

A) COMENTARIOS A ARTÍCULOS PUBLICADOS

Costes comparativos entre los conciertos de hemodiálisis y diálisis peritoneal

Nefrología 2012;32(2):247-8

doi:10.3265/Nefrologia.pre2011.Dec.11311

Sr. Director:

Probablemente a causa de la crisis económica, se han publicado varios artículos en su revista¹⁻³ sobre costes de tratamiento. En nuestro artículo² ya aludíamos a omisiones en los cálculos de costes y a que, curiosamente, casi siempre favorecían a la hemodiálisis (HD). Asumen que la eficacia de las dos terapias es similar y olvidan que la diálisis peritoneal (DP) conserva mejor la función renal residual, es la mejor opción para los pacientes candidatos a un trasplante y ofrece una mayor supervivencia⁴.

El reciente artículo de Lamas Barreiro et al.¹, realizado con datos de Galicia, comenta –pero luego omite en los cálculos– el coste del transporte a diálisis (de 3323 a 6338 €) y los costes de creación y reparación del acceso vascular para HD; sin embargo, sí considera el coste del catéter y del material necesario para los pacientes de DP. Lo mismo en relación con las consultas, los ingresos hospitalarios, las urgencias, etc., que son más frecuentes en pacientes en HD.

El artículo indica que la HD concertada y la DP domiciliaria precisan del soporte de una Unidad de Diálisis hospitalaria, guardias de 24 horas con nefrólogos y enfermeras, que proporciona el Sistema Público de Salud. Sin embargo, no se calculan los costes del personal, hospitales ni aparatajes «de reserva» a disposición de la HD concertada. Ese coste hay que sumarlo. No hacerlo es, como mínimo, un error.

Se menciona la tendencia a aumentar la diálisis peritoneal automatizada (DPA) respecto a la diálisis peritoneal continua ambulatoria, fenómeno muy local, ya que muchos otros nefrólogos creen

que la tendencia es la contraria. Pero no se menciona que lo que sí que ha ido aumentando cada año, hasta más del 5%, son los pacientes de HD con más de 3 sesiones por semana (Registro S.E.N.⁴). Esto podría incrementar el coste del concierto entre un 33 y un 100%, según el número semanal de sesiones.

Estamos de acuerdo en que, sin conocer, entre otros, el coste de las hospitalizaciones, el de los fármacos de uso hospitalario y el de la propia HD hospitalaria, no se puede precisar el coste de ninguno de los dos tratamientos.

Es cierto que el coste de la eritropoyetina (EPO) ha bajado, tanto por el descenso del precio como del objetivo de hemoglobina, pero la reducción ha sido tanto en DP como en HD. Y el resto de los costes en medicación, tanto hospitalaria (vitamina D intravenosa y cinacalcet) como en farmacia ambulatoria³ son crecientes en HD e inferiores en DP.

El mayor uso de membranas biocompatibles ha reducido el consumo de EPO en mucha menor cuantía que el sobrepeso de las membranas (y no digamos el de la hemodiafiltración en línea. En algunas comunidades autónomas, 25 y 33 euros por sesión, 3900 a 5148 euros por paciente y año).

El valor añadido para el área sanitaria generado por los conciertos es algo interesante, aunque de difícil cuantificación. Los proveedores de material de DP también contratan personal cualificado, disponen de servicio de asistencia técnica, contratan a transportistas. Pero son también valor añadido la contribución de la DP al éxito del trasplante en España y el ahorro económico que esto produce (en Galicia, el 35% de los pacientes trasplantados proceden de DP). Otro aspecto de valor añadido que no se ha incluido en el artículo es la forma en que cada modalidad afecta a la situación laboral de los pacientes. Según los datos de una encuesta de Alcer, mientras que el 48% de los pacientes en edad laboral en DPA mantienen

su empleo, son sólo el 22% los que lo hacen en HD.

Pero, como hablamos de valor añadido, no deberíamos olvidar el Impuesto de Valor Añadido (IVA). Las tarifas de HD utilizadas en el artículo de Lamas¹ no lo tienen en cuenta. En la modalidad de DP, una vez emitida la factura a la Administración Sanitaria, se ingresa el IVA en Hacienda. Esta cifra está entre el 8 y el 18% de la facturación total, según la fiscalidad aplicable a los diferentes conceptos facturados. Es decir, que se está sobrevalorando el coste de la DP, como mínimo, en un 8% de IVA, ya que la tarifa aplicada a la HD concertada es neta en virtud del artículo 20.1.2 de la Ley 37/1992 del Impuesto sobre el Valor Añadido.

En lo relativo al análisis de los márgenes comerciales, no es suficiente saber que un dializador más unas líneas de HD pueden comprarse por sólo 15 euros, aproximadamente, y que el precio concertado de HD varía de 127 a 185 euros por sesión, según las comunidades autónomas, para concluir que pagar diez veces el coste de ese fungible parece demasiado. La HD concertada ha producido muchos beneficios y, en la actualidad, los precios de venta de los centros de HD siguen valorándose en cantidades muy grandes; en la propia provincia de Pontevedra se está planificando la apertura de más centros concertados. Suponemos que no será por falta de margen en la HD concertada.

La sobreoferta de puestos de HD es uno de los obstáculos para el desarrollo de la DP y de la HD domiciliarias⁵. Ejemplos de sobreoferta de HD en Madrid, por ejemplo, se están traduciendo en un menor número de pacientes en DP domiciliaria. La planificación centrada en el paciente, no en el tratamiento, es esencial. Así debería ser, pero no lo es. Debería planificarse en función de un análisis de la capacidad real de puestos de HD disponibles, de cuántos turnos podrían realizarse y de cuántos pacientes podrían atenderse si no se tuviera

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.