

## A) COMENTARIOS A ARTÍCULOS PUBLICADOS

## Comentario a «Análisis de costes y perfil sociocultural del enfermo renal. Impacto de la modalidad de tratamiento»

Nefrología 2015;35(1):115-6

doi:10.3265/Nefrologia.pre2014.Sep.12696

### Sr. Director:

Hemos leído con mucho interés el artículo de Víctor Lorenzo et al., «Análisis de costes y perfil sociocultural del enfermo renal. Impacto de la modalidad de tratamiento»<sup>1</sup>, en NEFROLOGÍA y quisiéramos hacer algunos comentarios.

Si bien el objetivo primario es «estudiar el impacto económico del tratamiento...» de varias de las modalidades terapéuticas de la enfermedad renal crónica (ERC) y el secundario «conocer el perfil demográfico y sociocultural (de la población renal)» y «su eventual asociación con el coste y la modalidad de tratamiento», lo que nos parece realmente novedoso de este estudio es el objetivo secundario.

El análisis de costes utilizado adolece de algunos viejos defectos metodológicos (en los que todos hemos incurrido históricamente), como confundir el coste con el precio. Este estudio acepta como coste de la sesión de hemodiálisis (HD) el precio que se paga por el concierto. En los casos de un centro privado de HD, el coste real sería la diferencia entre el precio pagado por el «ente pagador» (en España, la Consejería de Salud) restándole el beneficio empresarial. En un hospital sin ánimo de lucro, el coste de la HD podría ser incluso superior al precio de concierto o de contrato-programa.

En el caso de los ingresos hospitalarios, considerando lo difícil que resulta saber

los ingresos y estancias de los pacientes dializados o trasplantados, al calcular el precio pagado en función de parámetros como complejidad, peso y GRD creados para un sistema sanitario privado (el norteamericano) y que favorecen económicamente a la actividad quirúrgica, podemos llegar a perversiones como que el acceso vascular multiplica su precio (no tanto su coste) si se hace con ingreso hospitalario en vez de en cirugía ambulatoria<sup>2-4</sup>.

Los precios calculados por GRD (Grupos Relacionados con los Diagnósticos [DRG en inglés]) son muy superiores a los costes reales en el acto (GRD quirúrgico) del trasplante e inferiores en su seguimiento ambulatorio. Lo mismo pudiéramos decir de otros precios pactados (transporte, EPO, etc.) que no se corresponden a los costes reales y en los que influyen variables de consumo de otros pacientes no renales que también consumen EPO y transporte sanitario.

Recomendamos estudios más recientes que utilizan análisis de costes basados en actividad (ABC en inglés) y en nuestro país el de Sergio Márquez Peláez y Araceli Caro Martínez, de la Escuela Andaluza de Salud Pública<sup>4</sup>.

Respecto al objetivo secundario, la correlación entre el perfil demográfico y sociocultural de la población renal y el coste y la modalidad del tratamiento es un viejo tema, pero lo realmente relevante no es que estas variables influyan en el coste de cada terapia (lo hacen muy poco), sino que lo hagan en la elección de la modalidad terapéutica por parte del paciente o del médico. Aquí entramos en el problema de la falta de equidad que se manifiesta en que en determinadas zonas el acceso a terapias más eficientes o más rehabilitantes para el paciente no esté garantizado plenamente. Y vemos que en este estudio no se ha logrado analizar los parámetros de pacientes en diálisis peritoneal (DP) por falta de número. Mientras que el acceso al

trasplante está limitado por el número de órganos, el acceso a DP o a HD domiciliaria no depende de recursos económicos sino de otros aspectos que todos conocemos y no vamos a mencionar en esta carta.

Y, por último, en la principal novedad del artículo, que son los costes de la ERC avanzada, no se detalla si los pacientes con ERC en estadio 5 son candidatos a HD o trasplante renal o están en terapia conservadora definitivamente. Esta distinción me parece esencial para un análisis de eficiencia (coste por año de vida ganado ajustado a calidad, AVAC), y sería interesantísima para comparar con la eficiencia ajustada de la HD en pacientes pluripatológicos, que en nuestros registros vemos que fallecen durante el primer año de terapia sustitutiva renal.

La elevadísima morbimortalidad de los pacientes con ERC estadio 4-5, que fallecen en más de un 40 % sin precisar diálisis<sup>5</sup> y tienen elevados costes derivados de su comorbilidad<sup>6</sup>, hace imprescindible realizar los análisis de coste de la ERC ajustados por edad y AVAC.

En resumen, si en nuestro país los problemas reales son la sostenibilidad del sistema sanitario y la equidad en el acceso a terapias eficaces y eficientes por el paciente, tendremos que esforzarnos en analizar los motivos por los que las terapias renales conservadoras y las sustitutivas más eficientes no se aplican en determinadas áreas geográficas o en determinados colectivos socioculturales. ¿Y por qué no se amplían los registros de pacientes en tratamiento renal sustitutivo a los estadios 4 y 5 de la ERC para saber realmente si el gasto sanitario es o no eficiente<sup>7?</sup>.

### Conflictos de interés

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

1. Lorenzo-Sellares V, Pedrosa MI, Santana-Expósito B, García-González Z, Barroso-Montesinos M. Cost analysis and sociocultural profile of kidney patients. Impact of the treatment method. *Nefrología* 2014;34(4):458-68.
2. Arrieta J, Rodríguez-Carmona A, Remón C, Pérez-Fontán M, Ortega F, Sánchez-Tomero JA, et al. Cost comparison between haemodialysis and peritoneal dialysis outsourcing agreements. *Nefrología* 2012;32:247-8.
3. Villa G, Rodríguez-Carmona A, Fernández-Ortiz L, Cuervo J, Rebollo P, Otero A, et al. Cost analysis of the Spanish renal replacement therapy programme. *Nephrol Dial Transplant* 2011;26:3709-14.
4. Márquez-Peláez S, Caro-Martínez A, Adam-Blanco D, Olry-de-Labry-Lima A, Navarro-Caballero JA, García-Mochón L, et al. Eficiencia de la diálisis peritoneal frente a hemodiálisis para el tratamiento de la Insuficiencia Renal. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. Available at: [http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/nuevaaetsa/up/Aetsa\\_2010\\_7\\_DialisisPeritoneal.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/nuevaaetsa/up/Aetsa_2010_7_DialisisPeritoneal.pdf)
5. Keith DS, Nichols GA, Gullion CM, Brown JB, Smith DH. Longitudinal follow-up and outcomes among a population with chronic kidney disease in a large managed care organization. *Arch Intern Med* 2004;164(6):659-63.
6. House AA, Ronco C. The burden of cardiovascular risk in chronic kidney disease and dialysis patients (cardiorenal syndrome type 4). *Contrib Nephrol* 2011;171:50-6.
7. Ministerio de Sanidad. Documento de trabajo sobre enfermedad renal crónica (ERC) en el Marco de la Estrategia de abordaje de la Cronicidad. [Pendiente de publicación].

**Javier Arrieta-Lezama<sup>1</sup>,  
Rafael Selgas-Gutiérrez<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Servicio de Nefrología.  
Hospital Universitario Basurto. Bilbao;

<sup>2</sup> Servicio de Nefrología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

**Correspondencia:** Javier Arrieta Lezama

Servicio de Nefrología.  
Hospital Universitario Basurto.  
Avda. de Montevideo, 18. 48013, Bilbao.  
jarrieta@senefro.org  
javier.arrietalezama@osakidetza.net

### Respuesta al comentario de «Análisis de costes y perfil sociocultural del enfermo renal. Impacto de la modalidad de tratamiento»

*Nefrología* 2015;35(1):116

doi:10.3265/Nefrología.pre2014.Oct.12762

#### Sr. Director:

Entiendo que se resalte la novedad del objetivo secundario. Sin embargo, este es un trabajo original en términos de que el análisis se ha hecho basado en datos individuales (no partidas económicas globales) y que por primera vez se presentan datos de enfermedad renal crónica estadios 4 y 5, y trasplante reopaneático.

Llevan razón los autores de la carta: se confunde precio con coste, debió explicarse mejor en el manuscrito. Es un precio imputado por el Sistema Canario de Salud, no real. El manuscrito de Parra-Moncasi obtuvo precios reales (públicos y privados) y podría usarse este parámetro y combinar datos.

Los autores, ya lo aclaramos en la Discusión, somos los primeros que asumimos unas imputaciones que no se corresponden con los precios reales ni pueden extrapolarse a otras regiones. Pero ha sido nuestra mejor herramienta, «la mejor de las posibles», digamos, y siempre la misma para comparar modalidades terapéuticas. Asimismo, los precios de la diálisis aparecen muy centrados respecto a otras series consultadas, lo que nos anima a pensar que la desviación de la realidad será pequeña.

Estos datos ayudan a captar las enormes diferencias entre el precio o coste del tratamiento con diálisis frente al tratamiento con trasplante renal o el ahorro enorme que supone prolongar la supervivencia sin necesidad de diálisis. En este sentido, creo que aportamos novedades y asumimos las limitacio-

nes. Dentro de las utilidades del estudio, pensamos en la diferencia de coste entre prediálisis (no hay datos previos del coste basado en pacientes individuales) y hemodiálisis. Basados en esto, podemos deducir que cualquier medida que retrase el inicio de un paciente en diálisis, digamos 12 meses, puede suponer un ahorro de 37 000 euros/paciente/año. Este es un argumento sólido para potenciar esta área (nefrólogo consultor, consultas de enfermedad renal crónica multidisciplinarias, etc.) ante los agentes sanitarios.

Para nosotros ha sido un verdadero quebradero de cabeza la imputación de costes, tanto de estudios ambulatorios como de las hospitalizaciones por grupos relacionados por el diagnóstico (GRD). Sin embargo, entendimos que era la mejor herramienta disponible para comparar los costes de hospitalización entre modalidades. Tampoco encontramos datos en la literatura. A todas se les imputó el GRD correspondiente, en ese sentido no hubo sesgo, aunque los precios no fueran los reales. Los GRD son una herramienta de comparación entre centros o regiones, con sus limitaciones, y son la mejor opción actualmente. Otros estudios revisados se refieren a partidas globales.

Buen punto la propuesta de aumentar a registros a estadios prediálisis y avanzar en la conexión con primaria, nefrólogo consultor y alternativas conservadoras.

#### Conflictos de interés

El autor declara que no tiene conflictos de interés potenciales relacionados con los contenidos de este artículo.

#### Víctor Lorenzo-Sellares

Servicio de Nefrología. Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de La Laguna. Santa Cruz de Tenerife

**Correspondencia:** Víctor Lorenzo Sellares

Servicio de Nefrología.  
Hospital Universitario de Canarias. 38296 San Cristóbal de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife.  
vls243@gmail.com