

Ver artículo original en página 299

Conocer y controlar los costes del tratamiento de la insuficiencia renal crónica. Una necesidad inaplazable

R. Martín Hernández

Servicio de Nefrología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Nefrología 2011;31(3):256-9

doi:10.3265/Nefrologia.pre2011.May.10959

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia renal crónica (IRC) constituye en la actualidad, tanto por su elevada prevalencia como por sus altos costes sociales y económicos, uno de los principales problemas de salud pública en los países occidentales. En España, de los datos publicados en último informe del Registro Español de Enfermos Renales correspondiente al año 2009¹, se deduce que en torno a 48.600 enfermos (el 0,1% de la población) viven en la actualidad gracias a las distintas modalidades de tratamiento sustitutivo de la IRC, lo que supone una prevalencia de 1.039 casos por millón de población (pmp), con un crecimiento del 1,6% en el último año. En torno a 6.000 enfermos inician cada año tratamiento sustitutivo, con una incidencia de 129 pacientes nuevos pmp, cifras ambas situadas en la parte media-alta de los países de nuestro entorno. En España, la evolución de la incidencia se ha mantenido estable durante los últimos cinco años, y se ha producido un aumento de la prevalencia de un 1,6% en el último año y algo mayor en los anteriores; sin embargo, existen diferencias significativas entre las distintas Comunidades Autónomas. En pacientes prevalentes, el 47% de ellos (23.000 enfermos), reciben hemodiálisis (HD), un 6% (2.350), diálisis peritoneal (DP) y un 47% (23.000) son portadores de un trasplante renal (TR) funcional, también con diferencias importantes entre las distintas Comunidades Autónomas.

APROXIMACIÓN A LOS COSTES DEL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL EN ESPAÑA

Aunque no se conoce el coste real del tratamiento sustitutivo de la IRC en España (hay diferencias importantes en distintos artículos publicados)^{2,3}, se estima que éste representa

entre el 1,6 y el 2,5% del total del gasto sanitario, con un coste total estimado por Villa, en una reciente publicación en *Nephrol Dial Transplant*, de 1.400 millones de euros, de los que el 73% se debe a la HD, un 6% a la DP y un 31% al TR⁴. Tampoco se conoce el incremento anual del coste, aunque la introducción de nuevos fármacos de un alto coste, tanto en diálisis como en el trasplante, de nuevas soluciones en la DP, de nuevas técnicas de HD y de DP, y la tendencia en los últimos años a aumentar la frecuencia de las sesiones de diálisis en determinados pacientes o a implantar pautas de HD diarias, debe haber supuesto un incremento importante en los últimos años.

En relación con la prestación del servicio de HD, su organización asistencial en España está basada en la utilización de hospitales públicos o de referencia que realizan aproximadamente un 40% de la asistencia y centros concertados que prestan el 60% de ésta. Los hospitales asumen, además, la asistencia de las complicaciones de todos los pacientes, la hospitalización, la realización y mantenimiento del acceso vascular y el suministro de la eritropoyetina (EPO) y de otros fármacos para todos los enfermos en tratamiento.

Aunque no con la frecuencia esperada dada la magnitud del gasto, son algunos los artículos con datos y conclusiones interesantes publicados en España en relación con el coste del tratamiento de la IRC; éstos son más frecuentes en períodos como el actual, de crisis y de recortes en el sistema sanitario. Así, desde el año 1994 se han publicado en NEFROLOGIA 16 artículos relacionados con costes, tres de ellos en los últimos meses⁵⁻¹³.

No parece, sin embargo, que dichos análisis hayan suscitado mucho interés entre los nefrólogos, ya que el tema del coste del tratamiento de la IRC brilla por su ausencia en los másteres, cursos de expertos, congresos o reuniones generales o monográficas, o en la formación de la propia especialidad y, como ya comentaba Rodríguez Carmo en el año 2007, no han tenido apenas impacto en nuestra práctica clínica⁵.

Correspondencia: Roberto Martín Hernández
Servicio de Nefrología.
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.
rmartinh@senefro.org

Tampoco parece que buscar la eficiencia en el tratamiento de la IRC sea un objetivo prioritario para planificadores, gestores y administradores sanitarios a la hora de planificar y aportar recursos para el tratamiento de la IRC. Dos ejemplos de esta afirmación los tenemos en la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM), que ha optado por incrementar la hemodiálisis hospitalaria (HDH), que es la modalidad menos eficiente, creando macrounidades dentro de los nuevos hospitales, o las diferencias existentes para los mismos servicios en las tarifas de los conciertos de las diferentes Comunidades Autónomas, diferencias que pueden llegar a ser superiores al 45% entre algunas de ellas.

El análisis, tanto de los artículos de costes publicados como de los informes elaborados por las Agencias de Evaluación en España^{14,15}, pone de manifiesto la dificultad para extraer conclusiones de estudios elaborados basados en modelos teóricos, con imputación de costes y metodologías diferentes, muchos de ellos estimativos y/o que basan sus datos y cálculos en los aportados en publicaciones anteriores, algunas muy antiguas, en bases de datos de consultoras o en las tarifas de las Comunidades Autónomas, que no son costes reales.

Por otra parte, aunque dichos costes no sean reales, sí parecen más valorables los estudios que comparan distintas técnicas, sobre todo en la DP y la HD concertada que tienen unas tarifas conocidas que justifican gran parte de sus costes, y es la HDH la modalidad con una mayor dificultad de análisis a causa de la organización propia de cada servicio y unidad, del número y tipo de técnicas utilizadas y de sus distintos costes estructurales.

Con las limitaciones expuestas, del análisis de los artículos e informes publicados en España, sobre todo en los últimos años y habiendo revisado también los datos de algunas publicaciones de otros países^{16,17}, pueden realizarse las siguientes deducciones:

El TR es la opción terapéutica más eficiente, de menor coste a partir del segundo año y que aporta una mayor calidad de vida a los pacientes. Con unos estudios muy antiguos en España¹⁸⁻²⁰, la utilización de nuevos inmunosupresores con muy alto coste, los resultados con el tipo de donaciones actuales y la necesidad de emplear otros fármacos en muchos pacientes, como EPO, antivirales, etc., hace necesario actualizar sus costes. Parece imprescindible que en el país de los trasplantes se conozcan los costes reales del TR, entre otras razones para poder comparar los resultados y la eficiencia de los distintos equipos trasplantadores y optimizar los recursos.

La DP, en cualquiera de sus modalidades, es una opción terapéutica más económica que la HDH^{3,4}. La DP que tiene, en función de las tarifas actuales, un coste inferior a la HD concertada, puede tener, sin embargo, un coste superior en la diálisis peritoneal con cicladora (DPA) y cuando se utilizan lí-

quidos especiales de mayor coste para los intercambios, pausas cada vez más extendidas en la práctica diaria.

En relación con los costes de la HD, la HDH es la modalidad de tratamiento más cara; su coste es superior, según los distintos trabajos, entre un 25 y un 48% en relación con la HD concertada^{2,4}.

COMPARACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS COSTES DE LA HEMODIÁLISIS

La publicación en este número de la Revista del trabajo de Parra Moncasi y otros miembros del Grupo de Gestión de Calidad de la Sociedad Española de Nefrología (S.E.N.)²¹, que es el motivo de este Comentario editorial, aporta nuevos datos interesantes en relación con los costes de la HD. Es un trabajo pionero, prospectivo y descriptivo, financiado con fondos públicos, que analiza por primera vez en España costes reales imputados por contabilidad analítica en seis hospitales, dos públicos y cuatro concertados, comparando los costes totales y sus distintos componentes entre los centros de titularidad pública (CTP) y los centros concertados (CC).

El artículo muestra, en contra de lo que se había supuesto en alguna publicación⁵, que no se encuentran diferencias significativas en la edad, tiempo en diálisis, índice de comorbilidad de Charlson o técnicas de diálisis realizadas entre los CTP y los CC. No se analizan resultados clínicos ni indicadores de calidad, que según anuncian los autores serán tratados en un trabajo posterior, si bien se puede suponer que se proporciona un tratamiento similar. Hay que recordar que en España son muchos más los CC que cuentan con acreditación de calidad externa que los CTP.

Con las limitaciones que los mismos autores reconocen, el trabajo indica que el coste por sesión en los CTP es un 30% mayor que en los CC (257 frente a 198 euros). Como los autores comentan, estas diferencias se deben a unos mayores costes del personal (67%) y del material fungible (83%) en los CTP; existen diferencias menores en otros conceptos, como consumo de fármacos, gestión de mantenimiento, etc., y otras difíciles de explicar, como los costes superiores de la farmacia extrahospitalaria y el transporte en dos de los CC.

En relación con los costes de personal, dado que como se muestra en la tabla 4 del artículo, éstos no se deben a unas retribuciones mayores en los CTP, que son iguales o inferiores tanto en la retribución total como en el precio por hora en relación con los CC, las diferencias deberían explicarse por una menor productividad del personal, entendida ésta como número de enfermos atendidos o sesiones realizadas por cada estamento de personal en su jornada laboral y una organización menos eficiente de las unidades de los CTP.

La productividad que se pone de manifiesto en el artículo por el índice número de sesiones/12 horas es menor en un

comentarios editoriales

46% para el personal facultativo, un 46% para diplomados universitarios de enfermería (DUE) y un 49% para auxiliares en los CTP; si calculamos el coste de personal/sección, la productividad sería también menor en los CTP: un 34% para el personal facultativo, un 100% para enfermería y un 99% para auxiliares.

Estos contrastes en la productividad se explican por la diferencia en las ratios de personal por paciente o puesto entre los CTP y CC. La S.E.N., en la Guía de Centros de Diálisis²², recomienda unas ratios de 40-50 pacientes por nefrólogo, cuatro-cinco puestos en funcionamiento por DUE y ocho-10 por auxiliar y algunas Comunidades Autónomas, como la CAM²³, cuentan en su legislación con cuatro puestos por DUE y ocho por auxiliar; pues bien, realizar una programación teórica de cuatro puestos por DUE o de ocho por auxiliar nos lleva, en el mejor de los casos, a alcanzar unas ratios reales de 3-3,5 sesiones por DUE y de 6-7 sesiones por auxiliar, y a 4-4,5 sesiones reales por DUE y 8-9 por auxiliar si se programan a cinco y 10 sesiones por DUE y auxiliar, ya que los fallecimientos, trasplantes, ingresos y el hecho de que los enfermos entren en diálisis cuando lo necesitan y no cuando hay un puesto libre hacen imposible conseguir unas ratios mejores, sobre todo en unidades pequeñas.

El otro factor que, a nuestro juicio, influye en la diferencia de costes de personal entre los dos tipos de centros es la organización de la unidad. En general, los CC programan tres turnos de HD en una jornada de 14-15 horas, mientras que muchos de los CTP programan un turno de HD de cinco horas para una jornada de siete horas, por lo que el 28% de la jornada del personal de enfermería es no productiva.

También en lo que se refiere a la gestión de personal, la mayor flexibilidad laboral de los CC para adaptar su personal a las necesidades asistenciales de cada momento es, sin duda, otro de los factores que contribuye a disminuir dichos costes en los CC.

Mejorar las ratios de enfermos o sesiones para el personal facultativo, DUE y auxiliares, adaptar la organización del ho-

rario del personal a las necesidades de la unidad y programar mayor actividad con diálisis cortas, diarias u otras entre turnos de personal son medidas imprescindibles para mejorar la productividad de las unidades.

El segundo hecho que se pone de manifiesto en el artículo referido es la diferencia del coste de material fungible de un 83% entre los CTP y los CC, cuando, tal como comentan los autores, serían esperables unos mejores precios en función de la utilización de economía de escalas. Nuestra impresión personal es que esta diferencia es aún mayor entre los precios de adjudicación de los concursos públicos y los que pueden conseguirse con negociaciones directas. El retraso en los pagos en las Administraciones públicas y la necesidad de financiación de monitores, ecógrafos u otros equipamientos para las unidades, que conllevan unos elevados gastos de financiación e impiden realizar una mejor gestión de las futuras compras al adquirir un compromiso para un tiempo determinado, y la introducción de nuevos productos en protocolos varios son algunas de las situaciones que pueden explicar estas diferencias. También, como ya comentaba De Francisco²⁴ en el año 2004, la financiación de la formación continuada de los nefrólogos por parte de la industria farmacéutica y de la diálisis y que, sin duda, debe haber crecido en los últimos años con la celebración de un gran número de congresos, reuniones, cursos generales, locales o monográficos de todo tipo, debe ser otro factor importante que incremente los costes del material fungible de los CTP y que lo hace en mucho menor medida en los CC.

Por último, hay que resaltar que en el trabajo se pone también de manifiesto que, aunque de menor cuantía, otros costes, como el mantenimiento de equipos, gestión, alimentación, residuos, etc., que representan entre el 12 y el 14% del total, son también menores en un 19% en los CC, hecho que puede deberse a una gestión más fácil de unidades más sencillas y a una mayor preocupación y control sobre cualquier tipo de coste.

Estamos de acuerdo con Arrieta y con los autores del este trabajo cuando afirman que el conocimiento de los costes debe servir para asignar los recursos, no podemos estarlo, sin em-

CONCEPTOS CLAVE

1. La concienciación por los costes debería estar siempre presente en las decisiones clínicas del nefrólogo.
2. El conocimiento de los costes y sus repercusiones económicas deberían ser fundamentales en la toma de decisiones de planificación y de adjudicación de recursos.
3. El conocimiento y contención de los costes en todas las modalidades de tratamiento de la IRC en España (HD, DP y TR) es una necesidad inaplazable para el mantenimiento del modelo de asistencia.
4. El aumento de la productividad del personal en los centros de titularidad pública y una mejor gestión económica de las compras son imprescindibles para poder mejorar los costes de dichas unidades.

bargo, en que el objetivo de los estudios de costes no es el ahorro. Cuando la sostenibilidad de tratamiento de la IRC como la conocemos puede estar en duda, el conocimiento, el control y el ahorro de costes pasa a ser una prioridad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Registro Español de Enfermos Renales. Informe de Diálisis y Trasplante, 2009. Página Web de la Sociedad Española de Nefrología. www.senefro.org.
2. Lorenzo V, Perestelo I, Barroso M, Torres A, Nazco J. Evaluación económica de la hemodiálisis. Análisis de los componentes del coste basado en datos individuales. *Nefrología* 2010;30(4):403-12.
3. Arrieta J. Evaluación económica del tratamiento sustitutivo renal (hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante) en España. *Nefrología* 2010;1(Supl Ext 1):37-47.
4. 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;0:1-6.
5. Rodríguez Carmona A, Pérez Fontan M. Estudio de costes en diálisis. Un instrumento esencial para optimizar recursos. *Nefrología* 2007;27(3):237-40.
6. Rodríguez Carmona A, Pérez Fontan M, Valdés Cañedo F. Estudio comparativo de costes de las diferente modalidades de diálisis. *Nefrología* 1996;16(6):539-48.
7. Hernández-Jaras H, García A, Bernat V. Aproximación al análisis de costes de diferentes tipos de hemodiálisis mediante unidades relativas de valor (URV). *Nefrología* 2000;20(3):284-90.
8. Rodríguez Carmona A, Castro A, Pérez Fontan M. Estudio económico de diálisis por el método de costes por procedimiento ajustado a protocolo clínico. *Nefrología* 2007;27(3):359-69.
9. Lamas J, Alonso M, Saavedra J, García-Trío G, Rionda M, Ameijeiras M. Costes de la diálisis en un hospital público: mitos y realidades. *Nefrología* 2001;21(3):283-94.
10. Martín Hernández M. Análisis de los costes en nefrología. Situación actual y futuro. *Nefrología* 1998;18(Supl 6):40-51.
11. Conde J. Aspectos económicos y organizativos del tratamiento de la insuficiencia renal crónica. *Nefrología* 1994;14(Supl 1):3-9.
12. Temes JL. Coste y calidad en el tratamiento de la insuficiencia renal crónica. *Nefrología* 1994;14(Supl 1):9-13.
13. Burgos R, Martín Martín J, Pérez del Amo MP, Arellano J, Pérez Romero C, Pozo F. Importancia del método de estimación de costes en diálisis y trasplante renal. *Nefrología* 2001;21(4):86-90.
14. Estrada MD. Diálisis peritoneal en comparación con hemodiálisis en centros de diálisis: beneficios riesgo, coste y preferencia. Barcelona: Agencia de Información, Evaluación y Calidad en Salud, Servicio Catalán de la Salud; 2010.
15. Varela Lema L, Ruano Raviña A. Efectividad y seguridad de las diferentes variantes de hemodiálisis y hemodiafiltración. Santiago de Compostela: Servicio Galego de Saude. Axencia de Evaluación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia, INF 2005/03.
16. Haller M, Gutjahr G, Kramar R, Harnoncourt F, Oberbauer R. Cost-effectiveness analysis of renal replacement therapy in Austria. *Nephrol Dial Transplant* 2011;0:1-8.
17. Benain JP, Faller B, Jaquelinet C, Barmi M, Dubois JP, Rieu P, et al. Cost of dialysis in France. *Nephrol Ther* 2007;3:96-106.
18. Aranzábal J, Perdigo L. Renal transplantation costs: an economic analysis and comparison with dialysis costs. *Transplant Proc* 1991;23:2574.
19. Felipe C, Naya M, Rivilla R, Matesanz R. Impacto económico de la incorporación de nuevos avances biotecnológicos en el tratamiento de la insuficiencia renal crónica en España (1992). *Nefrología* 1994;14(Supl 1):111-7.
20. Ortega Montoliu T, Ortega Suárez F. Diversos aspectos del análisis de costes en el trasplante renal. *Nefrología* 2005;25(3):213-6.
21. Parra E, Arenas MD, Alonso M, Martínez MF, Gámen A, Rebollo P, et al., Grupo de Gestión de la calidad de la Sociedad Española de Nefrología. Estudio multicéntrico de costes en hemodiálisis. *Nefrología* 2011;31(3):299-307.
22. Alcalde G, Martín de Francisco AL, Fernández A, Conde JL. Dotación de personal para centros de hemodiálisis ambulatoria. Guías de Centros de Hemodiálisis. *Nefrología* 2006;26(Supl 8):11-4.
23. Orden 101/2008 del 14 de febrero de la Consejería de Sanidad de la CAM. B.C.O.M n.º 50:13-28.
24. Martín de Francisco AL. El futuro del tratamiento de la enfermedad renal crónica. *Nefrología* 2010;30(1):1-9.