



Centros de diálisis extrahospitalaria: ¿de dónde venimos, a dónde vamos?

M. Albalate, C. Caramelo y L. Hernando

Fundación Jiménez Díaz. Universidad Autónoma. Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo. Madrid.

Los primeros programas de hemodiálisis (HD) hospitalaria para el tratamiento de la insuficiencia renal crónica se iniciaron a finales de los años 50 por Scribner¹. Pronto los hospitales se dieron cuenta de que tanto por el número de pacientes con esa patología como por la conveniencia de acercar el tratamiento al domicilio de los enfermos, una parte importante de los programas de HD periódicas habría de realizarse fuera de los centros hospitalarios. Estos hechos marcaron el principio de la diálisis extrahospitalaria, que incluyen tanto las diálisis realizadas en el propio domicilio del paciente² como las diálisis en centros satélites.

En nuestro país, el primer programa de HD domiciliaria fue el de la Fundación Jiménez Díaz³ que a principios de los 70 tenía más de 70 enfermos repartidos por toda la geografía española. El primer centro extrahospitalario fue puesto en marcha en Barcelona en 1965 por el doctor Emilio Rotellar Lampré, con la denominación de «Club de Diálisis». El modelo de dializador que se usaba en aquel centro —llamado glomérulo— consistía en unos metros de tubo de celofán enrollados en un recipiente redondo de no mucha capacidad por el que circulaba constantemente el líquido dializante. La eficacia de este modelo era baja, de tal modo que los enfermos debían ser periódicamente dializados con el «riñón artificial», que el mencionado autor usaba para los agudos, basado en el modelo de riñón de Kolff, modificado por él mismo. Un conjunto musical amenizaba los turnos de diálisis. Este modelo de tratamiento dio lugar a una presentación oral en el Congreso de la Sociedad Internacional de Nefrología celebrado en Washington en 1966.

El primer centro satélite funcionante en nuestro país fue el de la Fundación Jiménez Díaz abierto en 1972 en un local cercano a la misma, utilizando dializadores de suficiente eficacia y con atención por personal médico y de enfermería pertenecientes al hospital. Los enfermos eran enviados a este centro después de alcanzar una situación estable en el pro-

grama hospitalario. Con su puesta en marcha, se pretendió demostrar la posibilidad de atender a toda la población necesitada de diálisis, haciéndolo a un coste varias veces inferior a la HD hospitalaria.

Al final de la década de los 70, los centros extrahospitalarios se hicieron más numerosos, coincidiendo con la generalización de los Servicios de Nefrología en los hospitales españoles. Estos centros tenían como características peculiares que la mayor parte se instalaban en clínicas privadas y que eran atendidos por los mismos médicos y enfermeras que trabajaban en la Red Sanitaria de la Seguridad Social, más o menos fuera de su horario. El éxito de estos centros tuvo el aspecto positivo de extender las facilidades de diálisis a una población muy superior a la que hubiera podido ser atendida en los hospitales; por otra parte, su rápida expansión se vio facilitada por el beneficio económico obtenido por los profesionales, gracias al concierto establecido con la propia Seguridad Social. En esa época, también se abrieron centros extrahospitalarios dependientes de multinacionales, en general fabricantes de dializadores, e incluso de algunas Asociaciones de Enfermos Renales (ALCER y ADER). Curiosamente en la expansión de estos centros tuvo marcada influencia la decisión tomada en Portugal en estos años, por el Gobierno de Mario Soares, de financiar en metálico a los enfermos que precisaban tratamiento con HD. Este hecho hizo que un grupo español ofertara servicios que comprendían el transporte en vuelos charter desde Portugal, con llegada a inicios de semana y regreso al país vecino el viernes por la tarde.

Una filosofía nueva se comenzó a aplicar al comienzo de la década de los 80, con la Fundación Renal (FRIAT). La FRIAT fue creada por la familia de un paciente que había estado en programa de HD domiciliaria, y que había vivido de forma intensa la problemática del enfermo en diálisis. Pronto consiguió nuclear a un grupo entusiasta de personas que, con vivencias personales de la enfermedad renal, dotaron a la iniciativa del impulso necesario. La FRIAT puso en marcha una unidad extrahospitalaria cuyo objetivo era reinvertir en la investigación en nefrología el estrecho margen restante después de ofrecer a los pacientes una diálisis de la mejor calidad po-

Correspondencia: Marta Albalate Ramón
E-mail: malbalaetr@senefro.org

sible. Esta iniciativa original contó con el apoyo decidido de un plantel de médicos interesados en la medicina científica y enfermeras con alto entrenamiento y dedicación vocacional, lo que permitió plasmar un modelo que alcanza en la actualidad su cota más alta de desarrollo.

Está claro, desde esta perspectiva histórica, que aunque la nefrología se concibió como una especialidad hospitalaria, la generalización de la diálisis con la consiguiente imposibilidad de los hospitales públicos para absorber el alto número de pacientes, ha dado lugar a un enorme incremento del tratamiento con HD en centros extrahospitales concertados, desapareciendo prácticamente la diálisis domiciliaria. Esta expansión ha marcado en gran manera el desarrollo de nuestra propia especialidad, sobre todo en lo que se refiere al marco laboral. Al igual que los centros han evolucionado, nuestra forma de trabajo también lo ha hecho, como podemos afirmar las 3 generaciones de nefrólogos que elaboramos esta editorial, pasando de la casi exclusividad hospitalaria, a convertirse los centros extrahospitales en los lugares de trabajo habituales para los nefrólogos de las últimas generaciones. De hecho, dos de nosotros desarrollamos nuestra primera actividad post-MIR como nefrólogos de un Centro Satélite, cuyo primer Director y fundador fue el último firmante.

En el momento actual la Sociedad Española de Nefrología (SEN)⁴ tiene censadas como tales, a 191 unidades de diálisis extrahospitalaria (Andalucía 39, Comunidad Valenciana 31, Cataluña 30 —23 en Barcelona—, Madrid 20, Galicia 13, Castilla y León 12, Canarias 10, y en número menor todas las restantes Comunidades Autónomas). Verosímilmente, el número de unidades que pueden calificarse de extrahospitalarias es mayor ya que por ejemplo, en Asturias hay al menos siete unidades instaladas en hospitales comarcales y de segundo nivel que no tienen servicio de nefrología y funcionan con diferentes grados de colaboración con el Hospital Central de Asturias.

Todos sabemos que cada uno de estos centros tiene su forma de trabajo, establece una relación propia con sus hospitales de referencia y se rige por distintos intereses económicos. La combinación de estos elementos condiciona el tratamiento aplicado. Ahora que nos aproximamos a una era de la Nefrología basada en la Evidencia, aunque todavía tengamos que continuar analizando cual es el tratamiento que proporciona mejor calidad de vida y menor morbi-mortalidad a nuestros enfermos, existen unos mínimos exigibles y unos principios fundamentales en el tratamiento de la enfermedad renal crónica. Estos principios, que se deberían garantizar a todo paciente, son eficiencia (la mejor relación

coste/efectividad) y equidad (igualdad de oportunidades), señaladas por la SEN en las Guías de Centros de Hemodiálisis⁵. La iniciativa de estas guías para intentar asegurar un tratamiento adecuado y similar a los pacientes, independientemente del centro donde se dialicen, indica un esfuerzo e interés notable al respecto por parte de la SEN. Estas guías pueden ser de ayuda para que las diferentes Comunidades Autónomas desarrollen los conciertos con una normativa clara y homogénea, ajustada a recomendaciones generales. Su aplicación aseguraría una calidad de diálisis adecuada a los estándares preconizados en la Guía de la SEN: Sin embargo, el conocimiento y control del tratamiento sólo puede ser realizado por las autoridades sanitarias que, en última instancia, son las responsables de garantizarlo. Conocer claramente la calidad de tratamiento en cada unidad serviría para, mediante la comparación y unión de resultados de unidades hospitalarias y extrahospitalarias, determinar cual es el mejor tratamiento de diálisis a administrar, teniendo en cuenta nuestros recursos. La libre elección del Centro que, desde nuestro punto de vista, no solo ha de permitirse, sino que debería facilitarse, iría ligada a ese conocimiento de cual es la calidad de diálisis que se administra en cada unidad, lo que resultaría en un claro impulso hacia el mejoramiento, basado en la legítima competencia.

Asumiendo que la mayoría de los pacientes que se dializan en España lo hace en centros extrahospitales, y que no se conoce con precisión ni su número exacto ni las características del tratamiento que reciben, el artículo que se publica en este número de la revista *Nefrología*⁶ encara la necesidad de valorar aspectos básicos de la situación poblacional, de la aplicación de la HD y de organización en los centros en España. Los resultados que se presentan reflejan que las unidades extrahospitalarias realizan un buen trabajo, aunque exista una serie de aspectos mejorables. De hecho, en varias de las cuestiones abordadas, el rango de respuestas es muy amplio, lo que, como decíamos antes, habla de la variabilidad del tratamiento en función del centro; por ejemplo, el porcentaje de pacientes tratados con membranas de alta permeabilidad oscila de 0 a 100%, aunque la media sea cercana al 50%.

Es un hecho que la población de diálisis ha cambiado y que hemos pasado de aquellos pacientes seleccionados para el «club», a llevar en las unidades extrahospitalarias a individuos con gran comorbilidad; así, en la actualidad los centros satélites prestan servicio a enfermos cuya situación lo hubiera hecho impensable hace pocos años. En particular, el estudio realizado indica que los centros satélites han sido capaces de atender regularmente a población

años. Estos nuevos elementos de complejidad son determinantes a la hora de organizar las infraestructuras con las que trabajan las unidades y, como puede apreciarse en los resultados de la encuesta, las ratios personal/paciente están optimizadas, de cara a la obtención de una máxima rentabilidad.

Este último punto atrae la atención sobre un aspecto crítico. De las unidades censadas por la SEN, la mayor parte, son gestionadas con ánimo de lucro, descontado el beneficio que obtienen los profesionales que trabajan en ellas como asalariados o como socios, y solo un número muy pequeño reinvierte el margen de beneficio en potenciar la investigación nefrológica. Existe un número mínimo de unidades satélites dependientes de forma directa de un hospital, vg, no regentadas por empresas externas.

En términos económicos, la optimización de los recursos es un objetivo evidente en todos los centros concertados. Los resultados de la encuesta indican, al menos en una primera lectura, que la gestión lucrativa no ha estado reñida con el mantenimiento de unos estándares de calidad razonables aunque, sin duda, no suficientemente homogéneos. Hasta el momento, se ha mantenido un equilibrio entre la tendencia empresarial a la ganancia, y el elemento regulador representado por la profesionalidad de los nefrólogos implicados en proporcionar medios asistenciales correctos, pero interesados también en un manejo económico eficaz. Esta conciencia de la economía y del manejo de recursos es, que duda cabe, una de las señales de identidad de nuestra especialidad, que se refleja estadísticamente en el número de nefrólogos que participan o han participado en tareas administrativas de la Sanidad.

Estas reflexiones tienen un corolario adicional potencialmente aprovechable, vg, sería de interés saber hasta que punto la experiencia de administración privada eficaz se ha proyectado sobre la gestión de los recursos de diálisis hospitalarios, o dicho más llanamente, cual sería el resultado de comparar la relación calidad/precio entre los centros privados y el hospital. Dejamos abierto este interrogante, cuya importancia puede incrementarse si el futuro nos depara una época de mayor limitación de los recursos.

Expresándonos en términos globales, médicos y económicos, la racionalización del personal hace que la presión asistencial sobre los profesionales de los centros satélites, sea superior a la que se ejerce en el medio hospitalario. Si bien es comprensible el interés lucrativo de las empresas gestoras, éste de ningún modo está reñido con la valoración de la calidad asistencial y la reinversión de partes del beneficio en mejoramiento técnico y en investigación.

La congelación de las tarifas por parte de la Administración hace que el superávit reinvertible de las Unidades sea cada vez más reducido y debería definirse claramente la postura de la Administración frente a esta situación, que puede calificarse de peculiar. El facilitar el tratamiento en centros satélites es esencial para limitar el desplazamiento de los enfermos, un aspecto que ha adquirido una importancia insospechada y que constituye un elemento principal de la mejora de su calidad de vida, pero que además controla el gasto. Es de lógica elemental que merece la pena potenciar una red de Centros extrahospitalarios, que desarrollar un complicado andamiaje de traslados.

En relación al tema económico, un hecho significativo de los últimos años, ha sido el del gran crecimiento del número de Unidades pertenecientes a compañías multinacionales. Este fenómeno ha de examinarse solo a la luz de la experiencia y no basándose en opiniones preformadas. Dicho de otro modo, esta concentración no es *a priori* buena o mala, y es nuestra responsabilidad el hacerla buena mediante los mecanismos naturales de regulación. Así, deben tenerse en cuenta tanto los posibles defectos de cualquier monopolio como la contribución a la calidad y al abaratamiento que van implícitas en la unificación en la misma empresa de la producción de material y la provisión de diálisis. No es desdeñable tampoco la contribución a la nefrología como ciencia clínica que pueden realizar las grandes compañías a través de sus enormes bases de datos, que permiten de forma única y privilegiada, organizar y aprovechar la información de grupos de más de 50.000 pacientes dializados en Unidades Satélites; éste es un hecho nuevo, y que puede superar todo lo que la gestión estatal de información ha sido capaz de generar^{7,8}.

El apoyo a la investigación clínica en los centros extrahospitalarios, facilitada tanto por los hospitales de referencia, como por las empresas de diálisis, sería también un incentivo importante para el numeroso grupo de nefrólogos que desarrollan su actividad allí y que muchas veces no es suficientemente conocido y valorado por el resto de la comunidad nefrológica. Si se genera en la Administración una voluntad de cualificación científica de los centros, como se ha expuesto antes, posiblemente este objetivo sería más factible. Un recurso que no se ha empleado hasta la actualidad y que debería considerarse, es el pago de un plus por parte de la Administración con el fin de reinversión, debidamente comprobada, en la cualificación médico-científica de cada Unidad.

Un apartado adicional a resaltar, es el objetivo de que todas las unidades extrahospitalarias fortalezcan

su vinculación con el hospital del que dependen. La existencia de vínculos tanto clínicos como de investigación, es un aspecto fundamental para la calidad asistencial del centro y el estímulo del personal. En una especialidad como la Nefrología, en la que la representación a escala de los centros de salud es mínima, los médicos de los centros son los auténticos Facultativos Especialistas de Área, lo que es en sí mismo un modelo para su mayor integración en la actividad de los Servicios. Un aspecto inseparable de este objetivo, así como de la calidad asistencial, es que los médicos encargados de las Unidades Satélites sean, como ocurre hasta ahora, y excepto solo en casos de imposibilidad material, Especialistas en Nefrología. Es posible que solo los Nefrólogos podamos percibir en toda su extensión la importancia de este punto, pero sin duda lo sabemos de forma práctica y concreta, y podemos predecir fácilmente las consecuencias sobre la atención de nuestros pacientes en el caso de cambiarse esta práctica.

El aumento sostenido del número de pacientes que entran en programas de diálisis, plantea un importante problema desde el punto de vista del gasto sanitario. La accesibilidad de los centros, los cambios de las estructuras sociales y de la población que recibe tratamiento sustitutivo hacen difícil el desarrollo de programas de HD domiciliaria, la otra forma de diálisis extrahospitalaria. Sin embargo, la diálisis domiciliaria ofrece algunas importantes ventajas. En primer lugar, facilita un tratamiento más flexible, con una menor pérdida de tiempo y más personalizado a las necesidades diarias, haciendo al paciente responsable de su propia terapia. La segunda ventaja es económica, ya que hace más sencillo y barato tener diálisis más frecuentes. El número de pacientes que podrían beneficiarse de este tratamiento está por determinarse, pero es un objetivo a alcanzar que un grupo de nuestros enfermos pueda adoptar este tipo de diálisis. Del mismo modo, es concebible que una parte de los tratamientos de diálisis peritoneal se pueda asumir en Centros Satélites, aunque se trata también de un territorio a desarrollar. Las Unidades de autoservicio, de éxito notable en otros países, no han alcanzado una implantación sostenida en España, aunque se trata de una idea todavía potencialmente aplicable.

Las Unidades extrahospitalarias en España, hacen un trabajo indispensable y de gran calidad. La eficacia de esta forma de tratamiento está más que contrastada y debe ser potenciada, pero el problema de la economía de estas unidades merece un estudio serio y la situación de las personas que trabajan en ellas debe ser reconsiderada. La Administración y la SEN deben interesarse en forma directa en garantizar un tratamiento adecuado en todos los centros. Por último, hemos de resaltar que lo más cercano a la fórmula ideal debe encontrarse en un modelo que aproveche lo bueno de la gestión privada de los recursos y los avances en calidad técnica, pero con una alta permeabilidad a los aspectos subjetivos e individuales, humanos en suma, de los enfermos y del personal de los Centros, y una auténtica vocación por la investigación nefrológica. Ha de ser nuestro objetivo que la distancia entre este ideal y la realidad sea lo más corta posible.

Nota: las opiniones vertidas en el artículo corresponden a los autores y no reflejan necesariamente las de las instituciones a las que pertenecen.

BIBLIOGRAFÍA

1. Scribner BH, Buri R, Caner JEA, Hegstrom R, Yburnell JM: The treatment of chronic uremia by means of intermittent haemodialysis: a preliminary report. *Trans Am Soc Artif Inter Organs* 6: 114, 1960.
2. Merrill JP, Schupak E, Cameron E, Hampers CL: Hemodialysis in the home. *JAMA* 190: 468-70, 1964.
3. Hernando Avendano L, Matesanz Acedos R, Liano García F, Casado Pérez S, Del Olmo Pérez P: Hemodiálisis a domicilio: Nuestra experiencia. *Rev Clin Esp* 146: 325-32, 1977.
4. Anuario SEN. Multimedia. Madrid Octubre 2005.
5. Guías de Centros de Hemodiálisis. *Nefrología* 2006; 26 (Supl. 8): 1-87.
6. Albalade M, Arenas MD, Berdud I, Sanjuán F, Postigo S: Encuesta en los centros de hemodiálisis extrahospitalaria en España. *Nefrología* 2007.
7. Kalantar-Zadeh K, Kuwae N, Regidor DL, Kovesdy CP, Kilpatrick RD, Shinaberger CS, McAllister CJ, Budoff MJ, Salusky IB, Kopple JD: Survival predictability of time-varying indicators of bone disease in maintenance hemodialysis patients. *Kidney Int* 70: 771-80, 2006.
8. Szczech LA, Reddan DN, Klassen PS, Coladonato J, Chua B, Lowrie EG, Lazarus JM, Owen WF Jr: Interactions between dialysis-related volume exposures, nutritional surrogates and mortality among ESRD patients. *Nephrol Dial Transplant* 18: 1585-91, 2003.