

Oferta pública y privada en el tratamiento sustitutivo de la IRC en España

F. Largo

Subdirector general de Contratación de Recursos Sanitarios. Ministerio de Sanidad y Consumo

El tratamiento sustitutivo de la insuficiencia renal crónica mediante diálisis en centros privados en España comienza en los años setenta.

Es en 1975 cuando se firman los primeros conciertos (contratos entre el centro y la Administración pública). El primero del que hemos podido tener constancia es el de la Clínica Dialcentro, de Madrid ¹.

Durante los años precedentes se venían realizando en algunos clubs de Madrid, Barcelona y Bilbao diálisis a pacientes de la Seguridad Social que se abonaban por la vía del reintegro de gastos o de servicios no concertados con autorización expresa de las Inspecciones de Servicios Sanitarios.

En aquellos primeros conciertos se establecía que el paciente accedería siempre a propuesta del especialista correspondiente de la Seguridad Social con la orden sellada por la Subdirección Provincial de Servicios Sanitarios.

Se establecía un precio para la sesión, que podía variar de unos centros a otros y que oscilaba entre las 8.500 y 9.000 pesetas.

En el precio se incluía la diálisis, los medicamentos necesarios, la dieta y la atención a los problemas médico-quirúrgicos interrecurrentes derivados de la insuficiencia renal crónica y su tratamiento, incluyendo la realización de la fístula arteriovenosa. Se fijaba, además, que el paciente recibiría dos o tres sesiones de diálisis por semana y que cada una tendría, al menos, nueve horas y un mínimo de dieciocho horas por semana.

Se puede asegurar, por tanto, que en aquellos años se estaba llevando a cabo una cierta concertación por proceso, ya que no se concertaba sólo la diálisis, si bien el pago se producía por sesiones y no mediante una cantidad fija por el proceso completo.

Es el 3 de mayo de 1980 cuando se publica en el BOE la Resolución de 11 de abril de la Secretaría de Estado para la Sanidad por la que se regula la asistencia sanitaria con medios ajenos a la Seguridad Social.

Esta Resolución pretende dos finalidades: por una parte, crear un sistema de clasificación y acredita-

ción de hospitales, y por otra, establecer una tarifa única para cada tipo de concierto.

En el punto 10 de esta Resolución se ampara la concertación de centros no hospitalarios, pudiendo ser objeto de contratación cinco servicios prestados en régimen ambulatorio:

- Hemodiálisis.
- Rehabilitación.
- Medicina nuclear.
- TAC.
- Radio y/o quimioterapia.

Meses después se fijará un precio único para todos los conciertos de diálisis, que será de 11.500 pesetas. Esta tarifa era común para hemodiálisis en centros hospitalarios o en clubs de diálisis.

La evolución de las tarifas entre los años 80 y 84 viene marcada por la reducción del tiempo de diálisis de cada sesión y la bajada de los materiales (filtras) (fig. 1).

La Orden de revisión de tarifas de centros concertados de 1985 incluye nuevas modalidades de diálisis a concertar, y así aparecen los centros satélites con personal del INSALUD o del centro, la hemodiálisis con máquina a domicilio y la diálisis peritoneal

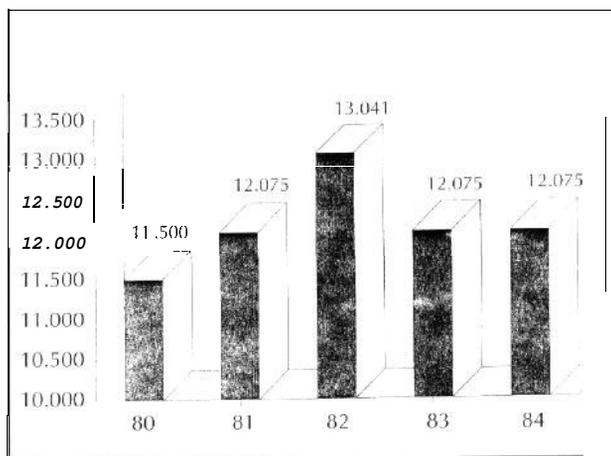


Fig. 1.-Evolución tarifas 80-84 (Club Diálisis).

ambulatoria continua (DPCA). En 1985 también se diferencia la tarifa de diálisis hospitalaria de la de club.

La DPCA, que se introdujo a nivel mundial en los años 77-78, se realizaba desde finales de 1979 en nuestro país en Toledo (Hospital Virgen de la Salud), Sevilla (Hospital Virgen del Rocío) y Madrid (La Paz), estando registrados los primeros contratos con las empresas suministradoras en la Dirección Provincial de Toledo².

En 1990 se incluye una tarifa diferenciada para los suplementos de bicarbonato, y en 1993 se ha incluido la diálisis peritoneal ambulatoria con cicladora.

Desde el año 1987, los incrementos en el precio se han producido en torno a las cifras del IPC (fig. 2).

El crecimiento experimentado en la tarifa desde 1980 a 1992 es de un 41 %, y el del IPC, del 88 %. En este espacio de tiempo, al reducirse el número de horas semana de diálisis por paciente de 18-20 a 10-12 horas, los costes derivados del personal de enfermería sólo han crecido en este tiempo en términos absolutos en cifras cercanas al 20 %, con reducciones superiores al 30 % en pesetas constantes.

También han tenido reducciones de precio muy considerables los filtros en ese período de tiempo, pero en este caso hay que tener en cuenta que las sucesivas oscilaciones del valor de las monedas es el factor más importante, al ser en gran medida materiales importados el que determina su precio en un momento dado.

Hay diferencias entre las tarifas aplicadas en las comunidades autónomas con gestión transferida, siendo la más alta en Cataluña y la más baja en el País Valenciano.

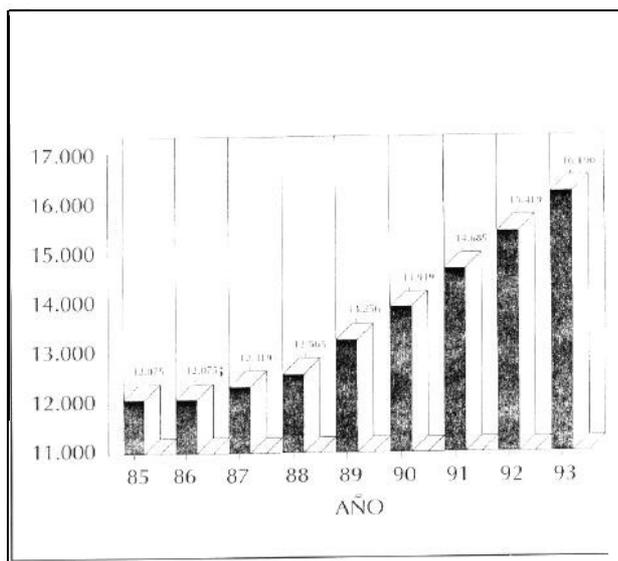


Fig. 2.-Evolución tarifas 85-93 (Club Diálisis).

Las diferencias interregionales se dan también en otros aspectos, por ejemplo, en la prevalencia de la insuficiencia renal crónica, en la oferta pública y privada para el tratamiento de estos pacientes, en el tamaño de los centros de diálisis, en la diferente utilización de las distintas modalidades de diálisis^{3,4}

Como puede apreciarse en la tabla I, la mayor prevalencia corresponde al País Valenciano y Cataluña, que es coincidente con las comunidades donde la diálisis se lleva a cabo fundamentalmente en centros privados. Es de suponer que los criterios de inclusión de los pacientes en insuficiencia renal crónica en programa de diálisis sean los mismos o similares en todos los lugares del país, por lo que cabe deducir que las causas pueden ser que la mayor flexibilidad y capacidad para dar una respuesta rápida de los medios privados a las necesidades acuciantes hizo que desde los inicios esta oferta estuviera polarizada desde el sector privado, especialmente en lugares como Cataluña, donde el peso relativo de lo privado en relación a lo público siempre fue mayor.

Tabla I. Prevalencia tratamiento con diálisis en insuficiencia renal crónica (marzo 1993)

	Pacientes	ppm
Valencia	1.082	487
Cataluna	2.774	458
País Vasco	896	426
Andalucía	2.458	354
INSALUD	5.852	351
Galicia	915	335
Navarra	156	306
Total	14.933	3844

En el territorio del INSALUD Gestión Directa, la construcción en los últimos años de hospitales cada vez más alejados de los grandes núcleos ha hecho que la absorción de los nuevos pacientes se vaya llevando a cabo por el sector público, por lo que el peso relativo de los centros privados ha ido incluso disminuyendo (fig. 3).

En el período que va de 1988 a 1992, en el territorio gestionado por el INSALUD el número de pacientes en clubs privados (se excluye diálisis hospitalaria) ha pasado de 1.110 a 1.458, con un crecimiento del 31,5 %; la hemodiálisis domiciliaria, de 153 a 122, con reducción del 20 % (fig. 4), y la DPAC, de 460 a 550, con incremento del 19,5 % (fig. 5). Si consideramos el período 90-92, hay prácticamente una estabilización (fig. 6).

Se han estudiado asimismo las diferencias entre las comunidades en cuanto al tamaño de los clubs privados y entre éstos y los públicos.

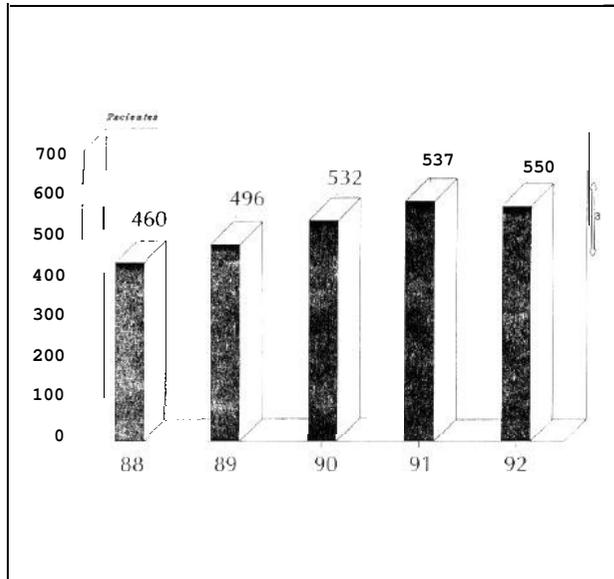


Fig. 3.-Insalud Gestión Directa (Diálisis Concertada Club)

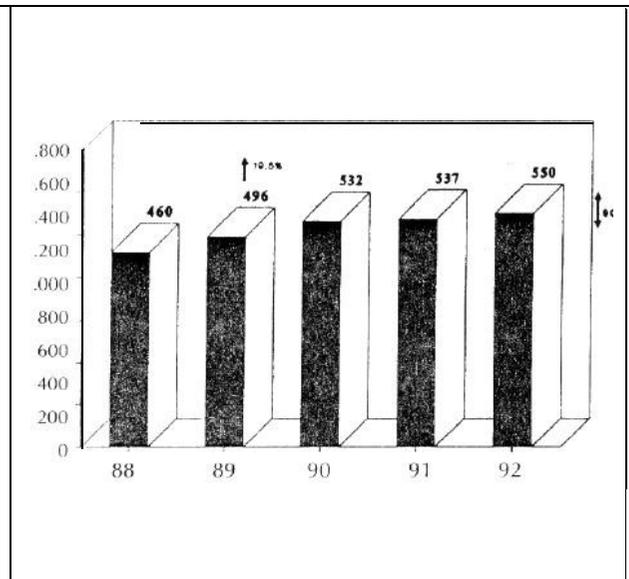


Fig. 5.-DPCA.

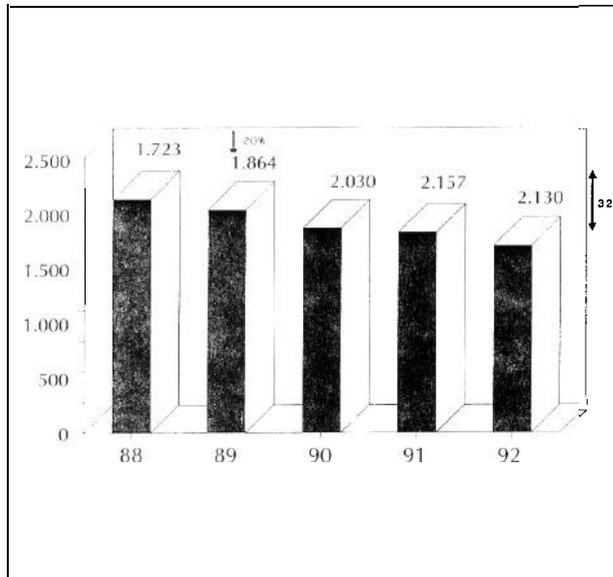


Fig. 4.-Insalud Gestión Directa (diálisis concertada con máquina a domicilio).

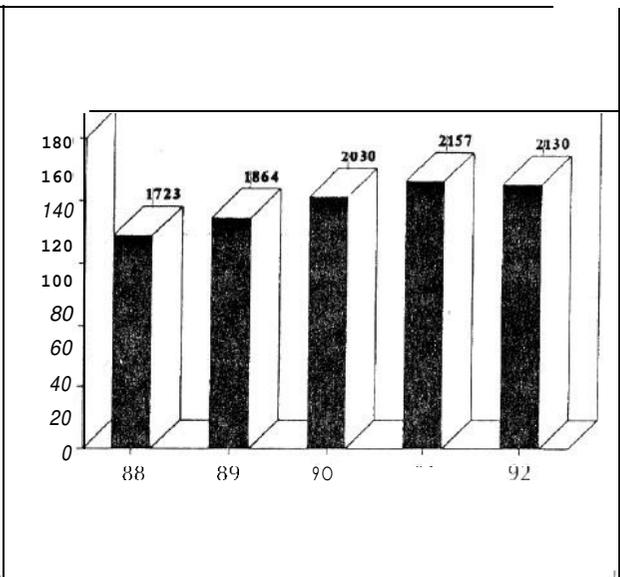


Fig. 6.-Totales (club + HD+ DPCA)

El resultado es que los clubs privados más grandes están en Cataluña, País Valenciano y Andalucía, y los públicos, en el INSALUD, País Vasco y Andalucía, siendo en el País Vasco, Galicia, Navarra, INSALUD y Andalucía de tamaño similar unos y otros y mucho más pequeños los públicos en Cataluña y País Valenciano (tabla II).

Es evidente que la rentabilidad de un club está en relación con el número de pacientes al conseguirse

determinadas economías de escala, lo que podría explicar algunas diferencias tarifarias; pero entre las dos comunidades autónomas, con centros privados con mayor número de pacientes, es precisamente entre las que se dan las tarifas extremas.

Es claro que es preferible mantener pequeñas unidades en lugares alejados aun a costa de tener tarifas algo más altas por el importante ahorro que se consigue en gastos de transporte.

Tabla II. Tamaño de los centros de diálisis

	Públicos (pacientes)	Privados (pacientes)
Navarra	30	25
Galicia	41	44
País Vasco	56	51
INSALUD	55	50
País Valenciano	32	71
Cataluña	34	80
Andalucía	62	73
Total nacional.....	310	394

En un reciente estudio, llevado a cabo en la provincia de Toledo, se calculó que la distancia media de cada paciente a la unidad donde se dializaba era de 50 kms, lo que suponía un recorrido de 15.600 kms/año y un coste de 780.000 pesetas en kilómetros y 873.000 pesetas en horas de espera. En total, 1.553.000 pesetas/año/paciente.

La futura unidad del Hospital de Alcázar de San Juan, distante de Toledo, Ciudad Real y Cuenca 100 kilómetros, con cerca de 40 pacientes en la zona, supondrá un ahorro superior por paciente/año de 2,5 millones de pesetas (1 00 millones de pesetas en total). El coste por paciente en los clubs concertados en 1992 fue de 2,4 millones de pesetas.

El desarrollo en estos años de los clubs privados ha debido ir por este camino: el de cubrir zonas alejadas de los grandes núcleos; pero salvo en Andalucía, donde se han creado centros satélites con algunas empresas, es el sector público el que ha ido dando respuesta, acercando la diálisis al paciente y a la vez ahorrando gastos de transporte.

Son muy acusadas las diferencias también entre las comunidades en cuanto a las modalidades de diálisis y el porcentaje de pacientes tratados en el sector público y privado (tabla III).

Como puede verse, sólo un 17 % de los pacientes en Cataluña se dializan en centros propios y sólo un 4,7 % entre DPCA y hemodiálisis domiciliaria. Ese porcentaje es algo superior en el País Valenciano (22 %), siendo en Navarra, País Vasco y el INSALUD superior en todos al 50 %.

Globalmente, el país dializa en centros propios al 40 % aproximadamente; en privados, al 50 %, y en domicilio, al 10 %.

Es importante el número de pacientes en DPCA en el País Vasco, Galicia y Andalucía (20, 15 y 13,5 %), manteniéndose el resto en torno al 10 %

No hay diferencias tarifarias importantes en cuanto a la DPCA entre unas y otras comunidades autónomas, por lo que esas diferencias sólo se explican como fruto de iniciativas personales o de determinados servicios de algunos hospitales y no como fruto de políticas activas de las comunidades autónomas en el desarrollo de este tipo de diálisis. En cualquier caso, sí es llamativo el escaso desarrollo de la DPCA en Cataluña.

Podría explicarse por la gran oferta de clubs que en esa comunidad existen y las preferencias del paciente por evitarse problemas, pero en una situación similar en cuanto a oferta está el País Valenciano y la DPCA casi representa el doble en términos porcentuales.

En cuanto a los costes, podemos afirmar que éstos son inferiores en los centros privados, como se ve en la tabla IV. Si bien hay que tener en cuenta que los propios contratos excluyen determinados pacientes por su inestabilidad cardiorrespiratoria, por padecer trastornos neurológicos o anemia severos, VIH o VNB positivo.

Aunque esto es así, que el hospital propio asume unos costes superiores en cuanto a que acoge enfermos más graves y ejerce la tutela sobre los propios

Tabla III. Oferta pública oferta privada año 1992

	Total pacientes	Nº pacientes tratados centros públicos	%	Nº pacientes tratados centros privados	%	DP AC	HD	% DPAC + HD
Cataluña	2.774	476	17,1	2.166	78	110	22	4,7
Valencia	1.882	416	22,1	1.289	68,5	169	8	9,4
INSALUD	5.852	2.999	51,2	2.181	37,2	550	122	11,5
Galicia	915	288	31	485	53	142		15,5
Navarra	156	88	56,5	50	32	18		11,5
País Vasco	896	508	57	205	23	157	26	20
Andalucía	2.458	1.053	42, a	1.027	41,8	338	40	15,4
Totales	14.933	5.828	39	7.403	49,6	1.484	218	11,4
						(9,9%)	(1,45%)	

Tabla IV. Porcentaje de pacientes en DPCA por CC.AA. INSALUD Gestión Directa

	%
Cantabria	20
Castilla-León	13
Murcia	12
Canarias	11
Madrid	9,7
Castilla-La Mancha	9,6
Extremadura	8
Baleares	7,8
Aragón	1
Asturias	1
La Rioja	0
Ceuta y Melilla	0

centros privados, además de llevar a cabo los tipajes para trasplante y la distribución de EPO, hay que reconocer que el sector privado, al haber estado sometido a una tarifa de precios, ha cuidado mucho más sus costes con el fin de disponer de un margen. Es algo que no se ha pedido al sector propio, y eso ha contribuido a no tener conciencia del coste del servicio.

Siendo el sistema de tarifa positivo, también abre interrogantes, como que es difícil dializar en clubs privados con membranas especiales y que esa imposibilidad puede llevarnos a tener dos tipos de pacientes: los que tienen acceso a dichas membranas y los que no.

En cualquier caso, antes habrá que llegar al consenso sobre si las membranas especiales son necesarias. Si lo son, ¿en qué porcentaje de pacientes, dado que tenemos hospitales en los que su utilización oscila entre el 20 y el 60 %?

Aun generalizándose, podrían buscarse medidas que permitieran la reducción de otros costes, siendo claro que debe evolucionarse a los tres turnos de diálisis en dos turnos de enfermería. Una medida como ésta supone ahorros superiores en una unidad media de más de 3.000 pesetas. por sesión o, lo que es lo mismo, cerca de 500.000 pesetas/año/paciente, que es equivalente al incremento de coste que produce el uso de membranas especiales.

Los hospitales del INSALUD tendrán que valorar ahora todas estas posibilidades, dado que desde el 1 de enero de 1993 tienen fijado también un presupuesto anual por paciente en diálisis que es único, sea dializado en el hospital o en DPCA. Son 280.000 pesetas/mes o 3.360.000 pesetas/año e incluye todo, hasta la EPO⁵.

También tienen ya el dinero de los conciertos de los clubs, por lo que, con el fin de entrar dentro del presupuesto anual por enfermo, podrán hacer diferentes combinaciones, como estimular la DPCA, pasar pacientes al club privado, montar centros satélites o modificar los turnos de diálisis.

En cuanto a los contratos, digamos que la Administración española desde el principio ha exigido una condiciones en las instalaciones y posteriormente en las máquinas, en la calidad del agua y en requerimientos de personal, que son la base, a mi entender, de la gran seguridad que el tratamiento de diálisis tiene en nuestro país, unido a la tutela ejercida desde los centros públicos.

Estas condiciones se fijan en los pliegos de prescripciones técnicas, en los que se señalan ^{6,7}:

– Ambito geográfico y sistema de admisión de pacientes.

– Personal:

• Nefrólogo.

• ATS (uno por cada cinco puestos).

• Auxiliar de clínica (uno por cada 10 puestos).

• Administrativo.

– Condiciones del local:

• Acceso. Climatización e iluminación.

• Grupo electrógeno.

• Equipo antiincendios.

– Sistema de tratamiento de aguas encuadrable en los márgenes de la Norma Española UNE III-301.90.

– Niveles máximos de contaminantes en el agua.

– Características de los monitores, dializadores y líneas, que serán estas dos últimas de un solo uso.

– Se incluye la analítica rutinaria y se excluyen los tipajes, las exploraciones complementarias no periódicas y la intervención quirúrgica para la fístula arteriovenosa.

RELACION ENTRE SISTEMA PUBLICO Y PRIVADO

Los centros concertados del sector privado están considerados, para determinados aspectos, como centros de la red y, por tanto, sometidos a las directrices de la Ley General de Sanidad, Ley de Contratos del Estado y Ley de Incompatibilidades del Personal de las Administraciones Públicas.

Hay, por tanto, limitaciones para la participación del personal sanitario que trabaja en el sector público y también para la participación en el capital de las empresas (menos del 10 %) y la pertenencia a los Consejos de Administración.

Por otra parte, hay que tener en cuenta que desde el principio el Sistema Nacional de Salud entendió que era una garantía la tutela y la coordinación de ambos sectores, y está establecido, incluso contractualmente, que el centro público es el que incluye al paciente en programa, pauta la modalidad requerida, se hace cargo de resolver problemas como la fístula arteriovenosa, etc., y autoriza y administra el tratamiento con EPO. De todos modos, se ha echado de menos una regulación concreta en este terreno que

dejara claro que es obligación de los centros propios la resolución de estos problemas.

A este hilo conductor probablemente se le deba el éxito del tratamiento de la diálisis en España, con mortalidades inferiores a la mitad que en EE. UU., si bien es cierto que en ocasiones ha creado problemas por el retraso en la inclusión de programas de trasplante o de realización de las fístulas arteriovenosas a pacientes del centro no vinculado al hospital de referencia correspondiente. Esos problemas sólo han contribuido a pérdida de credibilidad de los propios centros.

Por otra parte, esta tutela quizá haya sido excesiva, de tal modo que haya permitido una responsabilización íntegra del club acerca del tratamiento del proceso completo de la insuficiencia renal crónica, y es discutible, por ejemplo, que el tratamiento con EPO o la realización de un ecocardiograma deba indicarse por el médico hospitalario.

En suma, debe buscarse la conjunción de tres tipos de intereses: los del paciente, que debe recibir igual trato tanto si se trata en uno como en otro; los de la Administración, que, como asegurador universal, debe velar por lo correcto del proceso, y los de las empresas y profesionales, que deben gozar de un marco jurídico y profesional idóneo.

Quizá la forma de avanzar en este terreno sea ir estableciendo una concertación diferente, por proceso, en el que se incluyan no sólo el tratamiento con diálisis, sino los posibles ingresos hospitalarios, las intervenciones quirúrgicas y el tratamiento farmacológico.

CONCLUSIONES

- _ La diálisis en centros concertados nace en los años setenta.
- _ Dializa a un 50 % del total de pacientes.
- _ Tiene mayor implantación en Cataluña y Comunidad Valenciana.
- _ El tamaño de los clubs es de unos 60 pacientes de media, siendo muy superior en Cataluña y en menor medida en Valencia y Andalucía.
- _ Es un sistema con costes inferiores, pero con enfermos menos complejos.
- _ Es un sector en que la colaboración pública-privada, dentro del Sistema Nacional de Salud, ha contribuido eficazmente a la resolución de un grave problema de salud.

Bibliografía

1. Censo Centros Concertados. Subdirección General de Contratación de Recursos Sanitarios. Ministerio de Sanidad y Consumo
2. Popovich RP, Moncrieff IW, Nolph KD, Chods AJ, Twardowski ZJ y Pylewk: *Continins ambulatory dialysis (abstract)* Ann Intern Med 88:449, 1978.
3. Registro de enfermos renales de Cataluña. Servicio Catalán de la Salud. Informes estadísticos de 1991 y 1992.
4. Memoria Subdirección General de Contratación de Recursos Sanitarios. Ministerio de Sanidad y Consumo.
5. Contrato-Programa marco. Ministerio de Sanidad y Consumo. INSALUD 1993.
6. Contratos tipo y pliegos de prescripciones técnicas para la contratación del Servicio de Hemodiálisis Extrahospitalaria. Ministerio de Sanidad y Consumo.
7. Guía de Programación y Diseño de Unidades de Diálisis. Ministerio de Sanidad y Consumo. María Pérez Sheriff. Salvador Martín Moreno. Fernando Ordás Izquierdo, 1986.