacía 3,5 o 4 sesiones semanales y sólo el 1,5%, 5 o más sesiones. Si extrapolásemos estos datos a nuestro estudio, no se modificarían significativamente los resultados. Con relación a las membranas de alta permeabilidad y a las técnicas especiales, no influyen en el coste del concierto de HD en nuestra región porque no se contempla sobrepeso por su uso, utilizándose éstas a criterio y por cuenta del proveedor.

Asimismo, estamos de acuerdo en que deberíamos haber tenido en cuenta el impuesto sobre el valor añadido (IVA) al calcular la diferencia entre los costes del concierto de DP y del fungible. Pero si lo consideramos un reintegro a través de Hacienda, también deberemos contabilizar el IVA abonado en los conciertos de HD por la adquisición de los monitores, materiales y otros servicios, y el impuesto sobre la renta de las perso-

nas físicas de los participantes en ambos conciertos. Respecto al personal contratado por las empresas proveedoras de DP, es homologable al de las que suministran el material de diálisis a los centros concertados de HD, ya asumidos en el concierto.

Para finalizar, pensamos también que la DP está infrautilizada, pero no parece que el económico sea el mejor argumento para aumentar su implantación por las discrepancias existentes, manifestadas en nuestro artículo. Consideramos más bien que debe garantizarse la equidad en el acceso a todas las modalidades de diálisis en todos los Servicios de Nefrología y que la elección de técnica debe estar centrada en las circunstancias del paciente, que debería elegir su opción libremente tras una adecuada información.

Confiamos en que futuros estudios, multicéntricos, realizados con financiación pública y que tengan en cuenta todas las aportaciones realizadas, contribuyan a clarificar las cuestiones planteadas.

Conflictos de interés

Los autores declaran conflictos de interés potenciales:

- Becas: Los autores reciben financiación para distintos trabajos de investigación del Instituto Reina Sofía de Investigación. Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo.
- Bolsas de viaje o financiación para viajar: Los autores reciben financiación para distintas actividades de formación continuada de las casas comerciales: Baxter, Fresenius, Hospal y Gambro.

1. Lamas J, Alonso M, Saavedra J, Gándara A. Costes y valor añadido de los conciertos de hemodiálisis y diálisis peritoneal. *Nefrología* 2011;31(6):656-63.
2. Remón-Rodríguez C, Quirós Ganga PL. La evidencia actual demuestra una equivalencia de resultados entre las técnicas de diálisis. *Nefrología* 2011;31(5):520-7.