

INFORME 20/2024

**SERVICIO CATALÁN
DE LA SALUD**
PRESTACIÓN DEL SERVICIO
EXTRAHOSPITALARIO
PARA LA ATENCIÓN
A LA INSUFICIENCIA
RENAL,
EJERCICIO 2022



SINDICATURA
DE COMPTES
DE CATALUNYA



INFORME 20/2024

SERVICIO CATALÁN DE LA SALUD

PRESTACIÓN DEL SERVICIO
EXTRAHOSPITALARIO
PARA LA ATENCIÓN
A LA INSUFICIENCIA
RENAL,
EJERCICIO 2022

Edición: junio de 2025

Documento electrónico etiquetado para personas con discapacidad visual

Páginas en blanco insertadas para facilitar la impresión a doble cara

Autor y editor:

Sindicatura de Cuentas de Cataluña
Vía Laietana, 60
08003 Barcelona
Tel. +34 93 270 11 61
sindicatura@sindicatura.cat
www.sindicatura.cat

Publicación sujeta a depósito legal de acuerdo con lo previsto en el Real decreto 635/2015, de 10 de julio

ÍNDICE

ABREVIACIONES.....	7
ACLARACIÓN SOBRE REDONDEOS.....	7
RESUMEN EJECUTIVO.....	9
1. INTRODUCCIÓN.....	13
1.1. ANTECEDENTES.....	13
1.2. MARCO NORMATIVO.....	18
1.3. ENTIDAD FISCALIZADA.....	19
1.4. CENTROS ASISTENCIALES.....	20
2. ALCANCE Y METODOLOGÍA.....	21
2.1. OBJETO Y ALCANCE.....	21
2.2. METODOLOGÍA.....	23
3. CONCLUSIONES.....	24
4. RECOMENDACIONES.....	39
5. RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN.....	45
5.1. ¿EL GOBIERNO HA PLANTEADO UNA POLÍTICA PÚBLICA DE ATENCIÓN AL ENFERMO RENAL QUE RESPONDE A UNAS NECESIDADES PREVIAMENTE IDENTIFICADAS?.....	45
5.1.1. ¿El Gobierno ha planificado los recursos a partir de unas necesidades identificadas?.....	45
5.1.2. ¿El marco legal y las políticas abordan las necesidades de los grupos identificados como vulnerables?.....	55
5.1.3. ¿El Gobierno ha informado e involucrado a las partes interesadas en los procesos para planificar, implementar y supervisar el servicio extrahospitalario de la insuficiencia renal?.....	58
5.1.4. ¿La política pública de salud actual para la prestación del servicio está alineada con los objetivos de desarrollo sostenible?.....	60
5.2. ¿LA CONTRATACIÓN DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EXTRAHOSPITALARIO HA SIDO LA ADECUADA PARA DAR RESPUESTA A LAS NECESIDADES SANITARIAS Y SOCIALES?.....	61
5.2.1. ¿El contrato se ha hecho justificando la falta de medios propios y escogiendo la fórmula de contratación más adecuada para cubrir las necesidades existentes?.....	61
5.2.2. ¿La contratación se ha realizado incorporando las normas de calidad previstas por la normativa?.....	66
5.2.3. ¿El coste de la prestación del servicio se ha determinado en términos de economía?.....	68

5.3.	¿SE HAN ADQUIRIDO LAS PRESTACIONES EN LA CANTIDAD Y CALIDAD MÁS ADECUADAS Y LA COORDINACIÓN DE LOS RECURSOS ASISTENCIALES HA SIDO COHERENTE Y EFICAZ?	72
5.3.1.	¿En qué medida el presupuesto del servicio extrahospitalario de la insuficiencia renal ha sido suficiente en base a las necesidades de hemodiálisis?	72
5.3.2.	¿Qué resultados se han conseguido?	83
5.3.3.	¿En qué medida los recursos humanos y tecnológicos son suficientes y equitativos, y su relación con los servicios prestados es eficiente?	97
5.3.4.	¿Hay una coordinación adecuada entre los distintos recursos asistenciales que permita ofrecer una asistencia sanitaria apropiada en tiempo y calidad?	108
5.3.5.	¿El contrato se ha establecido teniendo en cuenta criterios que aseguren que la calidad del servicio sea la misma que se prestaría con medios propios?	115
5.3.6.	¿Cuál es el grado de satisfacción del usuario?	117
5.4.	¿EN QUÉ MEDIDA EXISTE UN SISTEMA DE CONTROL QUE GARANTICE EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO Y LA CALIDAD DEL SERVICIO?	123
5.4.1.	¿El CatSalut ha hecho seguimiento de los indicadores de calidad de los centros de diálisis que pueden dar lugar a una regularización de la facturación?	123
5.4.2.	¿En qué medida el CatSalut ha realizado un seguimiento y control periódico de la actividad, ha publicado sus resultados y los ha hecho accesibles a las partes interesadas?	125
6.	ANEXOS	130
6.1.	TEORÍA DEL CAMBIO	130
6.2.	CONSEJO DE DIRECCIÓN DEL CATSALUT	131
6.3.	CENTROS ASISTENCIALES	133
6.4.	OBJETIVOS, SUBOBJETIVOS Y CRITERIOS DE AUDITORÍA	135
6.5.	CÁLCULO DEL MARGEN DE LOS TRATAMIENTOS DE HEMODIÁLISIS	139
6.5.1.	Hemodiálisis hospitalaria	139
6.5.2.	Diálisis peritoneal	140
6.5.3.	Hemodiálisis domiciliaria	141
6.5.4.	Transporte sanitario del paciente en hemodiálisis	142
6.6.	RECURSOS DISPONIBLES COMUNICADOS POR LOS CENTROS DE DIÁLISIS	143
6.7.	GLOSARIO DE TÉRMINOS	144
7.	TRÁMITE DE ALEGACIONES	144
7.1.	ALEGACIONES RECIBIDAS	145
7.2.	TRATAMIENTO DE LAS ALEGACIONES	167
	APROBACIÓN DEL INFORME	167

ABREVIACIONES

CatSalut	Servicio Catalán de la Salud
HDF	Hemodiafiltración en línea
ICS	Instituto Catalán de la Salud
MUSSCAT	Morbilidad y utilización de servicios sanitarios de Cataluña
ODS	Objetivo de desarrollo sostenible
SEM	Sistema de Emergencias Médicas
SISCAT	Sistema Sanitario Integral de Utilización Pública de Cataluña

ACLARACIÓN SOBRE REDONDEOS

Los importes monetarios que se presentan en los cuadros de este informe se han redondeado de forma individualizada, lo que puede producir diferencias entre la suma de las cifras parciales y los totales de los cuadros.

RESUMEN EJECUTIVO

La relevancia sanitaria del tratamiento de la insuficiencia renal crónica avanzada se explica por la necesidad vital que tienen los enfermos de recibir un tratamiento para toda la vida, por las implicaciones que tiene el tratamiento en la calidad de vida del paciente y por el alto coste asociado al conjunto del tratamiento, uno de los más elevados de las enfermedades crónicas.

La atención al enfermo renal en Cataluña se lleva a cabo a través de los Servicios de Nefrología y las Unidades de Asistencia Nefrológica, que forman parte del ámbito hospitalario, a través de los Centros de Diálisis hospitalarios y extrahospitalarios, y desde la Atención Primaria en las primeras fases de la enfermedad.

En el año 2022 la atención hospitalaria representaba un 54,7% de la actividad de diálisis, que el CatSalut contrataba a través de los conciertos sanitarios y del Instituto Catalán de la Salud. Por otra parte, la atención extrahospitalaria representaba el 45,3% restante de la actividad de diálisis, que el CatSalut contrataba mediante contratos administrativos de gestión de servicios con empresas principalmente privadas y con una empresa pública.

Estos aspectos motivaron la decisión de la Sindicatura de fiscalizar la prestación del servicio extrahospitalario de la atención a la insuficiencia renal, con el objetivo último de auditar la eficacia, la eficiencia y la economía de la gestión realizada por el CatSalut en la prestación del servicio durante el año 2022. El informe ha incorporado el enfoque evaluador en la planificación y la ejecución de los trabajos, e incluye objetivos propios de la evaluación de programas y políticas públicas, como por ejemplo la pertinencia de los objetivos estratégicos, la coherencia interna y externa de la política, las herramientas de gobernanza y la equidad.

En la prestación del servicio conviven varios actores fundamentales; la Sindicatura los ha tenido en consideración y ha mantenido entrevistas con ellos, y, por lo tanto, los resultados de la auditoría incluyen su visión. Estos actores son el CatSalut, la Sociedad Catalana de Nefrología, los profesionales sanitarios y las asociaciones de usuarios.

A partir de aquí, la Sindicatura ha definido 4 objetivos principales, que comprenden todos los aspectos que se han fiscalizado en relación con la prestación del servicio extrahospitalario para la atención a la insuficiencia renal, situados en la esfera de la planificación y los objetivos de la política pública de atención a la insuficiencia renal, la contratación de la prestación del servicio extrahospitalario, la adecuación de las prestaciones en cantidad, calidad y coste, y finalmente en la adecuación del sistema de control de la prestación del servicio. A continuación se resumen las conclusiones más relevantes para cada uno de los criterios de la auditoría:

- Pertinencia
 - El Plan estratégico vigente se encuentra obsoleto. El CatSalut cuenta con herramientas para planificar la actividad del servicio e identificar las necesidades, pero no ha actualizado aspectos clave como la definición de las funciones de los niveles asistenciales y los criterios territoriales de apertura de nuevos puntos de atención.
 - El volumen de la actividad contratada no varió en función del número de pacientes que necesitaban hemodiálisis. En 10 centros la actividad facturada superó el importe máximo de las cláusulas adicionales de los contratos en un total de 8,41 M€.
- Eficacia
 - Los objetivos previstos en el Plan estratégico en cuanto al número y a la ubicación de puntos de atención hemodialítica no se cumplieron: en 2022 un 9,79% de los pacientes de hemodiálisis vivían a una distancia superior a 20 km respecto al centro de diálisis más próximo, lo cual superaba el objetivo previsto.
 - El CatSalut no ha evaluado la satisfacción de los usuarios. Uno de los aspectos que más problemas genera a los usuarios es el transporte sanitario.
 - Existen áreas de mejora en la identificación, registro y prevención de la enfermedad renal crónica.
- Eficiencia
 - El informe de necesidades de la contratación extrahospitalaria no estaba suficientemente justificado y la Sindicatura considera que existen hechos que podrían constituir indicios de comportamiento colusorio entre las empresas ganadoras del concurso. La Sindicatura no tiene constancia de que el CatSalut haya llevado a cabo ninguna actuación para impedir las prácticas anticompetitivas.
- Economía
 - El coste de la prestación del servicio no está acreditado a partir de un escándalo o estudio de costes que justifique las tarifas que el CatSalut satisface a los centros. El coste anual que el CatSalut asume por un paciente en hemodiálisis extrahospitalaria calculado por la Sindicatura (47.744 €) supera el coste de la hemodiálisis hospitalaria (42.461 €) y el de la diálisis peritoneal (29.724 €).
 - El CatSalut no cuenta con un sistema suficientemente robusto para validar la facturación con el objetivo de prevenir, evitar o revertir la posibilidad de que algunos centros hayan facturado servicios no realizados. La Sindicatura ha detectado facturas de sesiones de diálisis de diferentes centros para el mismo paciente y día.

- En cuanto a la contratación de la actividad anual por parte del CatSalut, la suscripción de las cláusulas anuales antes del inicio de la realización de la actividad debería ser la regla general, y no de forma extemporánea como es el caso de la contratación de la prestación del servicio extrahospitalario de la insuficiencia renal.
- Coherencia
 - En relación con la coherencia interna, cabe decir que la definición y las funciones de los niveles asistenciales que configuran el mapa de recursos no se correspondían con la distribución y el funcionamiento de algunos de los centros asistenciales en 2022.
 - En cuanto a la coherencia externa, aunque las técnicas domiciliarias hace años que han sido recomendadas por distintos organismos, la diálisis peritoneal está siendo infrautilizada. La evidencia obtenida por la Sindicatura pone de manifiesto carencias en la financiación de los tratamientos domiciliarios, hecho que puede desmotivar la prescripción de este tipo de tratamientos.
- Equidad
 - El acceso de los pacientes a profesionales como pueden ser los nutricionistas y los psicólogos depende en buena medida del centro en el que el paciente es atendido o de su capacidad de buscar por su cuenta el apoyo necesario.
 - Se ha observado una variación territorial importante y un claro componente socioeconómico en el acceso a los tratamientos domiciliarios. La hemodiálisis requiere un acceso vascular, y la fístula arteriovenosa es el acceso preferible. Los resultados ofrecen también una variación importante en cuanto al porcentaje de pacientes con fístula según el centro que indica el tratamiento.

Las conclusiones de esta fiscalización han puesto de relieve problemas capitales de gobernanza que afectan la planificación de los puntos de atención hemodialítica, la concurrencia de la contratación del servicio y la justificación de la externalización del servicio, la prevención de la enfermedad renal crónica, el volumen de tratamientos domiciliarios y el acceso vascular de los pacientes, la satisfacción del usuario y el transporte sanitario del paciente renal, y también el seguimiento, control y evaluación de los contratos. Por lo tanto, los hechos descritos en relación con la política de prestación del servicio extrahospitalario no garantizan un marco de actuación que responda de forma efectiva al principio de economía, de eficacia y de eficiencia.

Asimismo, en cuanto a los criterios propios de la evaluación de políticas públicas se han identificado carencias en la pertinencia, la coherencia de la política, la equidad y la gobernanza de la intervención pública. La Sindicatura ha propuesto recomendaciones de mejora en todos los aspectos analizados.

1. INTRODUCCIÓN

La Sindicatura de Cuentas, como órgano fiscalizador del sector público de Cataluña, de acuerdo con la normativa vigente y en cumplimiento de su Programa anual de actividades, ha emitido este informe de fiscalización operativa de la prestación del servicio extrahospitalario de la atención a la insuficiencia renal realizada por entidades públicas y privadas con cargo al Servicio Catalán de la Salud (CatSalut), correspondiente al ejercicio 2022.

1.1. ANTECEDENTES

La función renal es esencial para la vida. El deterioro de la capacidad excretora del riñón comporta la aparición de una insuficiencia renal, que puede progresar hacia una insuficiencia renal crónica avanzada.

Cuando aparece una insuficiencia renal crónica avanzada se requiere un tratamiento sustitutivo renal. Los tratamientos sustitutivos renales disponibles son la hemodiálisis (ambulatoria o domiciliaria), la diálisis peritoneal domiciliaria y el trasplante renal.

La relevancia sanitaria del tratamiento de la insuficiencia renal crónica avanzada se explica por la necesidad vital que tienen los enfermos de recibir un tratamiento, que es para toda la vida, por las implicaciones que el tratamiento tiene en la calidad de vida del paciente y por el alto coste asociado al conjunto del tratamiento, uno de los más elevados de las enfermedades crónicas.

En Europa las terapias de sustitución renal representan el 2% del gasto sanitario y se dirigen al 0,1% de la población, con un coste estimado de 15.000 millones anuales.¹

De cada 3 personas con diabetes y de cada 5 con presión alta una tiene enfermedad renal. Las personas con enfermedad renal tienen un riesgo 3 veces superior que el resto de tener problemas cardiovasculares. La tasa de prevalencia² de la insuficiencia renal crónica avanzada en tratamiento sustitutivo renal de Cataluña ha ido aumentando a lo largo de los años, y en 2022 se situó en 1.543,4³ casos por millón de personas; en relación con Europa se situó por encima, ya que la tasa de prevalencia en Europa en 2021 era de 1.040⁴ casos por millón

1. *Recommendations for Sustainable Kidney Care*. European Kidney Health Alliance. 2015.

2. La tasa de prevalencia de una enfermedad es el número de personas que presentan la enfermedad dividido por el número de individuos que componen el grupo o la población en un determinado momento.

3. Información extraída del informe estadístico del Registro de enfermos renales de Cataluña para el año 2022.

4. Información extraída del informe anual del Registro de la Asociación Renal Europea para el año 2021.

de personas. En el año 2022, la tasa de incidencia⁵ fue de 182,5 casos por millón de personas, y en el año 2020 la Organización Mundial de la Salud situó las enfermedades renales como la décima causa de muerte en el mundo.

La atención al paciente nefrológico en Cataluña se lleva a cabo a través de los servicios de Nefrología, las Unidades de Asistencia Nefrológica y los Centros de Diálisis.

De acuerdo con la Orden de 16 de junio de 1987, de desarrollo del Programa de atención a la insuficiencia renal, los Servicios de Nefrología forman parte de un centro hospitalario debidamente acreditado y tienen un ámbito de actuación que corresponde al espacio geográfico que comprende alrededor del millón de habitantes; modulable en función de las necesidades asistenciales de la población, la distribución de sus recursos sanitarios o las características del territorio.

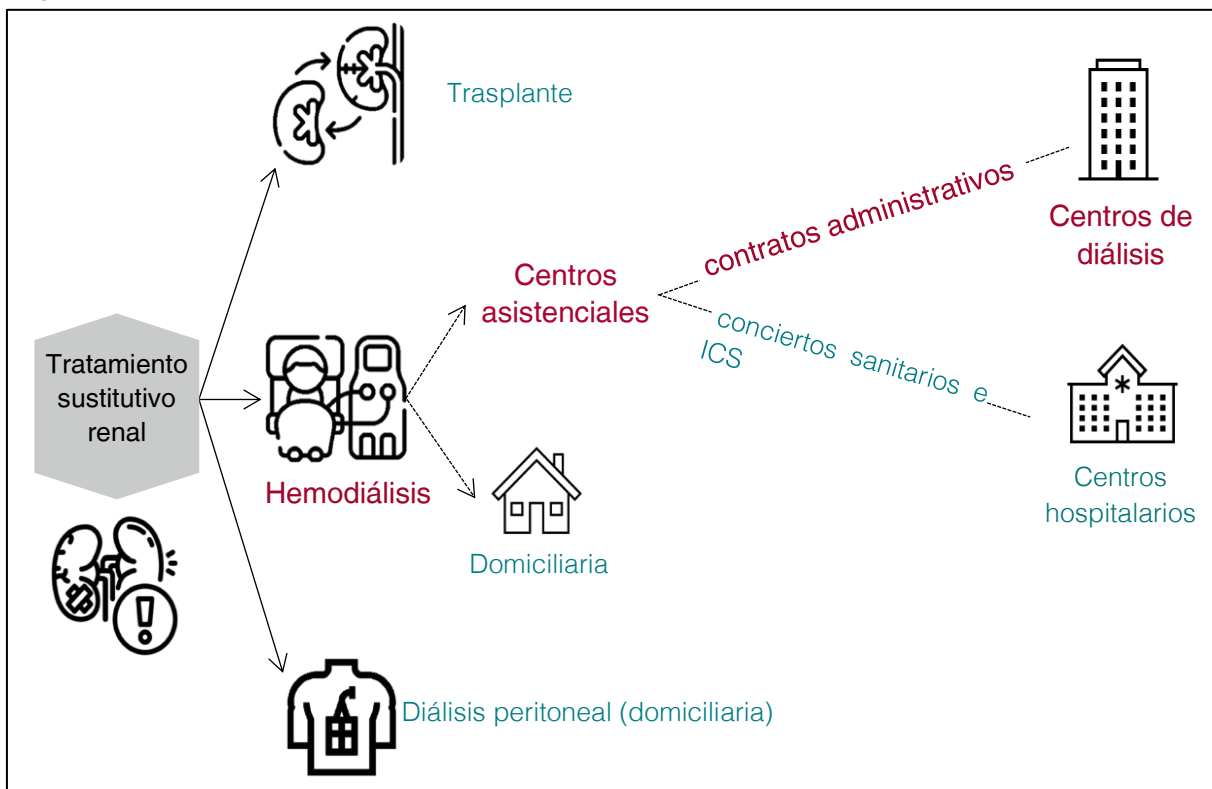
Las Unidades de Asistencia Nefrológica son unidades que forman parte de un hospital general acreditado y prestan asistencia nefrológica de poca complejidad, además de realizar funciones de centro de diálisis, en áreas de población de dimensiones suficientes y alejadas de un Servicio de Nefrología del que dependen funcionalmente.

Los Centros de Diálisis son aquellos centros sanitarios que, bajo la supervisión de un Servicio de Nefrología de referencia, prestan tratamiento sustitutivo dialítico a los enfermos con insuficiencia renal crónica avanzada.

En Cataluña, la actividad de diálisis extrahospitalaria se corresponde con las sesiones de hemodiálisis que se realizan en Centros de Diálisis, bajo la supervisión de un Servicio de Nefrología de referencia por medio de contratos de gestión de servicios.

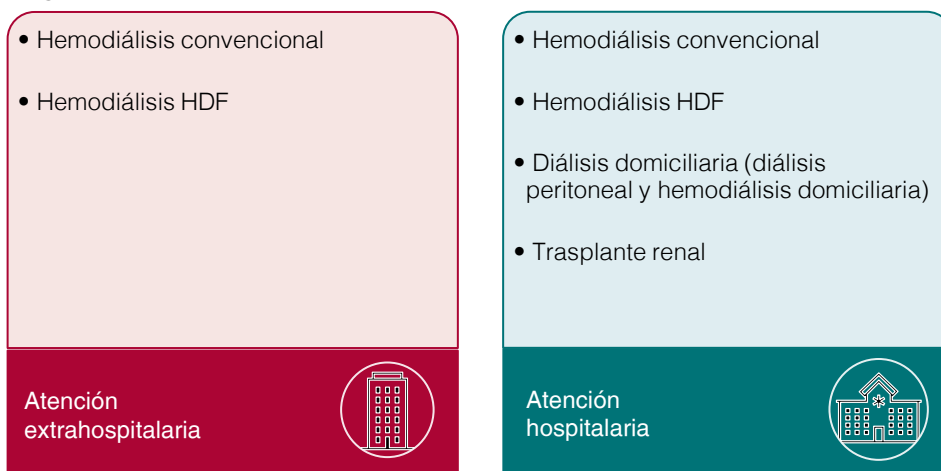
Por otro lado, la actividad de diálisis hospitalaria se corresponde con la realizada por los Servicios de Nefrología, las Unidades de Asistencia Nefrológica y los Centros de diálisis hospitalarios, que son contratados por medio de convenios con centros, servicios y establecimientos sanitarios, entre los que se incluye el Instituto Catalán de la Salud (ICS), de acuerdo con lo establecido por el Decreto 118/2014, de 5 de agosto, sobre la contratación y prestación de los servicios sanitarios con cargo al Servicio Catalán de la Salud.

5. La tasa de incidencia es el número de nuevos casos, en un determinado período, dividido por la población en situación de riesgo al comienzo del período.

Figura 1. Tratamientos sustitutivos renales

Fuente: Elaboración propia.

En el ámbito extrahospitalario, las sesiones de diálisis que se contratan corresponden a sesiones de hemodiálisis ambulatoria convencional y/o de hemodiafiltración en línea (HDF). En cambio, en el ámbito hospitalario, aparte de la hemodiálisis ambulatoria, también se hacen tratamientos de diálisis domiciliaria, que incluyen la diálisis peritoneal y la hemodiálisis domiciliaria, y los trasplantes renales.

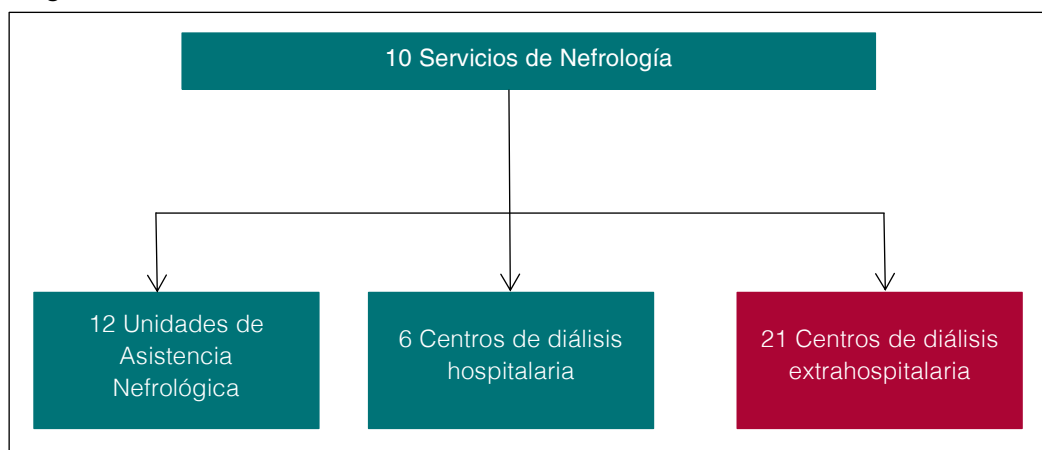
Figura 2. Servicios de la atención a la insuficiencia renal

Fuente: Elaboración propia.

Para la definición de los distintos tratamientos de diálisis véase el apartado 6.7, Glosario de términos.

A continuación se muestran los datos básicos correspondientes a la atención a la insuficiencia renal en el año 2022.

Figura 3. Número de centros asistenciales de atención a la insuficiencia renal. Año 2022

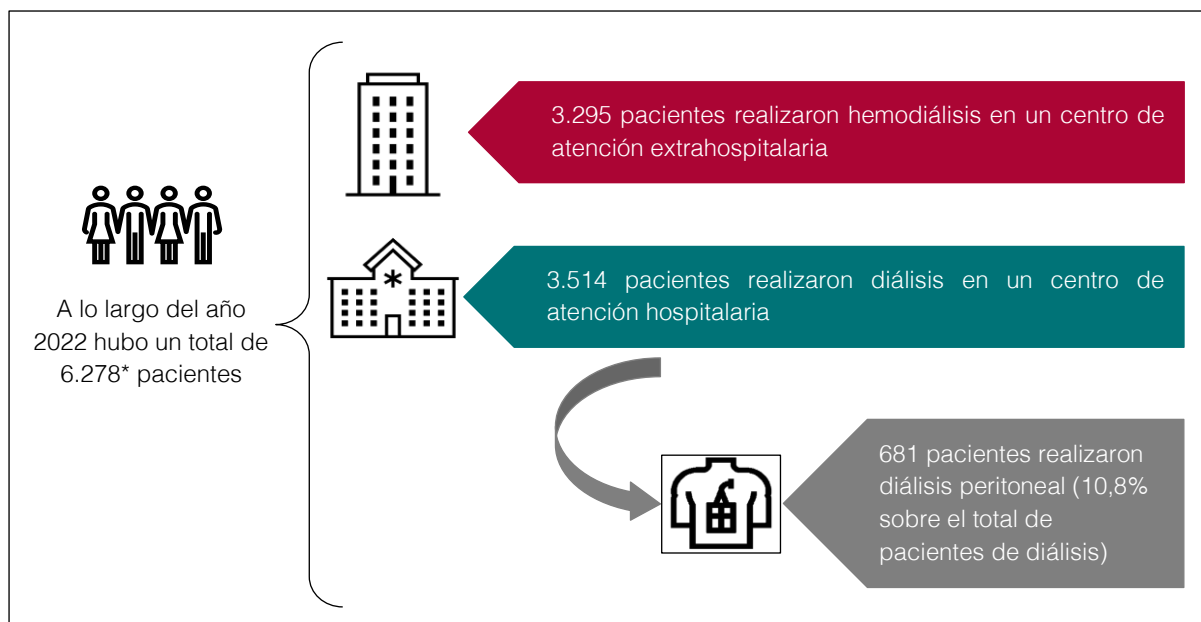


Fuente: Elaboración propia.

Figura 4. Número de sesiones de hemodiálisis y de diálisis peritoneal. Año 2022

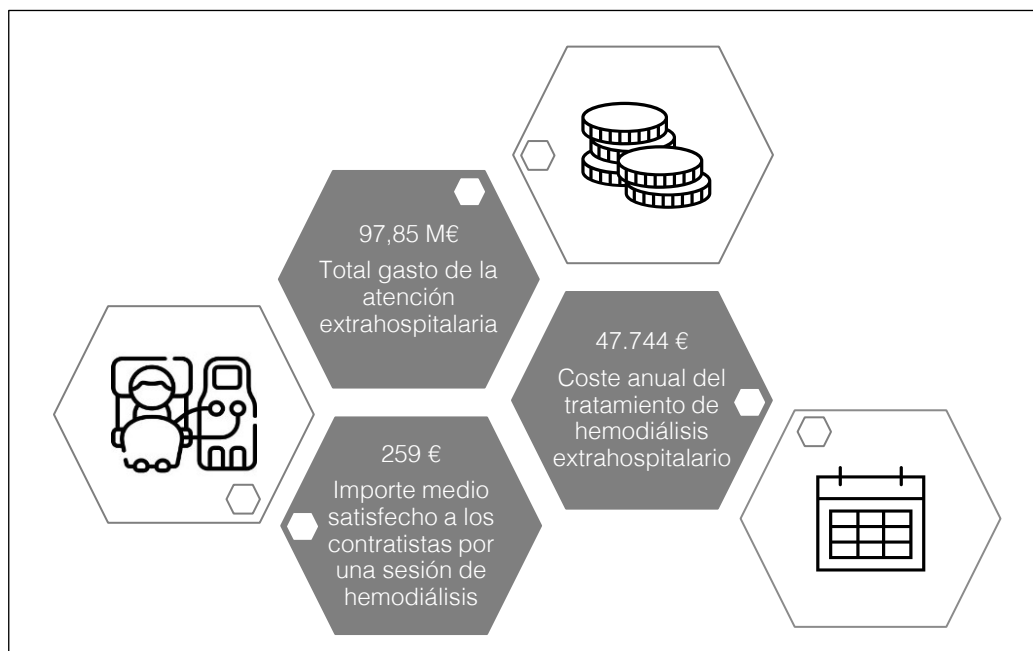


Fuente: Elaboración propia.

Figura 5. Número de pacientes que realizaron hemodiálisis o diálisis peritoneal. Año 2022

Fuente: Elaboración propia.

* Hay pacientes que durante el año 2022 han realizado hemodiálisis tanto en centros extrahospitalarios como en centros hospitalarios y/o que han realizado diálisis peritoneal. Por este motivo, el total de pacientes de 6.278 es inferior a la suma de los pacientes desglosados por centros (6.809 pacientes).

Figura 6. Datos económicos clave de la atención extrahospitalaria. Ejercicio 2022

Fuente: Elaboración propia a partir de cálculos realizados por la Sindicatura.

Nota: En cuanto al importe medio satisfecho a los contratistas por una sesión de hemodiálisis, de 259 €, la Sindicatura ha calculado la ratio resultante entre el gasto por sesión de hemodiálisis del ejercicio 2022, 97,85 M€, que incluye el gasto derivado de las cláusulas de la actividad de hemodiálisis ambulatoria y las cláusulas de sobre coste covid, y el total de sesiones de hemodiálisis facturadas por los contratistas, 378.350 sesiones.

El Plan estratégico de ordenación de la atención al paciente nefrológico constituye el marco de referencia básico de este informe en cuanto a la definición y la planificación de la política sanitaria para la atención renal. En el anexo 1 de este informe consta una representación esquemática del funcionamiento básico de la intervención pública en cuanto a la atención renal, que engloba tanto la atención en el ámbito hospitalario como en el extrahospitalario. Este modelo, conocido en el campo de la evaluación de políticas públicas como “teoría del cambio”, permite establecer los fundamentos lógicos de la política en cuestión y la cadena causal de acontecimientos conducente a sus impactos esperados, y las hipótesis que la sustentan.

En el caso objeto de este informe, y de manera sucinta, la implementación de la atención a la insuficiencia renal responde a la necesidad de cubrir la demanda de atención al paciente nefrológico por parte del CatSalut, de forma que, a partir de los recursos disponibles y las actividades efectuadas dentro de los niveles asistenciales disponibles, se logren mejoras en la salud de las personas, mejoras que, en última instancia, tendrán un impacto positivo en la esperanza y la calidad de vida de los afectados. El modelo pone de relieve las 3 dimensiones fundamentales de esta auditoría: los recursos empleados y su coste (economía), la relación entre los recursos y los resultados obtenidos (eficiencia), y la consecución de los resultados esperados (eficacia).

Para entender en qué punto se sitúa el objeto del informe, la atención extrahospitalaria en la insuficiencia renal –incluida en las actividades, en términos del modelo–, es oportuno mencionar sintéticamente que en el ámbito de la atención extrahospitalaria la hemodiálisis es una forma posible para alcanzar los objetivos fijados en la atención al enfermo nefrológico. Otras vías para alcanzarlos son la hemodiálisis y la diálisis peritoneal en centros hospitalarios, o el trasplante renal.

1.2. MARCO NORMATIVO

La Orden del Departamento de Sanidad y Seguridad Social de 25 de mayo de 1982 creó el Programa sectorial de atención a la insuficiencia renal crónica avanzada, con la finalidad de elaborar propuestas para ofrecer a todos los enfermos renales crónicos una asistencia integrada que les permitiera acceder al tratamiento más adecuado a su situación, y racionalizar los recursos empleados en la asistencia al enfermo.

En el año 1984 se creó el Registro de enfermos renales de Cataluña, con los objetivos de determinar las características de la población afectada, evaluar la eficacia de la red asistencial sanitaria con relación a la insuficiencia renal crónica avanzada, evaluar los programas que se pusieran en marcha y servir de base para elaborar estudios clínicos y epidemiológicos.

La Orden de 16 de junio de 1987, de desarrollo del Programa de atención a la insuficiencia renal, estableció la estructura funcional de asistencia nefrológica en los 3 niveles: servicios de necrología, unidades de asistencia y centros de diálisis.

La Orden de 26 de marzo de 1991, por la cual se adscriben los programas, consejos, comités y las comisiones asesoras del Departamento de Sanidad y Seguridad Social a los diferentes órganos del Departamento, al CatSalut y al Instituto de Estudios de la Salud, suprimió, entre otros, el Programa sectorial de atención a la insuficiencia renal crónica, a pesar de que la ordenación de la atención al paciente nefrológico todavía se rige por la Orden de 16 de junio de 1987, de desarrollo del Programa de atención a la insuficiencia renal.

De acuerdo con el artículo 13 del Decreto 118/2014, de 5 de agosto, sobre la contratación y prestación de los servicios sanitarios con cargo al Servicio Catalán de la Salud, el encargo de gestión de los servicios de diálisis debe formalizarse mediante contratos administrativos, con las particularidades que establece el artículo 20 del Decreto, que determina que, cuando no sea posible promover concurrencia, el procedimiento a emplear para contratar el servicio de hemodiálisis debe ser el procedimiento negociado, mientras que cuando se pueda promover concurrencia, debe contratarse por procedimiento abierto.

1.3. ENTIDAD FISCALIZADA

El CatSalut⁶ garantiza la atención sanitaria de cobertura pública, integral y de calidad a todos los ciudadanos de Cataluña mediante una adecuada adaptación de la oferta a las necesidades de la población, que se materializa con el establecimiento de convenios y contratos con las entidades públicas y privadas prestadoras de servicios sanitarios.

En el año 2022 correspondía a la División de Provisión de Servicios del CatSalut, dependiente de la Gerencia de Organizaciones, distribuir los recursos destinados a la provisión de servicios asistenciales, definir y formular los modelos de convenios y contratos para la gestión de servicios asistenciales, elaborar los contratos con cada entidad proveedora de la red pública, hacer la evaluación del contrato y el seguimiento, y proponer medidas respecto a las desviaciones que se detectaran, entre otras.

Asimismo, correspondía a la Gerencia de Gestión Ciudadana, entre otras funciones, realizar las actuaciones que permitieran garantizar la máxima accesibilidad de los ciudadanos a los servicios y prestaciones del sistema sanitario, velar por la satisfacción en la atención que reciben los ciudadanos, coordinar la atención a las reclamaciones y sugerencias de la ciu-

6. El CatSalut, creado por la Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Cataluña, es un ente público de naturaleza institucional, dotado de personalidad jurídica propia y plena capacidad para el cumplimiento de sus finalidades, adscrito al Departamento de Salud, que se rige por los preceptos de la misma ley y sus disposiciones complementarias de desarrollo.

dadanía y proponer actuaciones de mejora, e impulsar las políticas de calidad y transparencia en la organización.

Durante el período fiscalizado los órganos centrales de dirección del CatSalut eran el Consejo de Dirección (véase el anexo 2) y el director.

A nivel territorial, en el año 2022 el CatSalut se ordenaba en 9 regiones sanitarias,⁷ delimitadas a partir de factores geográficos, socioeconómicos y demográficos.

Cada región cuenta con una dotación de recursos sanitarios de atención primaria y de atención especializada para atender las necesidades de la población. Cada región se ordena en sectores sanitarios, que agrupan a las llamadas áreas básicas de salud, formadas por barrios o distritos en las áreas urbanas, o por un municipio o más en el ámbito rural.

1.4. CENTROS ASISTENCIALES

Corresponde al CatSalut la planificación, la coordinación, la financiación y la compra de los servicios sanitarios de cobertura pública en el ámbito territorial de Cataluña. La provisión de los servicios sanitarios se lleva a cabo a partir del establecimiento de convenios y contratos entre el CatSalut y las entidades públicas y privadas prestadoras de servicios sanitarios.

La prestación del servicio extrahospitalario de la atención a la insuficiencia renal de cobertura pública se formaliza a partir del encargo de gestión de los servicios mediante el establecimiento de contratos administrativos entre el CatSalut y las entidades prestadoras del servicio. Corresponde al CatSalut hacer el seguimiento periódico de las actividades y del cumplimiento de las instrucciones y estándares de calidad, y debe evaluar los resultados de los contratos mediante los cuales se formalice el encargo de gestión de servicios.

En el anexo 3 se identifican los distintos centros que prestan el servicio de atención al paciente renal en el ámbito hospitalario y extrahospitalario.

7. En el año 2023, mediante el Decreto 116/2023, de 20 de junio, de delimitación de las regiones sanitarias y de los sectores sanitarios del Servicio Catalán de la Salud, se creó una nueva región sanitaria que comprende las comarcas de L'Alt Penedès, El Baix Penedès, El Garraf y L'Anoia.

2. ALCANCE Y METODOLOGÍA

2.1. OBJETO Y ALCANCE

El objetivo de este informe es fiscalizar la eficiencia, la eficacia y la economía en la gestión realizada por el CatSalut en la prestación del servicio extrahospitalario de la atención a la insuficiencia renal. El informe incorpora el enfoque evaluador en la planificación y la ejecución de los trabajos, con la inclusión de algunos objetivos propios de la evaluación de los programas y políticas públicas, como pueden ser la evaluación de las necesidades y las herramientas de gobernanza, la coherencia interna y externa de la política, la pertinencia de los objetivos estratégicos y la equidad.

Para poder fiscalizar esta gestión se han definido los siguientes objetivos, formulados en forma de preguntas:

1. ¿El Gobierno ha planteado una política pública de atención al enfermo renal que responde a unas necesidades previamente identificadas?
2. ¿La contratación de la prestación del servicio extrahospitalario ha sido la adecuada para dar respuesta a las necesidades sanitarias y sociales?
3. ¿Se han adquirido las prestaciones en la cantidad y calidad más adecuadas y la coordinación de los recursos asistenciales ha sido coherente y eficaz?
4. ¿En qué medida existe un sistema de control que garantice el cumplimiento del contrato y la calidad del servicio?

Para facilitar la obtención de respuestas a estos objetivos, cada uno de ellos se ha desglosado en varios subobjetivos formulados en forma de pregunta y, para cada uno de estos subobjetivos, se han definido los criterios de auditoría que se resumen en el anexo 4. Los criterios de auditoría son los puntos de referencia o estándar para determinar si un programa cumple o supera las expectativas, y proporcionan una base para evaluar la evidencia, llegar a conclusiones y desarrollar conclusiones sobre los objetivos de la auditoría.

A pesar de que el objeto de la fiscalización se circunscribe al servicio extrahospitalario de la atención a la insuficiencia renal, en el primer objetivo de auditoría (véase el apartado 5.1) se fiscaliza la planificación del servicio en el conjunto de la política de atención al enfermo renal, ya que sin este marco el servicio extrahospitalario no puede ser entendido. Los objetivos de auditoría segundo, tercero y cuarto (véanse los apartados 5.2, 5.3 y 5.4) se centran en el servicio extrahospitalario, pero prestan atención a la coordinación con el resto de los recursos de la política de atención al enfermo renal, recursos que sirven también como puntos de referencia y comparación.

Para entender el alcance del objeto de auditoría, hay que situarlo en el marco de los contratos de gestión de servicios públicos que el CatSalut tenía durante el año 2022 con los

contratistas para la atención extrahospitalaria, los cuales derivan de que en el ejercicio 2014 el CatSalut motivó la contratación en el hecho de que no disponía de los recursos propios necesarios para realizar esta prestación, y por lo tanto, externalizó una parte del servicio de hemodiálisis, el cual pasó a realizarse en centros de diálisis autorizados y gestionados por los contratistas.

En el ámbito hospitalario, los hospitales también contrataban habitualmente a algunas de las empresas adjudicatarias de la prestación del servicio en el ámbito extrahospitalario, el suministro del material fungible, y del equipamiento y mantenimiento necesarios para la realización de las sesiones de hemodiálisis hospitalaria. En este caso, los hospitales proveían con medios propios los espacios y los profesionales sanitarios necesarios para prestar el servicio de hemodiálisis.

En el caso de la diálisis peritoneal, gestionada solo en el ámbito hospitalario, 2 proveedores tenían la exclusividad del suministro de los equipos y accesorios para la diálisis peritoneal ambulatoria, de los cuales uno de los proveedores también es uno de los principales contratistas en el ámbito extrahospitalario.

Sin perjuicio de que la Sindicatura no cuestiona la decisión política de externalizar parte del servicio de diálisis, la cual no ha sido objeto de la fiscalización, el informe justificativo de la necesidad de contratar no especificaba suficientemente la falta de medios propios. Dado que la prestación de los servicios es posible tanto en los hospitales como en el ámbito extrahospitalario (a pesar de que los proveedores pueden ser los mismos pero con precios diferentes), los criterios de auditoría que la Sindicatura ha utilizado para fiscalizar el servicio extrahospitalario toman los resultados en el servicio hospitalario como referencia de auditoría en aquellos aspectos que tienen impacto en la calidad del servicio y el bienestar del paciente renal.

Aunque el ámbito temporal de este informe ha sido el ejercicio 2022, cuando se ha considerado necesario para completar el trabajo, se ha ampliado a períodos anteriores o posteriores. Concretamente, la Sindicatura ha analizado algunos aspectos relacionados con la contratación del servicio extrahospitalario de la insuficiencia renal del año 2014, año en que se adjudicaron los contratos vigentes en 2022.

Como hechos posteriores al ejercicio fiscalizado, cabe destacar que en la fecha de finalización del trabajo de campo (julio de 2024), en el perfil del contratante del CatSalut constaba una alerta de licitación futura de un nuevo concurso para la hemodiálisis ambulatoria, que se publicó el 18 de enero de 2024, y que sigue activa sin que se haya publicado una nueva licitación. Los contratos de gestión de servicios públicos vigentes en el año 2022 establecían que la duración inicial del contrato más sus prórrogas no podía exceder los 10 años, y, puesto que los contratos se formalizaron el 1 de abril de 2014, en la fecha de finalización del trabajo de campo ya se había superado la duración máxima prevista en los contratos, a

pesar de que seguía la actividad contratada. Deben tenerse en cuenta, pues, los resultados de la fiscalización observados por la Sindicatura en relación con las prórrogas extemporáneas (véase el apartado 5.3.1).

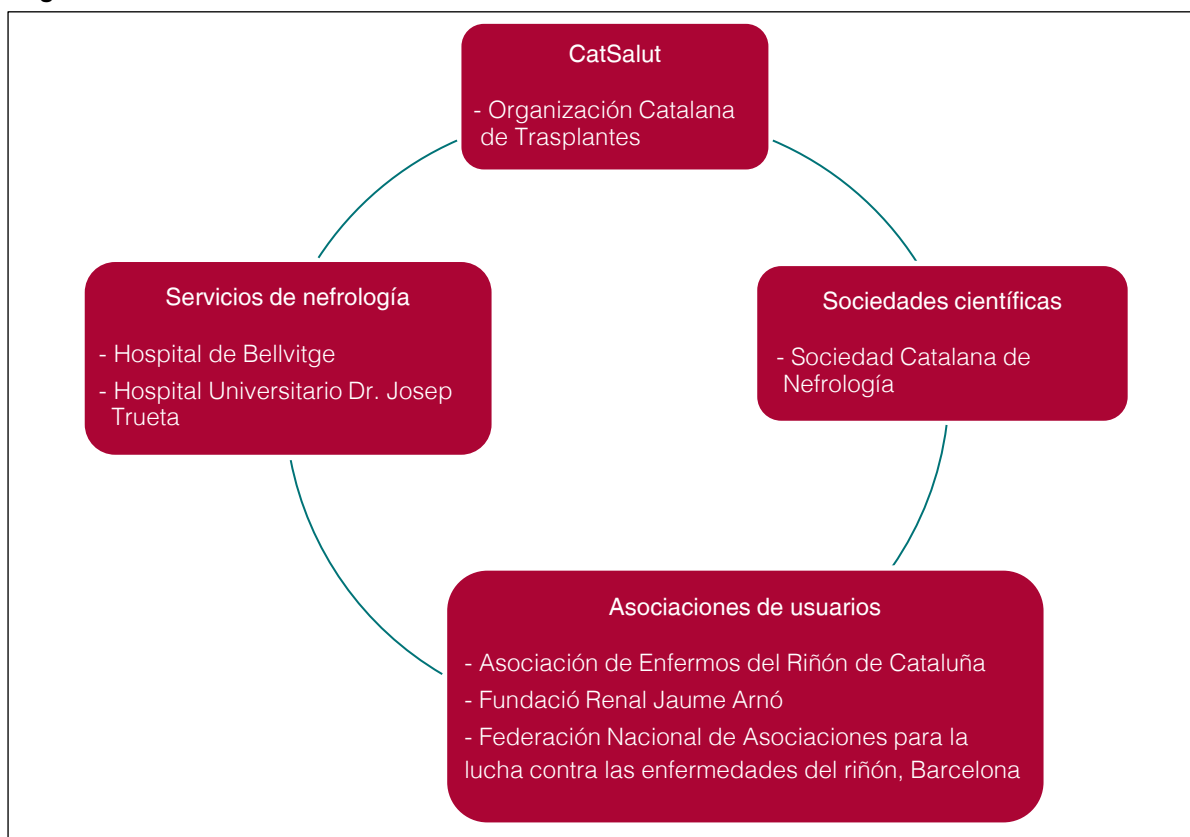
Finalmente, el apartado 3 contiene las conclusiones por cada uno de los objetivos de la fiscalización, y el apartado 4 las recomendaciones sobre mejoras en la gestión de la atención extrahospitalaria de la insuficiencia renal y de las actividades desarrolladas por el CatSalut en algunos de los aspectos fiscalizados.

2.2. METODOLOGÍA

El trabajo de fiscalización se ha llevado a cabo de acuerdo con los principios fundamentales de fiscalización de las instituciones públicas de control externo y las normas técnicas de auditoría que se desprenden de la ISSAI 300, sobre los principios fundamentales de la fiscalización operativa, y la GPF-OCEX 3000, la GPF-OCEX 3910 y la GPF-OCEX 3920, sobre fiscalización operativa. En el trabajo, cuando ha sido necesario para dar respuesta a los objetivos de auditoría, la Sindicatura ha considerado la dimensión de la actividad hospitalaria en el ámbito de la atención a la insuficiencia renal, junto con la atención extrahospitalaria, la cual es objeto del informe.

Para realizar el trabajo, previamente la Sindicatura ha llevado a cabo un análisis del entorno relacionado con la materia. Para ello, se ha consultado y revisado la documentación que se ha considerado más relevante en este ámbito, referida básicamente a la legislación aplicable, contratos públicos vigentes, información económica y presupuestaria, estadísticas oficiales y estudios de investigación de organizaciones y profesionales especializados.

La Sindicatura ha obtenido evidencia de las conclusiones del trabajo a partir de un análisis cuantitativo de los datos relacionados con la atención a la insuficiencia renal, y de un análisis cualitativo, en que la Sindicatura ha realizado una revisión documental y ha mantenido entrevistas con la entidad fiscalizada, con expertos en la materia, y con varias entidades y asociaciones que se han considerado partes interesadas, para obtener una comprensión más completa y precisa de varias cuestiones de la actividad fiscalizada. Las entidades y asociaciones a las que se ha solicitado su opinión son las siguientes:

Figura 7. Partes interesadas de la atención a la insuficiencia renal

Fuente: Elaboración propia.

La Sindicatura ha mantenido reuniones con la alta dirección y responsables de la entidad fiscalizada, y con las partes interesadas para comentar y contrastar los resultados, conclusiones y recomendaciones preliminares.

En el trabajo de campo la Sindicatura ha tenido limitaciones en el acceso a los datos desagregados del Registro de morbilidad y utilización de servicios sanitarios de Cataluña (MUSSCAT), indicado en el apartado 5.3.4.1, con la finalidad de valorar la distribución por edad, sexo y territorio de las personas con enfermedad renal crónica registrada en la historia clínica.

3. CONCLUSIONES

A continuación se presenta el detalle de las conclusiones para el conjunto de las preguntas de fiscalización de la atención extrahospitalaria para la insuficiencia renal, referida al ejercicio 2022. El desarrollo de cada una de las conclusiones está en la pregunta correspondiente en el apartado 5, Resultados de la fiscalización.

En términos generales, las conclusiones de los 4 objetivos de auditoría identificados por la Sindicatura recogen varios aspectos que están estrechamente relacionados con mecanismos de gobernanza inadecuados, los cuales constituyen debilidades importantes y afectan negativamente a la eficacia, la eficiencia y la economía en la gestión de la política pública: la ausencia de criterios actualizados que ordenen el tipo, el número y la distribución de centros en el territorio; la falta de concurrencia de la contratación e insuficiente justificación de la externalización del servicio; el escaso liderazgo del CatSalut al conseguir objetivos como la promoción de los tratamientos domiciliarios, la mejora de la detección y prevención de la enfermedad o la mejora de los accesos vasculares; la ausencia de una evaluación de la satisfacción del usuario con el servicio de diálisis y con el transporte sanitario del paciente renal, y la falta de control sobre la actividad, como, por ejemplo, que el CatSalut no disponga de las listas de asistencia que permitan verificar la actividad realizada y un control suficiente sobre la facturación.

¿El Gobierno ha planteado una política pública de atención al enfermo renal que responde a unas necesidades previamente identificadas?

El CatSalut no ha hecho una planificación de los recursos ajustada a los objetivos previstos en el Plan estratégico vigente, el cual está desactualizado, ni a partir de necesidades identificadas en el mismo Plan estratégico. Estos aspectos dificultan la valoración de la pertinencia y de la coherencia interna de la política pública.

La entidad no cuenta con una definición de referencia ni con una identificación de los pacientes en situación de vulnerabilidad social y faltan mecanismos de participación ciudadana, lo cual afecta directamente a la calidad y la eficacia de los servicios prestados.

Esta conclusión deriva del análisis de los siguientes subobjetivos de auditoría:

¿El Gobierno ha planificado los recursos a partir de unas necesidades identificadas?

El CatSalut no ha planificado los recursos a partir de los objetivos y de las necesidades identificadas en el Plan estratégico, tal y como se fundamenta a continuación (véase el apartado 5.1.1):

1. Los documentos de planificación del CatSalut están desactualizados, la definición y funciones de los niveles asistenciales que configuran el mapa de recursos no se corresponden con la distribución y el funcionamiento del servicio en el año 2022 de algunos de los centros asistenciales.
2. En 2022, el 9,79% de los pacientes de hemodiálisis (416 pacientes) vivían a una distancia superior a 20 km del centro de diálisis, lo cual superaba el criterio territorial para la ubica-

ción y apertura de nuevos puntos de atención establecido por el Plan estratégico de ordenación de la atención al paciente nefrológico de 2008.

3. El CatSalut cuenta con instrumentos y herramientas para planificar la actividad del servicio, como el Registro MUSSCAT y el Registro de enfermos renales de Cataluña, pero no ha realizado una prospección y planificación a medio y largo plazo de las necesidades del servicio que se hayan materializado en un Plan estratégico actualizado.
4. El Registro de enfermos renales de Cataluña recoge datos clínicos y personales de los pacientes que están en diálisis o que han recibido un trasplante, los cuales son la base de los informes anuales estadísticos sobre la evolución y las características de los pacientes. Sin embargo, los responsables del Registro pusieron de manifiesto que sería necesario que este fuera reformulado, que sus objetivos y las fuentes de información fueran reconsiderados, a partir de un estudio que ponía de relieve sus fortalezas y debilidades.

¿El marco legal y las políticas abordan las necesidades de los grupos identificados como vulnerables?

El CatSalut no cuenta con una definición de referencia ni una identificación de los pacientes en situación de vulnerabilidad social, tal y como se fundamenta a continuación (véase el apartado 5.1.2):

5. El acceso a algunos recursos por parte del paciente depende en buena medida del centro en el que el paciente es atendido o de su capacidad de buscar por su cuenta el apoyo necesario. Las situaciones de vulnerabilidad social en los pacientes en tratamiento de diálisis son atendidas por el mismo circuito que el resto de los usuarios del CatSalut.
6. El CatSalut ofrece ayudas para pagar los gastos de agua y electricidad que los pacientes asumen en la diálisis peritoneal domiciliaria, pero no existen estas ayudas en el caso de la hemodiálisis domiciliaria.

¿El Gobierno ha informado e involucrado a las partes interesadas en los procesos para planificar, implementar y supervisar el servicio extrahospitalario de la insuficiencia renal?

El Gobierno ha informado e involucrado a las partes interesadas en los procesos para planificar, implementar y supervisar el servicio extrahospitalario de la insuficiencia renal de modo insuficiente, tal y como se fundamenta a continuación (véase el apartado 5.1.3):

7. Las acciones llevadas a cabo por el CatSalut en el marco de la participación ciudadana en salud se limitan principalmente al impulso del Plan de mejora del enfermo renal que

se ha elaborado recientemente, en el que participaron profesionales y expertos, y las asociaciones de pacientes.⁸

8. Las asociaciones de usuarios participan en el Consejo Consultivo de Pacientes de Cataluña, que forma parte del Marco de la participación ciudadana en salud, pero no disponen de otras herramientas específicas en el ámbito de la insuficiencia renal. No tienen un espacio de intercambio de información global para las incidencias y propuestas de mejora relacionadas con el funcionamiento de los centros de diálisis y el transporte sanitario. Según las asociaciones, el transporte sanitario es uno de los aspectos más destacados que más preocupa al usuario en la gestión del servicio.

¿La política pública de salud actual para la prestación del servicio está alineada con los objetivos de desarrollo sostenible?

La política pública de salud para la prestación del servicio no está alineada con los objetivos de desarrollo sostenible (ODS), tal y como se fundamenta a continuación (véase el apartado 5.1.4):

9. El Plan nacional para la implementación de la Agenda 2030 de las Naciones Unidas en Cataluña no incluye ningún compromiso específico relacionado con el tratamiento de la insuficiencia renal, y en todo caso, tampoco relacionado con el programa presupuestario de atención especializada de salud, donde está registrado el gasto del tratamiento. La Sociedad Española de Nefrología considera necesario y urgente articular un Plan de salud renal en España, en línea con los ODS de la Agenda 2030.

¿La contratación de la prestación del servicio extrahospitalario de hemodiálisis ambulatoria ha sido adecuada para dar respuesta a las necesidades sanitarias y sociales?

Hay hechos que podrían constituir indicios de comportamiento colusorio entre las empresas ganadoras del concurso, principalmente en la licitación de los 16 lotes del ámbito territorial de Cataluña, excepto El Baix Llobregat Nord, y la Sindicatura no tiene constancia de que el CatSalut haya llevado a cabo ninguna actuación para impedir las prácticas anticompetitivas. Por otro lado, el coste de la prestación del servicio contratado no está justificado. Los aspectos detectados en la contratación de la actividad extrahospitalaria implican una falta de concurrencia en la adjudicación, y afecta a la eficiencia y la economía en la prestación de los servicios.

8. Conclusión modificada a raíz del punto 7 de las alegaciones recibidas.

Esta conclusión deriva del análisis de los siguientes subobjetivos de auditoría:

¿El contrato se ha hecho justificando la falta de medios propios y escogiendo la fórmula de contratación más adecuada para cubrir las necesidades existentes?

El contrato no se ha realizado justificando suficientemente la falta de medios propios, y la contratación tampoco ha sido adecuada, tal y como se fundamenta a continuación (véase el apartado 5.2.1):

10. En el año 2014 el CatSalut convocó 2 procedimientos para la adjudicación de la gestión de los servicios de hemodiálisis ambulatoria en centros autorizados para el tratamiento de los pacientes con insuficiencia renal crónica, mediante el procedimiento negociado sin publicidad. La elección de este procedimiento se hizo en cumplimiento de la obligatoriedad de lo que disponía el Decreto 66/2010, de 25 de mayo, por el que se regulaba el establecimiento de los convenios y contratos de gestión de servicios asistenciales en el ámbito del Servicio Catalán de la Salud. Sin embargo, los preceptos de este decreto no parecen coherentes con lo que disponía la normativa básica de contratación pública vigente en ese momento, para los supuestos habilitantes del uso del procedimiento negociado en la adjudicación de los contratos de gestión de servicio público.⁹
11. El informe de necesidades de la contratación no estaba suficientemente justificado, y contravenía el artículo 22 del Real decreto legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de contratos del sector público, el cual establecía que la naturaleza y la extensión de las necesidades que se pretendían cubrir debían precisarse y se tenía que dejar constancia de ellas en el expediente.
12. La Sindicatura considera que existen hechos que podrían constituir indicios de comportamiento colusorio entre las empresas ganadoras, y no tiene constancia de que el CatSalut haya llevado a cabo ninguna actuación para impedir las prácticas anticompetitivas. Las irregularidades descritas podrían dar lugar a hechos perseguibles administrativa y judicialmente. Esta afirmación se hace respecto a la posible existencia de indicios de responsabilidades, ya que la apreciación únicamente puede hacerla la jurisdicción y los órganos competentes para determinarla.

¿La contratación se ha realizado incorporando las normas de calidad previstas por la normativa?

La contratación se ha realizado incorporando las normas de calidad previstas por la normativa, pero hubo ciertas carencias en la adjudicación de la contratación, tal y como se fundamenta a continuación (véase el apartado 5.2.2):

9. Conclusión modificada a raíz del punto 10 de las alegaciones recibidas.

13. Todos los licitadores obtuvieron la puntuación máxima en relación con el programa de calidad presentado, pero los informes técnicos emitidos por el CatSalut no fundamentaban la valoración asignada, ni analizaban las características del diseño, el nivel de implementación o el compromiso de mejora continua que se preveía.

Los informes técnicos tampoco justificaban que el programa de calidad superara los mínimos exigidos en el Decreto 92/2009, de 9 de junio, por el que se establecen los requisitos tecnicosanitarios para la autorización sanitaria de los centros y unidades de diálisis equipados con monitores de hemodiálisis. Dado que la normativa vigente ya establecía la obligatoriedad de disponer de un programa de calidad, los criterios de adjudicación deberían haber ponderado otros aspectos que no constituyeran requisitos de la prestación del servicio.¹⁰

¿El coste de la prestación del servicio se ha determinado en términos de economía?

El coste de la prestación del servicio contratado no se ha determinado en términos de economía, tal y como se fundamenta a continuación (véase el apartado 5.2.3):

14. En cuanto a las tarifas, el servicio de diálisis más costoso para el CatSalut es la atención extrahospitalaria, ya que el precio contratado en el año 2022 por una sesión de hemodiálisis convencional o HDF es superior al que se retribuye en el ámbito hospitalario, tanto si el servicio lo presta un Servicio de Nefrología, una Unidad de Asistencia Nefrológica o un Centro de diálisis hospitalario.

El coste de la prestación del servicio no está justificado a partir de un escándalo o a partir de estudios de costes que justifique las tarifas que el CatSalut satisface a los centros. Por este motivo, la Sindicatura ha analizado esta cuestión a partir de cálculos de costes hechos por ella misma. El coste anual estimado por la Sindicatura que el CatSalut asume por un paciente en hemodiálisis extrahospitalaria asciende a 47.744 €, incluyendo el transporte sanitario del paciente, estimado en 12.384 €, el cual supera el coste de la hemodiálisis hospitalaria, que la Sindicatura ha estimado en 42.461 €. Estos importes superan el coste que asume el CatSalut por un paciente en diálisis peritoneal, el cual asciende a 29.724 €, hecho que supone una diferencia de 12.737 €, por paciente y año, respecto a la hemodiálisis hospitalaria.

15. La evidencia obtenida por la Sindicatura ha puesto de manifiesto que la opción de la diálisis peritoneal presenta una estructura global de costes más eficiente respecto a la hemodiálisis no domiciliaria, en parte motivada por el ahorro en el coste del transporte sanitario del paciente al centro de diálisis o al hospital.

10. Conclusión modificada a raíz del punto 13 de las alegaciones recibidas.

Sin embargo, los hospitales que prestan técnicas domiciliarias tienen dificultades de financiación de estas técnicas porque las tarifas que satisface el CatSalut son menores en el caso de la diálisis peritoneal respecto a la hemodiálisis convencional e insuficientes para cubrir sus costes en el caso de la hemodiálisis domiciliaria. Esta situación puede desmotivar la prescripción de estos tratamientos, a pesar de que hay estudios coste-efectividad de las diversas modalidades de diálisis que sugieren que las opciones de diálisis domiciliaria son técnicas menos costosas y que parecen ofrecer resultados en salud comparables a las no domiciliarias o mejores.

¿Se han adquirido las prestaciones en la cantidad y calidad más adecuadas y la coordinación de los recursos asistenciales ha sido coherente y eficaz?

El volumen de la actividad contratada no ha variado en función del número de pacientes que necesitan hemodiálisis, lo cual afecta a la pertinencia de la política pública. Las cláusulas adicionales a los contratos se formalizaron fuera de plazo y provenían de contratos extinguidos previamente, por prórrogas extemporáneas ya desde el año 2015.

Las técnicas domiciliarias hace años que han sido recomendadas por diferentes organismos y su práctica también se destacaba en el Plan estratégico. Sin embargo, la diálisis peritoneal ha sido infrautilizada, lo cual implica una falta de coherencia externa e interna de la política pública. Hay áreas de mejora en la prevención de la enfermedad renal crónica, el CatSalut no ha evaluado la satisfacción de los usuarios, y uno de los aspectos que más problemas genera es el transporte sanitario de los pacientes. Estos aspectos indican una falta de eficacia y de coherencia en la intervención pública.

Esta conclusión deriva del análisis de los siguientes subobjetivos de auditoría:

¿En qué medida el presupuesto del servicio extrahospitalario de la insuficiencia renal ha sido suficiente basándose en las necesidades de hemodiálisis?

Los créditos definitivos han sido suficientes para atender al gasto presupuestario, pero la actividad facturada ha superado la actividad contratada por la atención extrahospitalaria. Aun así, las cláusulas adicionales a los contratos se formalizaron fuera de plazo y provenían de contratos extinguidos previamente, por prórrogas extemporáneas ya desde el año 2015, tal y como se fundamenta a continuación (véase el apartado 5.3.1):

16. La actividad contratada del año 2022 que se formalizaba mediante cláusulas adicionales en los contratos de la atención extrahospitalaria no se acordó hasta el año 2023. La Sindicatura no tiene constancia de que las cláusulas del año 2022 estén firmadas.¹¹

11. Conclusión modificada a raíz del punto 16 de las alegaciones recibidas.

La normativa de contratación pública establece que la prórroga no se puede producir por el consentimiento tácito de las partes. Las prórrogas de los contratos por la actividad correspondiente al año 2022 fueron formalizadas fuera de plazo y, además, provenían de contratos ya extinguidos previamente, por prórrogas extemporáneas ya desde el año 2015. Los efectos de no haber formalizado las prórrogas de los contratos por la actividad correspondiente al año 2022 antes de la finalización de su vigencia o de la prórroga anterior, comportaba la extinción de los contratos por inexistencia de prórroga formalizada en forma expresa antes de finalizar el plazo de duración de los contratos. Esta contravención del ordenamiento jurídico se ha equiparado al supuesto de nulidad de pleno derecho y ante esto la vía procedente es la revisión de oficio, sin perjuicio que se pueda optar también por la vía de la responsabilidad patrimonial.

En este sentido, ni la disposición adicional undécima de la Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Cataluña, ni el Decreto 118/2014, de 5 de agosto, sobre la contratación y prestación de los servicios sanitarios con cargo al Servicio Catalán de la Salud, no habilitan al CatSalut para incumplir los preceptos de la normativa de contratación.¹²

17. El volumen de actividad contratada para la atención extrahospitalaria durante la vigencia del contrato no ha variado en función de las necesidades, según la evolución del número de pacientes que necesitan hemodiálisis.

En 10 centros de diálisis, la actividad facturada ha superado la actividad contratada con un importe total de 8,41 M€ y, sin embargo, el CatSalut no ha formalizado las modificaciones de los contratos, por lo que ha contravenido el artículo 219 del texto refundido de la Ley de contratos del sector público.

18. Las modificaciones correspondientes a la ampliación de 2 nuevos centros de diálisis y el cambio de ubicación de otro centro de diálisis durante la vigencia del contrato de servicio no se han formalizado, y, por lo tanto, se ha incumplido la normativa contractual.
19. La actividad extrahospitalaria valorada por el CatSalut correspondiente al año 2022 fue de 95,53 M€, la cual era razonable de acuerdo con la estimación realizada por la Sindicatura, considerando los criterios de marginalidad y las regularizaciones que correspondían, derivadas del nivel de cumplimiento de objetivos que evaluaron las regiones sanitarias.

En cuanto a la actividad comunicada por los contratistas y aceptada por el CatSalut, a partir de la cual se determina la actividad valorada, cabe destacar que el CatSalut no tiene implementado un circuito automatizado que valide la existencia del servicio pres-

12. Aclaración introducida a raíz del punto 16 de las alegaciones recibidas.

tado por los contratistas, y, por lo tanto, el número de sesiones facturadas por los proveedores puede no ser real.

Sin embargo, el volumen de sesiones de diálisis facturadas por los centros extrahospitalarios es globalmente razonable teniendo en cuenta el número de pacientes y las sesiones prescritas por los centros hospitalarios que recoge el Registro de enfermos renales de Cataluña.

20. El presupuesto inicial y definitivo para la atención a la insuficiencia renal mediante diálisis fue de 117,32 M€, inferior a la actividad contratada en el año 2022, de 139,56 M€. No obstante, los créditos definitivos han sido suficientes para atender las obligaciones reconocidas, de 138,37 M€, considerando las vinculaciones presupuestarias previstas en la Ley 1/2021, de 29 de diciembre, de presupuestos de la Generalidad de Cataluña para 2022.

¿Qué resultados se han conseguido?

La diálisis peritoneal está siendo infrautilizada y su prescripción depende en gran medida del centro que indica el tratamiento. El perfil socioeconómico del paciente es también un factor importante en el acceso a los tratamientos domiciliarios, tal y como se fundamenta a continuación (véase el apartado 5.3.2):

21. Las técnicas domiciliarias hace años que han sido promovidas y recomendadas por diferentes organismos. El Plan estratégico de ordenación de la atención al paciente nefrológico aprobado en el año 2008 decía que “la diálisis peritoneal confiere más autonomía al paciente y, por lo tanto, posiblemente más calidad de vida”, y constataba que la proporción de pacientes en diálisis peritoneal entonces estaba en uno de los valores más bajos de Europa. Las distintas fuentes de información consultadas y evidencias recolectadas apuntan que la diálisis peritoneal está siendo infrautilizada. El porcentaje de pacientes en diálisis peritoneal sobre el total de pacientes en diálisis se ha mantenido estable desde el inicio de la última contratación de servicio extrahospitalario en el año 2014 hasta 2022. Entonces la diálisis peritoneal representaba el 7,8% de los pacientes en diálisis, un porcentaje muy próximo al 8,7% alcanzado en 2022.
22. Cataluña presenta una importante variación territorial en cuanto al porcentaje de pacientes que acceden a la diálisis peritoneal. En el año 2022, la Región Sanitaria de Girona es el lugar donde ha accedido un mayor porcentaje de pacientes (13,60%) en tratamiento sustitutivo renal. En el otro extremo, está la Región Sanitaria Terres de l'Ebre (4,32%). Esta variación es todavía más marcada si se comparan los pacientes según el centro que les ha indicado el tratamiento. Entre los atendidos, en el Hospital Universitario Doctor Josep Trueta de Girona es donde hay un mayor porcentaje de pacientes que reciben diálisis peritoneal (24,1%).

23. Se ha observado un claro componente socioeconómico en el acceso a los tratamientos domiciliarios. El 31 de diciembre de 2022, el 29,3% de los pacientes en diálisis con estudios universitarios recibían un tratamiento domiciliario (diálisis peritoneal o hemodiálisis domiciliaria), mientras que para las personas con solo estudios primarios este porcentaje era del 6,8%. De forma menos clara también hay una relación (negativa) con la edad y con la estructura familiar.
24. La hemodiálisis requiere un acceso vascular. La fístula arteriovenosa interna es el acceso preferible. En el año 2022 el porcentaje de enfermos que iniciaron la hemodiálisis con una fístula fue del 31,1%. Este porcentaje ha ido bajando año tras año, y en el año 2014, cuando se contrató el servicio extrahospitalario, era del 41,1%, y del 50,8% cuando se publicó el Plan estratégico de ordenación de la atención al paciente nefrológico, plan que ya establecía como una prioridad la necesidad de mejorar la accesibilidad al acceso vascular programado de casos incidentes. Los resultados ofrecen una variación importante según el centro que indica el tratamiento.
25. Hay que destacar que la fístula arteriovenosa es más común en hombres que en mujeres, tanto respecto a la incidencia como a la prevalencia.

¿En qué medida los recursos humanos y tecnológicos son suficientes y equitativos, y su relación con los servicios prestados es eficiente?

Los recursos humanos ajustados por actividad son suficientes en términos generales. A la vez presentan variación entre centros. Este hecho podría tener implicaciones en la variación de la calidad del servicio, tal y como se fundamenta a continuación (véase el apartado 5.3.3):

26. El CatSalut no dispone de información actualizada de los recursos humanos y tecnológicos disponibles en los centros de diálisis de forma accesible desde los servicios centrales.
27. La dotación estimada del personal enfermero y auxiliar de enfermería de los centros de diálisis en el año 2022 era suficiente en todos los centros, considerando la ratio mínima que establece la normativa, excepto en la dotación del personal enfermero de 3 centros de diálisis, y en la dotación del personal auxiliar de enfermería de 2 centros de diálisis. La ratio de dedicación del personal presentaba bastante variabilidad entre centros, especialmente en el caso del personal enfermero.
28. En 2 casos el número de monitores de diálisis de los que informaron los centros de diálisis superaba el número autorizado. El CatSalut no justificó el motivo de estas diferencias entre monitores autorizados y reportados por los centros.
29. El abanico de horas de apertura de los centros de diálisis es amplio y variable en el territorio, y en ningún caso se ofrece horario nocturno.

30. El centro de diálisis que ha facturado menos sesiones de diálisis extrahospitalaria, el centro de Braun en Martorell, tiene el precio de diálisis más competitivo, lo que puede ser indicativo de una falta de eficiencia en el precio del resto de proveedores.¹³
31. El gasto de personal que han asumido los centros de diálisis por sesión facturada tiene una variación territorial significativa, lo que podría tener implicaciones en la variación de la calidad del servicio ofrecido.

¿Hay una coordinación adecuada entre los distintos recursos asistenciales que permita ofrecer una asistencia sanitaria apropiada en tiempo y calidad?

Existe un margen importante de mejora en la coordinación entre niveles asistenciales y en el liderazgo del CatSalut en este aspecto, especialmente en lo que se refiere a la detección y prevención de la enfermedad renal, tal y como se fundamenta a continuación (véase el apartado 5.3.4):

32. La detección de la enfermedad renal crónica por parte del CatSalut está muy alejada de la prevalencia real. En 2022 había 277.632 personas con enfermedad renal crónica registrada en la historia clínica en cualquiera de sus fases, lo que corresponde al 3,5% de la población de Cataluña. Este porcentaje contrasta con las estimaciones respecto a la población para el conjunto del Estado español, del 15,1%. En el Plan de mejora de la atención a la persona con enfermedad renal crónica que está pendiente de aprobación por el CatSalut a la fecha de finalización del trabajo de campo, el propio CatSalut prevé acciones para mejorar el cribado y registro de la enfermedad.
33. Según las percepciones generalizadas entre las asociaciones de pacientes y los profesionales sanitarios consultados en la fiscalización, el sistema puede mejorar en la detección de la enfermedad, y reducir el número de pacientes que llegan al Servicio de Nefrología cuando ya se encuentran en un estado avanzado, cercano a la entrada en diálisis. Los estudios consultados por la Sindicatura indican que la enfermedad renal crónica tiene mayor peso en las personas con estatus socioeconómico bajo y, por tanto, tratar la enfermedad en las primeras etapas es una cuestión de equidad.
34. La Sindicatura no ha identificado que exista un cálculo global de los indicadores que establece la guía del *Consens català sobre atenció a la malaltia renal crònica* ('Consenso catalán sobre atención a la enfermedad renal crónica') para evaluar su implementación, por el conjunto del Sistema Sanitario Integral de Utilización Pública de Cataluña (SISCAT) o por las unidades territoriales. Estos indicadores permitirían conocer la proporción de pacientes que forman parte de un grupo de riesgo y a los que se les ha realizado el doble

13. Conclusión modificada a raíz del punto 30 de las alegaciones recibidas.

cribado de sangre y orina, que consiste en la determinación anual de FGe (filtrado glomerular) y albuminuria (orina), para detectar la presencia de enfermedad renal crónica.

35. Los protocolos y la coordinación territoriales y los consensos profesionales no cuentan con un liderazgo y seguimiento por parte del CatSalut. No se ha tenido acceso a datos sobre la aprobación, existencia y funcionamiento de las rutas asistenciales, ni tampoco sobre la creación de redes territoriales en el ámbito de la diálisis, que es un objetivo específico del Plan de salud 2021-2025. De acuerdo con la sociedad científica, cada centro de diálisis debería contar con protocolos compartidos con el Servicio de Nefrología.
36. La asignación de los pacientes al lugar donde deben recibir el tratamiento de diálisis se circunscribe al Área Básica de Salud del paciente, pero el criterio de asignación de los pacientes en un centro hospitalario o en un centro de diálisis no está formalmente definido. De acuerdo con las percepciones de las partes interesadas, la disponibilidad de plazas y la complejidad clínica son factores que determinan la asignación al hospital en lugar del centro extrahospitalario.

¿El contrato se ha establecido teniendo en cuenta criterios que aseguren que la calidad del servicio sea la misma que se prestaría con medios propios?

El contrato no garantiza un servicio equivalente entre centros en algunos aspectos, como, por ejemplo la disponibilidad de profesionales complementarios o la personalización de la dosis, tal y como se fundamenta a continuación (véase el apartado 5.3.5):

37. El acceso de los enfermos renales a profesionales asistenciales complementarios, como pueden ser nutricionistas y psicólogos, es insuficiente tanto en el ámbito hospitalario como en el ámbito extrahospitalario.

En el ámbito extrahospitalario hay 2 adjudicatarios que tenían contratado el soporte de psicólogos y nutricionistas, pero la Sindicatura ha constatado que en los centros de diálisis no tenían a estos profesionales. Este hecho da lugar a un incumplimiento que puede ser causa de resolución del contrato, y supone que el acceso a estos profesionales no sea equitativo a escala territorial en el ámbito extrahospitalario.

38. La sociedad científica indica que lo óptimo es adecuar la dosis de hemodiálisis a cada paciente, no obstante, la personalización del tratamiento tiene más difícil encaje en los centros de diálisis. La percepción de las partes interesadas es que en el ámbito hospitalario se puede ofrecer un trato más personalizado al paciente renal que en el ámbito extrahospitalario.¹⁴

14. Conclusión modificada a raíz del punto 38 de las alegaciones recibidas.

39. Tanto el sistema de pago del ámbito hospitalario como el del ámbito extrahospitalario incluye una parte condicionada al cumplimiento de objetivos relacionada con la calidad del servicio, por lo que son elementos que contribuyen a la buena gestión del servicio prestado.

¿Cuál es el grado de satisfacción del usuario?

El CatSalut no ha evaluado la satisfacción de los usuarios, y uno de los aspectos que genera más incidencias y quejas es el transporte sanitario de los pacientes, tal y como se fundamenta a continuación (véase el apartado 5.3.6):

40. El CatSalut no dispone de un sistema de evaluación de la satisfacción del usuario. Sin embargo, durante el curso de la fiscalización se está trabajando en un proyecto con el objetivo de crear uno sobre la base de la encuesta que realiza el sistema público de Inglaterra, la Kidney PREM.
41. Las encuestas de satisfacción realizadas por los proveedores, a las cuales ha tenido acceso la Sindicatura, han puesto de manifiesto aspectos de mejora, como la participación del paciente en el tratamiento, la comodidad e información facilitada al paciente, o los tiempos de espera del transporte sanitario. Sin embargo, el CatSalut no ha implementado ningún circuito de control de los resultados de estas encuestas.
42. La gestión del transporte sanitario de los pacientes con tratamiento por insuficiencia renal crónica es uno de los aspectos que más incidencias y problemas genera en la atención a estos enfermos. La prestación del servicio de transporte de estos pacientes es responsabilidad de la empresa pública Sistema d'Emergències Mèdiques, SA, propiedad del CatSalut. El CatSalut en el año 2014 adjudicó la prestación del servicio de transporte a varias empresas que licitaron los diferentes lotes territoriales en que se dividió el objeto del contrato. De acuerdo con los pliegos de prescripciones técnicas del contrato, el establecimiento de las rutas necesarias es competencia del adjudicatario del servicio en el territorio, y la puntualidad de estos vehículos es un aspecto esencial en la evaluación de la ejecución del contrato.¹⁵
43. Durante el año 2022 se realizaron 926.794 traslados por motivo de tratamientos de hemodiálisis en Cataluña, con un tiempo total mediano, desde la recogida del paciente hasta la llegada a su domicilio tras la estancia para el tratamiento, de 6,4 horas. Los percentiles más altos, en el 10% de los traslados y estancias el tiempo total excede las 7,4 horas, mientras que en el 5% de los casos excede las 7,7 horas.

15. Conclusión modificada a raíz del punto 42 de las alegaciones recibidas.

Los dilatados tiempos de estancia en los centros de diálisis, que hacen incompatible para el paciente cualquier otra actividad o jornada laboral, pueden responder a causas atribuibles a la coordinación con el transporte, o a la estructura de turnos y a la organización del mismo centro de diálisis. La Sindicatura no ha identificado que el CatSalut haya analizado y valorado la duración de los trayectos y los tiempos de estancia en los centros de tratamiento de hemodiálisis, y, en caso de que se consideren excesivos, si ha identificado posibles causas y acciones mitigadoras.

¿En qué medida existe un sistema de control que garantice el cumplimiento del contrato y la calidad del servicio?

El CatSalut no ha diseñado un circuito de monitorización periódico de la actividad para garantizar y mejorar de forma progresiva los estándares de calidad del servicio, y los únicos indicadores de calidad recogidos han sido los que condicionan la parte variable del sistema de pago a los centros. Los pliegos de la licitación establecen obligaciones por parte de los adjudicatarios que no se han cumplido, el CatSalut no ha realizado ninguna actuación inspectora, y no cuenta con un sistema de validación lo bastante robusto de la facturación que emiten los proveedores de los centros que prestan el servicio como para evitar la facturación de servicios no realizados. Estos aspectos denotan debilidades que afectan a la calidad, a la eficacia y a la gobernanza en la prestación de los servicios.

Esta conclusión deriva del análisis de los siguientes subobjetivos de auditoría:

¿El CatSalut ha hecho seguimiento de los indicadores de calidad de los centros de diálisis que pueden dar lugar a una regularización de la facturación?

Se han identificado debilidades en la recogida de los indicadores que condicionan la parte variable del pago, tal y como se fundamenta a continuación (véase el apartado 5.4.1):

44. Los únicos indicadores de calidad recogidos han sido los que condicionan la parte variable del sistema de pago a los centros. Los informes que acreditan el porcentaje de consecución global de estos indicadores y, por lo tanto, determinan hasta el 5% del importe de facturación aceptada y pagada por el CatSalut, están fundamentados en unas fichas técnicas cuya fuente son los mismos proveedores del servicio y no constan verificados por la entidad pagadora.

Además, se han observado determinados patrones de repetición en el valor global de estos indicadores en el año 2022 entre los proveedores del servicio, así como en relación con el año anterior, y algunos defectos formales y justificativos en las ponderaciones parciales que configuran el porcentaje alcanzado.

45. El CatSalut no ha actualizado los indicadores cualitativos que condicionan la parte variable del sistema de pago a los centros que se estableció en los pliegos de la licitación del servicio en el año 2014, por lo que no ha modificado su descripción ni tampoco las bandas de consecución, para extraer aquellos que se han alcanzado ampliamente, e incluir nuevos, si es el caso. En las entrevistas con la Sociedad Catalana de Nefrología la Sindicatura ha constatado que el CatSalut no les ha consultado para revisar la vigencia o la adecuación de los estándares de calidad fijados en los pliegos.

¿En qué medida el CatSalut ha realizado el seguimiento y control periódico de la actividad, ha publicado los resultados y los ha hecho accesibles a las partes interesadas?

El CatSalut no ha realizado un control suficiente de la actividad y de la facturación. Se han identificado obligaciones a las que no se ha dado cumplimiento y facturas potencialmente duplicadas, tal y como se fundamenta a continuación (véase el apartado 5.4.2):

46. La Dirección General de Ordenación y Regulación Sanitaria, con competencia inspectora sobre los centros y las unidades de diálisis, no ha realizado ninguna evaluación ni inspección de los centros autorizados para comprobar el mantenimiento de las condiciones exigidas para la prestación del servicio, ni se tiene constancia de que a estos centros y entidades se les impusiese ninguna sanción en el período 2014-2022.
47. El CatSalut no ha diseñado un circuito de monitorización periódica de la actividad durante el período de vigencia de la prestación del servicio para garantizar y mejorar de forma progresiva los estándares de calidad. El CatSalut no tiene constancia de que los contratistas hayan aportado al CatSalut las cuentas anuales auditadas, o la justificación escrita en caso de incumplimiento de este requisito, para hacer constar aspectos que podrían afectar a la gestión del servicio contratado. El CatSalut no ha exigido a los contratistas la realización de auditorías internas preceptivas.

La falta de seguimiento y evaluación de los resultados de la actividad no ha permitido al CatSalut poner en conocimiento de la ciudadanía el nivel de calidad del servicio prestado.

48. El CatSalut no cuenta con un sistema suficientemente robusto para validar la facturación que emiten los proveedores de los centros que prestan el servicio. No ha realizado tareas periódicas de revisión y control para prevenir, evitar o revertir la posibilidad de que algunos centros, de forma puntual o recurrente, hayan facturado servicios no realizados, ni ha solicitado a los proveedores del servicio las hojas de asistencia a las sesiones de diálisis, para comprobar que las facturas correspondan a los servicios prestados.

La Sindicatura ha detectado 31.574 registros¹⁶ correspondientes a facturas potencialmente duplicadas por sesiones de diálisis realizadas a 3.114 pacientes durante el período 2014-2022, por un volumen total de 4,33 M€ (2,39 M€, si se eliminan las sesiones realizadas en centros del ICS, porque en este caso reciben una transferencia directa del CatSalut).

El impacto estimado de este hecho en el volumen de pagos indebidos efectuados por el CatSalut a los centros proveedores del servicio de hemodiálisis en el período 2014-2022 fue, como mínimo, de 1,73 M€ (550.666 €, si se elimina el efecto de los centros proveedores del ICS). Estas irregularidades podrían dar lugar a hechos perseguibles administrativa y judicialmente.

La Sindicatura considera que las debilidades de control detectadas están estrechamente relacionadas con mecanismos de gobernanza inadecuados, puesto que afectan negativamente a la eficacia, la eficiencia y la economía en la gestión de la política pública.

4. RECOMENDACIONES

A continuación se incluyen las recomendaciones que se consideran pertinentes a partir del resultado del trabajo de fiscalización realizado:

Planificación de los recursos

1. El CatSalut debería aprobar un nuevo Plan estratégico, o bien el nuevo Plan de mejora en la atención a la persona con enfermedad renal crónica, para renovar las proyecciones de prevalencia y demanda y adaptar la estrategia y planificación a las necesidades presentes y futuras, y velar por su implementación, su seguimiento y su evaluación. Entre otras cuestiones, habría que actualizar la definición y las funciones de las tipologías de los recursos disponibles y actualizar los criterios para la ubicación de los puntos de atención hemodialítica, creando los nuevos puntos que fueran necesarios en función de las necesidades y del criterio que estableciera el Plan estratégico vigente.

16. El CatSalut alega en el punto 48 de sus alegaciones que algunas de las facturas corresponden a registros duplicados del año 2014 ya identificados por el CatSalut y que se procedió a su descuento con los proveedores, aunque no ha aportado la documentación necesaria para verificar este hecho. La Sindicatura considera que la revisión de facturas potencialmente duplicadas realizada por parte del CatSalut en las alegaciones no garantiza una aproximación perfecta al número real de facturas que corresponderían a actividad no realizada, tal y como sería la comprobación con los listados de asistencia de los pacientes. Algunos de los criterios utilizados por el CatSalut podrían generar una infraestimación del número real de facturas duplicadas.

2. Habría que promover la aceleración de la digitalización del proceso de notificación y seguimiento de los pacientes incluidos en el Registro de enfermos renales de Cataluña, que se registran manualmente o a través del envío de archivos a la Organización Catalana de Trasplantes, para mejorar la agilidad en la obtención de datos, y en su calidad, evitando el riesgo de errores manuales. La mejora en la gestión de los datos podría contribuir a la planificación y control de los recursos.
3. Habría que promover la constitución del grupo de trabajo al que se refiere el Plan de futuro elaborado por el propio Registro de enfermos renales para dar lugar a nuevas acciones que podrían mejorar la gestión del servicio.

Si bien el Registro de enfermos renales no es un instrumento de control y gestión de la actividad, sino de seguimiento epidemiológico, considerando el Plan de futuro elaborado por el propio Registro y los objetivos definidos en su orden de creación, podría colaborar en la evaluación de la gestión del servicio y en hacer más robustos los mecanismos de control de la actividad.

Algunos de los aspectos sobre los que el Registro podría incidir serían el análisis estadístico de los enfermos renales en estadios previos a la necesidad de tratamiento sustitutivo renal, incorporando nuevas fuentes de información, que ayudarían al seguimiento preventivo de la enfermedad renal, y el análisis de razonabilidad del número de sesiones facturadas por los contratistas, a partir del número de sesiones prescritas.

Pacientes en situación de vulnerabilidad social

4. Habría que contar con una definición de referencia e identificar a los pacientes que están en una situación de vulnerabilidad social. Asimismo, sería recomendable que el Registro de enfermos renales de Cataluña incorporara nuevos campos en la base de datos que los centros notificadores rellenan, sobre aspectos que permitieran identificar a los pacientes vulnerables. Esta información podría añadir esta perspectiva social en los informes estadísticos del Registro y podría colaborar a la evaluación social de la eficacia de la red asistencial sanitaria, en relación con el tratamiento sustitutivo renal.

Los datos sociales del Registro se podrían cruzar con el gasto presupuestario registrado por el CatSalut para los pacientes renales vulnerables, para detectar necesidades no cubiertas. No obstante, habría que mejorar los aspectos detectados que constituyen debilidades del Registro, relacionados con la poca frecuencia de actualización de los datos y con que está poco integrado con los sistemas de información de los proveedores.

Participación de las partes interesadas

5. Debería instaurarse un espacio de intercambio de información entre las asociaciones de usuarios y el CatSalut para canalizar las incidencias y las propuestas de mejora en lo referente al funcionamiento de los centros de diálisis.
6. Habría que establecer un conjunto de indicadores que periódicamente deberían hacerse públicos para que los pacientes y sus asociaciones pudieran formarse una opinión bien fundamentada en los aspectos que consideraran relevantes, como, por ejemplo, el transporte, la calidad, el acceso a tratamientos domiciliarios, etc., para velar por la transparencia en la información de materias de interés público.
7. Sería recomendable que las partes interesadas impulsaran la constitución de grupos de interés, tales como las asociaciones de usuarios, previstas en la Ley 19/2014, de 29 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno. El ámbito de aplicación del Registro de grupos de interés incluye todas las actividades llevadas a cabo con la finalidad de influir directa o indirectamente en los procesos de elaboración o aplicación de las políticas y la toma de decisiones, incluyendo los contactos con autoridades y cargos públicos, así como también las contribuciones y la participación voluntarias en consultas oficiales sobre propuestas legislativas, normativas, actos jurídicos u otras consultas.

Objetivos de desarrollo sostenible

8. Sería recomendable que el CatSalut relacionara el programa presupuestario donde está registrado el gasto por insuficiencia renal con los ODS de la Agenda 2030 de las Naciones Unidas, entre los que figura reducir un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento.

Contratación de la prestación del servicio

9. En la próxima licitación del servicio el CatSalut debería promover la concurrencia y velar por que no hubiera acuerdos que tuvieran por objeto o efecto impedir, restringir o falsear la competencia, dado que están prohibidos y, por lo tanto, son sancionables en virtud del artículo 1 de la Ley del Estado 15/2007, de 3 de julio, de defensa de la competencia, en el ámbito estatal, y del artículo 101 del TFUE, en el ámbito europeo.

Coste de la prestación del servicio

10. El CatSalut debería estimar el coste de la provisión de los diferentes servicios de diálisis y actualizar las tarifas que satisface a los diversos proveedores de servicios.

11. El CatSalut debería reevaluar la razonabilidad de las tarifas establecidas para la hemodiálisis peritoneal y domiciliaria, y ajustarlas de forma que se facilite a los centros hospitalarios el ofrecimiento de las técnicas domiciliarias a los pacientes dados los gastos vinculados a las técnicas domiciliarias que asumía el hospital.

Presupuesto de la actividad de diálisis

12. Habría que ajustar el importe contratado para la actividad extrahospitalaria a las necesidades asistenciales de la población y, por lo tanto, formalizar las modificaciones contractuales que corresponda de acuerdo con las previsiones de los pliegos de cláusulas del contrato.
13. Habría que formalizar las prórrogas de los contratos por la actividad contratada por los servicios de hemodiálisis extrahospitalaria, antes de que finalizara su vigencia o la prórroga anterior. Sería necesario que el órgano competente instara una revisión de oficio para las prórrogas extemporáneas de la actividad extrahospitalaria, y en estos casos, para evitar el enriquecimiento injusto, habría que abonar el valor de la prestación efectuada, y en ningún caso el beneficio industrial.
14. Sería recomendable implementar un circuito de validación del número de sesiones facturadas por los contratistas de la actividad extrahospitalaria que consistiera en comprobar que coincidieran con el número de sesiones prescritas por el facultativo que constan en el Registro de enfermos renales de Cataluña. En caso de que el número de sesiones difiriese en exceso, el contratista debería justificar la desviación. También sería conveniente que el CatSalut realizara auditorías periódicas de las hojas de asistencia de los pacientes a los centros de diálisis, para verificar la integridad del volumen de facturación de los contratistas.

Resultados de la atención al paciente renal

15. Habría que modificar la normativa para hacer extensiva la garantía de plazos máximos a las intervenciones de acceso vascular, para que los hospitales se impliquen al acelerar los plazos y así garantizar un mayor porcentaje de pacientes que inician la hemodiálisis con el acceso vascular que se considera preferible: la fístula arteriovenosa interna.
16. Sería recomendable establecer y promover un conjunto de buenas prácticas para garantizar la accesibilidad a los tratamientos domiciliarios, y reducir así, en la medida de lo posible, las variaciones en el acceso atribuibles al centro, al profesional o a las circunstancias del paciente.

Recursos humanos y tecnológicos

17. El CatSalut debería evaluar periódicamente el servicio con el objetivo de controlar la dotación de los recursos humanos de los que disponen los centros de diálisis extrahospitalarios, e implementar mecanismos para garantizar una distribución equitativa del personal sanitario en el territorio, de forma sostenida. Asimismo, debería impulsarse el control del CatSalut sobre el mantenimiento de las condiciones exigidas para la autorización sanitaria de los centros de diálisis, que incluyera especialmente la revisión del cumplimiento de la dotación mínima del personal sanitario, y la revisión de la preceptiva autorización de todos los monitores de diálisis disponibles en los centros de diálisis.
18. El CatSalut debería realizar encuestas de satisfacción al usuario para conocer el grado de adecuación de los turnos ofrecidos a las necesidades de los usuarios. Esta información permitiría valorar, entre otros, la necesidad de modificar los turnos en algunos centros, y considerar la posibilidad de ofrecer un turno de diálisis nocturno, para impulsar la conciliación familiar y laboral de los usuarios.

Coordinación entre recursos asistenciales

19. Sería necesaria una política de identificación precoz de la enfermedad, con un seguimiento periódico de su implementación a partir de indicadores como el previsto en la guía del Consenso catalán sobre atención a la enfermedad renal crónica, y poner un mayor énfasis preventivo, dada la elevada prevalencia de la enfermedad y los elevados costes del tratamiento sustitutivo renal.

Habría que considerar establecer en el ámbito de la Atención Primaria un objetivo en cuanto al porcentaje de la población identificada con enfermedad renal crónica en la historia clínica, de acuerdo con los porcentajes poblacionales por estadios y los factores de riesgo. Asimismo, sería recomendable impulsar el uso del eCAP para la coordinación entre la Atención Primaria y la Atención Especializada y/o crear la figura de referentes de nefrología en la Atención Primaria, y que el CatSalut incrementara la dotación de recursos para la prevención de la enfermedad renal crónica para reducir el número de personas que llegan a los estadios más avanzados de la enfermedad y de aquellas que lo hacen de forma sobrevenida.

20. Sería necesario que el CatSalut dejara patente formalmente que el Consenso catalán es el punto de referencia en el ámbito de actuación de la insuficiencia renal, que promoviera el uso de los elementos de control que están previstos en el Consenso, y que impulsara su actualización, si es conveniente. Asimismo, sería recomendable que el CatSalut promoviera la monitorización de los indicadores y la elaboración de informes periódicos de los resultados de los indicadores que forman parte del Consenso catalán.

21. El CatSalut debería promover una campaña informativa a la población de riesgo para incentivar la realización del doble cribado en sangre y orina en el Centro de Atención Primaria, anualmente, los cuales son los parámetros para detectar la enfermedad renal crónica, de acuerdo con el Consenso catalán.
22. Debería haber protocolos de actuación aprobados por el CatSalut que previeran todas las fases de la enfermedad renal crónica, que involucraran a la atención primaria, los hospitales y los centros extrahospitalarios, así como la asignación de plazas de diálisis en los centros hospitalarios y en los centros de diálisis. Sería conveniente que el CatSalut realizara el control y seguimiento de los protocolos de actuación aprobados.

Calidad del servicio de hemodiálisis extrahospitalaria

23. Habría que asegurar el acceso de los pacientes a profesionales de nutrición y psicología específicamente preparados para atender a pacientes con enfermedad renal crónica, y asegurar que los centros de diálisis cuenten con los recursos de profesionales previstos en las ofertas técnicas que presentaron.
24. Sería recomendable velar por asegurar una calidad del servicio similar en el ámbito hospitalario y en el extrahospitalario, e impulsar la valoración sobre la necesidad de personalizar el tratamiento de hemodiálisis en el ámbito extrahospitalario.

Satisfacción de los usuarios

25. El gobierno debería impulsar un proyecto de encuestas a los usuarios. Esto permitiría al CatSalut conocer el resultado de la experiencia percibida por los pacientes en el tratamiento y detectar ámbitos susceptibles de mejora.

Uno de los aspectos relevantes a incluir en las encuestas debería ser el del transporte sanitario no urgente de los pacientes renales: el CatSalut debería impulsar circuitos para recoger información sobre las incidencias producidas y emprender acciones para impulsar la mejora en la planificación de las rutas de los vehículos.

26. Sería conveniente que el CatSalut diseñara un mecanismo de control para monitorizar las auditorías internas y encuestas de satisfacción realizadas por los contratistas, en cumplimiento de los pliegos de la licitación, y contribuyera así a garantizar la calidad del servicio.
27. El CatSalut debería analizar los datos para comprobar la razonabilidad del tiempo del trayecto de los pacientes en relación con la distancia que tiene el paciente hasta el centro

de diálisis y, si conviene, emprender las acciones correspondientes para mejorar la logística de transporte de forma adecuada.

Seguimiento y control de la actividad

28. Habría que revisar periódicamente la adecuación de los indicadores de calidad que establece el CatSalut en colaboración con la Sociedad Catalana de Nefrología, para garantizar su vigencia y rigor científico, tal y como prevén los pliegos de prescripciones técnicas.
29. El CatSalut debería implementar circuitos de control de las obligaciones establecidas a los proveedores del servicio en los pliegos de la licitación, entre las cuales está el envío anual de las cuentas anuales de las empresas contratistas y las auditorías internas de calidad. Como titular del servicio, debería realizar el seguimiento del cumplimiento y de los resultados que se desprenden.
30. Sería recomendable que el CatSalut realizara el seguimiento del Plan funcional de calidad ofrecido por los contratistas, y que supervisara el mantenimiento de los recursos humanos y físicos y de los equipamientos adscritos, para asegurar que se mantiene la calidad contratada, e hiciera accesibles los resultados a la ciudadanía.
31. Sería conveniente que el titular del servicio reforzara los controles en el sistema de facturación de los centros que prestan servicios de hemodiálisis, y efectuara revisiones periódicas de las listas de asistencias efectivas de los pacientes que reciben tratamiento.

5. RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN

En este apartado se recoge el resultado de cada uno de los objetivos de la fiscalización.

5.1. ¿EL GOBIERNO HA PLANTEADO UNA POLÍTICA PÚBLICA DE ATENCIÓN AL ENFERMO RENAL QUE RESPONDE A UNAS NECESIDADES PREVIAMENTE IDENTIFICADAS?

5.1.1. ¿El Gobierno ha planificado los recursos a partir de unas necesidades identificadas?

La estrategia de abordaje de la insuficiencia renal por parte del CatSalut y su encaje con las necesidades existentes se concretan en el Plan estratégico de ordenación de la atención al paciente nefrológico, que es el documento de planificación vigente en el año fiscalizado.

Este documento fue aprobado en el año 2008 y ofrece una visión estratégica para el año 2015, en la que destacan los conceptos “servicio centrado en el paciente”, “decisiones compartidas”, “estándares de calidad”, “recursos de infraestructura, técnicos y humanos adecuados”, “red integrada” y “prevención”.

De acuerdo con el Plan estratégico, en el año 2015 la atención al enfermo nefrológico debía prestarse de acuerdo con los siguientes puntos:

- Que hubiera un servicio centrado en el paciente en el que las personas con una enfermedad renal crónica tuvieran un acceso rápido a la información, para poder tomar decisiones informadas sobre el tratamiento, y para dar a conocer las ayudas para lograr la mejor calidad de vida posible.
- Que los centros donde se proporcionara la atención hemodialítica dieran esta atención bajo unos estándares de elevada calidad clínica, utilizando los avances en el conocimiento científico de demostrada efectividad, respetando, en lo referente al tratamiento, las necesidades y las preferencias individuales de los pacientes.
- Que cada delimitación territorial de Cataluña dispusiera de los recursos de infraestructura, técnicos y humanos adecuados para dar respuesta a las necesidades asistenciales de la población de referencia, y que se potenciara el acercamiento de los puntos de atención y la equidad de acceso a la hemodiálisis.
- Que se trabajara bajo el paraguas de una red integrada de atención territorial en la que los diferentes niveles asistenciales colaboraran estrechamente para ofrecer la mejor asistencia y garantizar una calidad elevada y constante en el tiempo.
- Que esta red integrada extendiera sus conocimientos y habilidades a los profesionales de los equipos de atención primaria para potenciar la prevención de la insuficiencia renal.

Si bien el Plan ya tiene 16 años (14 años en 2022, el año fiscalizado), es todavía el documento vigente y define la sectorialización y los niveles asistenciales en los que se estructura la atención al enfermo, la cartera de servicios para cada nivel y la ubicación de los puntos de atención hemodialítica. El Plan presenta también unos escenarios de demanda de hemodiálisis esperados hasta el año 2015 a partir de las proyecciones demográficas y el ritmo de trasplantes. A la fecha de realización de la fiscalización, marzo de 2024, el CatSalut estaba trabajando en la actualización del Plan.

Niveles asistenciales

La Orden de 16 de junio de 1987, de desarrollo del Programa de atención a la insuficiencia renal, estableció la estructura funcional de asistencia nefrológica basada en 3 niveles, los cuales se incorporaron posteriormente al Plan estratégico de ordenación de la atención al paciente nefrológico.

Los niveles son los siguientes:

- Nivel 1, Servicios de Nefrología. Constituyen el marco funcional en el que se desarrolla la asistencia a los enfermos con insuficiencia renal en Cataluña, forman parte de un centro hospitalario debidamente acreditado y tienen un ámbito de actuación que corresponde al espacio geográfico que comprende un contenido demográfico de alrededor de 1 millón de habitantes. Este límite se puede modificar, para fijar el ámbito demográfico y geográfico que sea más adecuado.

Los Servicios de Nefrología prestan una asistencia nefrológica altamente autosuficiente (atención 24 horas, tecnología punta, cobertura de todo tipo de enfermo sin necesidad de traslado), y realizan las siguientes funciones: colaborar en la planificación de la cobertura de las necesidades asistenciales a los enfermos con insuficiencia renal del territorio que tengan asignado; llevar a cabo la prevención, el diagnóstico y la prescripción de tratamiento sustitutivo a los enfermos renales del área que tengan asignada, actuando como referencia para la asistencia nefrológica que se preste; controlar la calidad de todas las Unidades de Asistencia Nefrológica y Centros de Diálisis ubicados dentro de su ámbito de actuación como servicio de referencia, y participar en el Registro de enfermos renales de Cataluña, entre otras.

- Nivel 2, Unidades de Asistencia Nefrológica. Son aquellas unidades que, formando parte de un hospital general acreditado, prestan asistencia nefrológica de poca complejidad, además de realizar funciones de centro de diálisis, en áreas de población de dimensiones suficientes y alejadas de un Servicio de Nefrología del que dependen funcionalmente. Las Unidades de Asistencia Nefrológica deben promover el desarrollo de programas activos de diálisis domiciliaria.
- Nivel 3, Centros de diálisis. Son aquellos centros sanitarios que, bajo la supervisión de un Servicio de Nefrología de referencia, prestan tratamiento sustitutivo dialítico a los enfermos con insuficiencia renal crónica.

La Orden de 16 de junio de 1987 era plenamente vigente en el año 2022 y la definición de niveles asistenciales se sigue utilizando para clasificar los recursos, y queda reflejada en los informes anuales del Registro de enfermos renales de Cataluña del que dispone el CatSalut

a través de la Organización Catalana de Trasplantes. El Registro de enfermos renales de Cataluña es un registro poblacional y de notificación obligatoria que recoge información de todos los enfermos en tratamiento sustitutivo renal en Cataluña a causa de una enfermedad renal crónica.

Sin embargo, las definiciones de los niveles asistenciales han quedado obsoletas, tal y como se pone de manifiesto en las siguientes incidencias:

- Algunos de los profesionales consultados en el marco de la fiscalización consideran que las diferencias entre las Unidades de Asistencia Nefrológica y los Servicios de Nefrología se han ido difuminando, y apuntan ejemplos de Unidades de Asistencia Nefrológica que ejercerían funciones o tendrían características que no se corresponden con la definición formal.
- Hay cierta confusión sobre el papel de las Unidades de Asistencia Nefrológica en lo referente a los tratamientos domiciliarios: la definición dice que las Unidades de Asistencia Nefrológica promueven programas activos de diálisis domiciliaria, pero no todos los informantes entienden que promover implique poder ofrecer o prescribir este servicio, que consideran que recae en los Servicios de Nefrología.
- Hay centros que disponen de recursos para atender enfermedades nefrológicas superiores a las contratadas, como por ejemplo el Hospital de Sabadell, que en su web¹⁷ indica que cuentan con un Servicio de Nefrología las 24 horas, pero en las cláusulas de contratación con el CatSalut consta como Unidad de Asistencia Nefrológica.¹⁸

El caso más relevante es el del Hospital de la Santa Creu de Tortosa, gestionado por la sociedad anónima municipal GESAT, que tiene un capital exclusivamente público y pertenece al 100% al Ayuntamiento de Tortosa, que es presentado por el CatSalut como Unidad de Asistencia Nefrológica aunque es un centro sociosanitario

La cláusula de contratación de GESAT como centro sociosanitario no incluye las funciones de Unidad de Asistencia Nefrológica y, por lo tanto, la Sindicatura desconoce en base a qué cláusula GESAT factura al CatSalut los servicios que presta como Unidad de Asistencia Nefrológica (véase el apartado 5.2.3).

17. <https://www.tauli.cat/es/hospital/nefrologia>.

18. https://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/contractacio_serveis_asistencials/registre_convenis_contractes/relacio/AES/Clausules-20220101-AES-ConCorpSanParcTauliSadadell-HSabadell-781700812-Q58500051.pdf.

Planificación y ubicación de los centros de atención a la insuficiencia renal crónica

De acuerdo con lo que determina el Plan estratégico de ordenación de la atención al paciente nefrológico, los criterios de planificación de los recursos (Servicios de Nefrología, Unidades de Asistencia Nefrológica y Centros de diálisis) para atender la insuficiencia renal crónica avanzada debían ser consensuados con las regiones sanitarias del CatSalut a partir de una diagnosis. Para la planificación de servicios de la atención de hemodiálisis ambulatoria, el CatSalut elaboró 2 escenarios de proyecciones sobre la necesidad de servicios orientativas para el año 2015, utilizando diferentes criterios e hipótesis con los datos del año 2005.

Esta propuesta mostraba, por cada región sanitaria, el número de centros existentes en el año 2005 (46 en total) y la ampliación propuesta para 2015 (entre 11 y 13 centros adicionales, dependiendo del nivel que se les asignara). Sin embargo, en el año 2022, de acuerdo con el mapa de recursos del Registro de enfermos renales de Cataluña, el CatSalut contaba con un número de centros similar a los del año 2005.

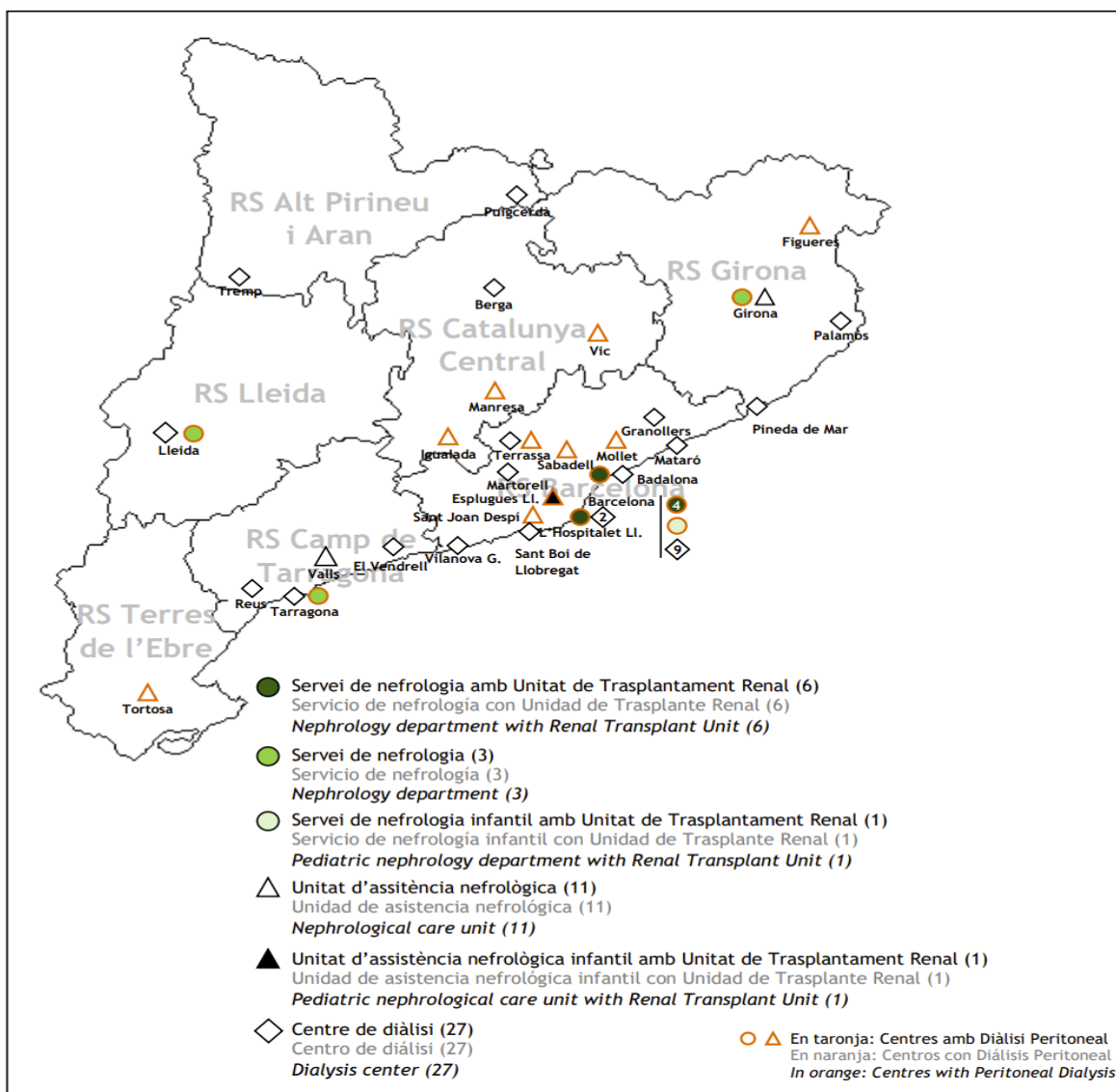
El número de centros existentes en el año 2005, el número de centros planificados para el año 2015 y el número de centros existentes en el año 2022 se presentan en el siguiente cuadro:

Cuadro 1. Número de centros para atender la insuficiencia renal por nivel asistencial de los años 2005 y 2022 y proyecciones para 2015

Concepto	Nivel 1 Servicio de Nefrología	Nivel 2 Unidad de Atención Nefrológica	Nivel 3 Centros de diálisis	Total centros
Situación en 2005	10	9	27	46
Escenario 1 para 2015	14	18	27	59
Escenario 2 para 2015	15	15	27	57
Situación en 2022	10	12	27	49

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por el Servicio Catalán de la Salud.

En el año 2022, la distribución geográfica de los recursos públicos para atender la insuficiencia renal era la siguiente:

Gráfico 1. Distribución geográfica de los recursos públicos para atender la insuficiencia renal

Fuente: Informe estadístico del Registro de enfermos renales de Cataluña. Ejercicio 2022.

Para planificar nuevas Unidades de Asistencia Nefrológica y Centros de diálisis, el Plan estratégico de ordenación de la atención al paciente nefrológico establece como único criterio territorial que haya más de 20 km de distancia entre el punto de atención y donde se genere una demanda en más de 24 casos. En el ámbito metropolitano de Barcelona, la creación de nuevos puntos de atención sería para las unidades territoriales con un número de casos a tratar de más de 48 pacientes.

Para valorar si se cumple este criterio, la Sindicatura ha estimado la distancia entre los pacientes que estaban en tratamiento de hemodiálisis a 31 de diciembre de 2022 (4.251 pacientes) y los centros de atención hemodialítica.¹⁹

Para este análisis la Sindicatura ha considerado que el centro que presta el servicio es el centro más cercano a cada paciente. Los resultados indican que el 80,17% de los pacientes de hemodiálisis tenían un centro de diálisis, hospitalario o extrahospitalario, a menos de 10 km, y el 90,19% lo tenían a menos de 20 km. El 9,79% restante, correspondiente a 416 pacientes, estaban a más de 20 kilómetros del centro más cercano.

La distribución de los pacientes respecto al centro de prestación del servicio de hemodiálisis más cercano se presenta en el siguiente cuadro:

Cuadro 2. Distribución de los pacientes de hemodiálisis por distancia respecto al lugar de tratamiento más cercano. Año 2022

Distancia	Pacientes de hemodiálisis	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Menos de 10 km	3.408	80,17	80,17
Entre 10 km y 20 km	426	10,02	90,19
Entre 20 km y 30 km	229	5,39	95,58
Entre 30 km y 40 km	122	2,87	98,45
Más de 40 km	65	1,53	99,98
Sin datos	1	0,02	100,00
Total	4.251	100	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Registro de enfermos renales de Cataluña.

Respecto al acceso de los pacientes a los recursos disponibles se pone de manifiesto la siguiente observación:

- De acuerdo con la estimación realizada por la Sindicatura, el 9,79% de los pacientes vivían a una distancia superior a 20 km respecto al centro de diálisis; este porcentaje muestra cierto desequilibrio territorial.

19. Por eso la Sindicatura ha estimado la ubicación de los pacientes a partir del código postal de su residencia, tomando el centro geográfico. Para calcular la distancia respecto a la ubicación de los centros y se ha utilizado la librería OSRM del programa de análisis de datos R, que da acceso al servicio OpenStreetMap-Based Routing Service OSRM. Teniendo en cuenta que el centro geográfico de un código postal no siempre coincide con las zonas habitadas, se ha optado por realizar una estimación conservadora restando 3 km a la distancia calculada entre cada código postal y los centros de atención. De forma adicional se han realizado comprobaciones comparando los resultados obtenidos con los que da Google Maps, y se han obtenido estimaciones similares o ligeramente superiores a las estimadas previamente. Hay que tomar estas estimaciones con cautela, ya que se debería disponer de los datos reales de ubicación de los pacientes (véase <https://cran.r-project.org/web/packages/osrm/index.html>).

En términos absolutos, en las regiones sanitarias de Girona, Lleida, Terres de l'Ebre, Cataluña Central, Camp de Tarragona y Barcelona Metropolitana Nord, había más de 24 pacientes que vivían a una distancia superior a 20 km respecto al centro de diálisis y, por lo tanto, de acuerdo con la estimación hecha por la Sindicatura a partir del código postal de residencia del paciente, incumplían el criterio previsto en el Plan estratégico vigente.

En términos relativos, las regiones de Terres de l'Ebre, Alt Pirineu i Aran, Lleida y Girona presentaban un porcentaje de pacientes a más de 20 km del centro de diálisis muy superior a la media del país.

Cuadro 3. Número y porcentaje de pacientes que se encuentran a más de 20 km de un centro de atención de hemodiálisis. Año 2022

Región	Número de pacientes	Porcentaje respecto al total de pacientes en Cataluña	Porcentaje respecto al total de pacientes en la misma región sanitaria
Girona	110	26,44	22,77
Lleida	92	22,12	45,10
Terres de l'Ebre	81	19,47	60,90
Catalunya Central	46	11,06	19,09
Camp de Tarragona	30	7,21	9,97
Barcelona Metropolitana Nord	26	6,25	2,49
Alt Pirineu i Aran	16	3,85	51,61
Penedès	15	3,61	5,47
Conjunto de Cataluña	416	100,00	9,79

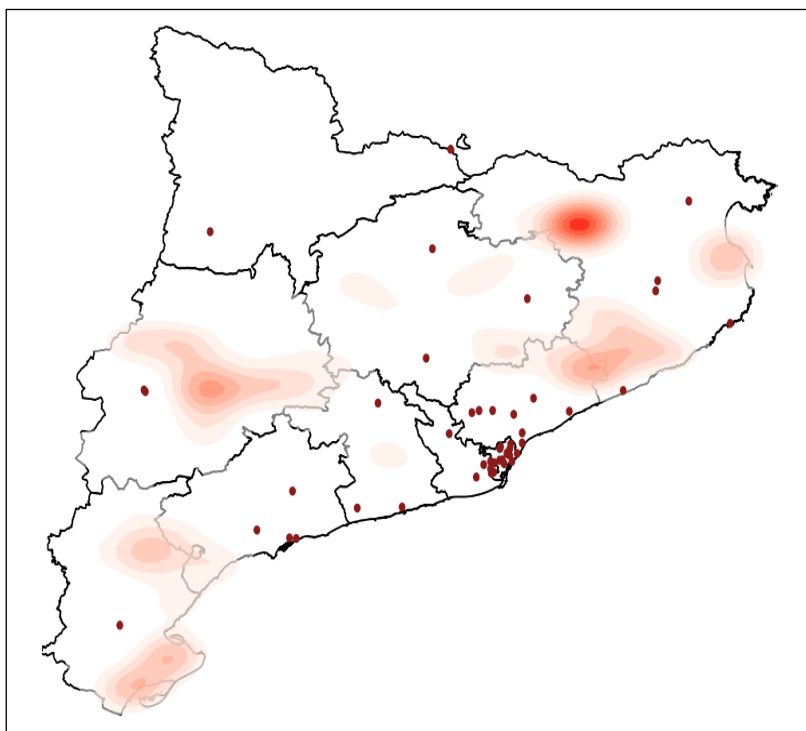
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Registro de enfermos renales de Cataluña.

Estos resultados muestran el incumplimiento del criterio territorial establecido por el Plan estratégico de ordenación de la atención al paciente nefrológico de 2008. Así, pues, debería repensarse la pertinencia del criterio, teniendo en cuenta los criterios de eficiencia y viabilidad, y si se considera pertinente abrir nuevos puntos para cumplirlo. En este caso habría que tener en cuenta la distribución territorial de las personas que están a más de 20 km del centro más cercano.

El siguiente mapa de calor muestra las áreas donde había una concentración de pacientes en esta situación. En la Región Sanitaria Girona destaca la zona de Olot, el área de L'Escala, Empúries y L'Estartit, y en menor medida la zona interior del sur de la Costa Brava (la cual estaría entre los centros de Pineda de Mar y el Hospital de Palamós). En la Región Sanitaria Lleida destaca la zona que se extiende entre los núcleos de Balaguer, Mollerussa, Tàrraga y Cervera. En la Región Sanitaria Terres de l'Ebre cabe destacar las zonas que están al sur y al norte de la región, algunos municipios de La Ribera d'Ebre y

de El Montsià. Estos son los patrones más evidentes, pero habría que considerar estas estimaciones con cautela y realizar un análisis más detallado a partir de los domicilios de los pacientes (en lugar del código postal).

Gráfico 2. Mapa de calor de la concentración de usuarios de hemo-díálisis a 31/12/2022 a más de 20 kilómetros del centro de diálisis más cercano



Fuente: Elaboración propia.

Evolución y proyección de la enfermedad renal crónica y el tratamiento sustitutivo renal en Cataluña

La Comisión de Seguimiento del Registro de enfermos renales de Cataluña es el órgano responsable del registro y tiene las funciones de garantizar el cumplimiento de las normas que se establezcan para la utilización de los datos del Registro, estudiar y proponer los cambios en el diseño y en la forma de recoger la información, y elaborar informes regulares sobre la situación de la insuficiencia renal.

La Comisión elabora y publica el informe estadístico anual del Registro de enfermos renales de Cataluña, documento que da cuentas de la dimensión del tratamiento sustitutivo renal en Cataluña y las características sociodemográficas, la morbilidad y la mortalidad de los enfermos, incluyendo indicadores clave tales como las tasas de incidencia y prevalencia por comarcas ajustadas por edad y sexo, y el seguimiento de indicadores clínicos y la situación de los pacientes en la lista de espera para trasplante renal de donante cadáver.

Además, el CatSalut también dispone del Registro MASCAT, que es una herramienta para identificar a los pacientes con insuficiencia renal en estadios previos al tratamiento sustitutivo renal a partir de la información de las historias clínicas.

Respecto a la actuación del CatSalut en relación con la monitorización de la evolución de la enfermedad renal crónica y el tratamiento sustitutivo renal y la planificación de los recursos, destacan los siguientes aspectos:

- El Registro de enfermos renales de Cataluña, además de datos clínicos y del tratamiento que recibe el paciente, recoge información sociodemográfica, como la estructura familiar, el nivel de educación, el sexo y si es un trabajador en activo.
- El Registro de enfermos renales de Cataluña dispone de un órgano profesional responsable del registro, que es la Comisión de control y seguimiento del registro, que se reúne periódicamente. Asimismo, el Registro publica anualmente un informe estadístico con el objetivo de dar a conocer la evolución y características de los pacientes que están en diálisis o han recibido un trasplante, lo que constituye una buena práctica.
- La Sindicatura no ha identificado documentos que utilicen los datos del Registro de enfermos renales de Cataluña para realizar proyecciones de la demanda del tratamiento sustitutivo renal. El Plan estratégico de ordenación de la atención al paciente nefrológico elaboró escenarios de demanda de hemodiálisis esperada para el año 2015 a partir de las proyecciones demográficas y el ritmo de trasplantes estimado.
- En la última acta del año 2022 de la Comisión de Seguimiento del Registro, celebrada en octubre, se presentó el Plan de futuro del Registro de enfermos renales de Cataluña. El Plan pone de relieve fortalezas y debilidades del Registro, y concluye que habría que crear un grupo de trabajo que decidiera sobre una posible reformulación del registro, en el que se reconsideraran sus objetivos y las fuentes de información.

Concretamente, el análisis del Plan de futuro del Registro ha puesto de manifiesto la evolución de cómo este registro ha ido recibiendo la información y cómo se ha intentado automatizar la recogida de variables, aunque se pone de manifiesto que este proceso está en curso. Entre algunas de las debilidades pendientes de resolver se encuentra el hecho de que conviven todavía 3 sistemas de envío de datos al registro por parte de los hospitales y de los centros de diálisis: archivos de datos, la entrada manual de datos y el envío de información por *web service*.

En aquella sesión también se abordaron otras necesidades y debilidades vinculadas a las fuentes de datos, la calidad de la información recogida y la explotación, presentación y difusión de los datos, con el objetivo de contribuir a la mejora en la toma de decisiones.

Entre las más destacadas se encuentra la necesidad de añadir nuevas variables en la recogida de datos; recoger otra información de fuentes complementarias, como, por ejemplo, el Contenido mínimo básico de datos o la Estación clínica de atención primaria; mejorar la escasa evolución de los informes y resultados presentados; agilizar la lenta disponibilidad de los datos cerrados de un año en concreto, o revisar los datos con otras fuentes de forma periódica.

- Durante el trabajo de campo el CatSalut facilitó a la Sindicatura informes que se generan a partir del Registro MUSSCAT, los cuales describen la población con enfermedad renal crónica. Sin embargo, la Sindicatura no ha tenido acceso a la aplicación que gestiona este registro para poder analizar los datos primarios.
- Durante el trabajo de campo, el CatSalut facilitó a la Sindicatura el documento del Plan de mejora en la atención a la persona con enfermedad renal crónica, que no estaba aprobado por el CatSalut y estaba pendiente de publicación, y comunicó a la Sindicatura que estaba revisando el Plan estratégico de ordenación de la atención al paciente nefrológico del año 2008. El Plan de mejora en la atención a la persona con enfermedad renal crónica ha revisado todo el proceso de atención a la persona, y ha identificado 18 elementos de mejora, que se concretan en diversas acciones.

5.1.2. ¿El marco legal y las políticas abordan las necesidades de los grupos identificados como vulnerables?

El Plan de salud de Cataluña 2021-2025, a partir del principio de respecto para las personas, establece que se debe ser especialmente cuidadoso con las personas que forman parte de colectivos más vulnerables, tales como las personas menores, las personas con diversidad de género, las que padecen problemas de salud mental o deterioro cognitivo, las que tienen algún tipo de discapacidad o grado de dependencia, o las que están al final de la vida.

Asimismo, el Plan de Gobierno de la XIV legislatura contiene numerosas medidas orientadas a la inclusión de todos los colectivos en las políticas públicas y a la lucha contra las desigualdades.

El concepto de vulnerabilidad²⁰ se refiere a las situaciones de riesgo de verse excluido de participar plenamente en la sociedad, ya sea en la esfera económica (producción y consu-

20. Según el Plan de acción para la lucha contra la pobreza y para la inclusión social en Cataluña 2015-2016, el concepto de vulnerabilidad se utiliza para describir una zona intermedia entre la integración y la exclusión sociales. Una persona vulnerable es aquella que sufre alguna debilidad en relación con su entorno personal, familiar-relacional, socioeconómico o politicoadministrativo y, en consecuencia, está en una situación de riesgo

.../...

mo), relacional (redes de familiares y amistades) o politicolegal (participación política, protección social, etc.). La enfermedad renal crónica, por la carga que impone al paciente, constituye un importante factor de vulnerabilidad, como lo serían un conjunto de características sociodemográficas y situaciones que predisponen a un mayor riesgo de contraer y hacer progresar la enfermedad, y a un mayor impacto negativo de la enfermedad sobre la calidad de vida de la persona.

En cuanto a la primera cuestión, los factores que predisponen a la enfermedad, la prevalencia estimada de la enfermedad renal crónica en el Estado español es del 15,1%,²¹ pero la distribución de la enfermedad entre la población no es aleatoria, su carga recae de forma desproporcionada sobre personas con un estatus socioeconómico bajo. Búsquedas realizadas en diferentes contextos han caracterizado la enfermedad renal crónica como una enfermedad arquetípica de la desigualdad,²² que es más común entre aquellos que viven en situaciones de privación y que muestra diferencias según un conjunto de variables interrelacionadas, entre las que destacan los ingresos, el empleo, el nivel educativo, el acceso a servicios de salud, la vivienda, la calidad del aire, y hábitos y estilos de vida como el tabaquismo, el alcohol y el ejercicio. Los datos del Registro de enfermos renales de Cataluña de 2021 muestran que la educación primaria es el nivel de estudios mayoritario en pacientes por enfermedad renal crónica de todas las franjas de edad.²³

Por otro lado, la enfermedad renal crónica comporta un empeoramiento de la calidad de vida. El inicio del tratamiento sustitutivo renal tiene un fuerte impacto en la salud mental de las personas y por eso es importante la identificación precoz de los problemas de salud mental para mitigar su efecto. Las personas con un bajo nivel de estudios son las que acceden con menor frecuencia a los tratamientos domiciliarios (véase el apartado 5.3.2). Esta cuestión es relevante, ya que los tratamientos domiciliarios dan una mejor calidad de vida al paciente.

que podría desencadenar un proceso de exclusión social. El nivel de riesgo será más o menos alto dependiendo del grado de deterioro del entorno. Es una zona intermedia, inestable, que conjuga la precariedad en el trabajo y la fragilidad de las ayudas de proximidad. Existen situaciones de vulnerabilidad personal en momentos de transición o crisis (laboral, educativa, de salud, familiar, etc.); situaciones de vulnerabilidad familiar cuando el sistema de compensaciones familiares se desactiva; situaciones de vulnerabilidad territorial cuando se acumulan factores de exclusión en un territorio (tasas bajas de actividad laboral, tasas altas de absentismo escolar, conflictos violentos, índices altos de delincuencia), y territorios de riesgo donde se suman factores de exclusión en personas, familias y colectivos.

21. Gorostidi, M., Sánchez-Martínez, M., Ruilope, L. M., Graciani, A., De la Cruz, J. J., Santamaría, R., Del Pino, M. D., Guallar-Castillón, P., De Álvaro, F., Rodríguez-Artalejo, F., Banegas, J. R. *Chronic kidney disease in Spain: Prevalence and impact of accumulation of cardiovascular risk factors*. Nefrología (Engl Ed). 2018 Nov-Dec;38(6):606-615.

22. Grant, C. H., Salim, E., Lees, J. S., Stevens, K. I. (2023). *Deprivation and chronic kidney disease-a review of the evidence*. Clin Kidney J.: 16(7):1081-1091.

23. En los menores de 44 años, 47,4%, un 47,4% en quienes tienen entre 45 y 64 años, 64% en los que tienen entre 65 y 74 años y 72,7% en los mayores de 74 años.

Las asociaciones de pacientes consultadas han descrito las necesidades del paciente de enfermedad renal crónica más allá de lo que es estrictamente el tratamiento sustitutivo renal, incluyendo el apoyo social, la salud mental, la adherencia a las recomendaciones dietéticas y de estilo de vida y la relación con el mercado de trabajo.

En cuanto a la salud mental y la adherencia a las recomendaciones dietéticas que impone la enfermedad renal crónica y especialmente la diálisis, se desprenden las siguientes incidencias:

- Las asociaciones de pacientes y profesionales consultados coinciden en apuntar que los hospitales y centros de diálisis no disponen de figuras profesionales suficientes para el asesoramiento y acompañamiento que requiere el paciente, que son necesidades comunes para la mayoría de los pacientes.

Los pliegos de cláusulas de la contratación del servicio de diálisis extrahospitalaria preveían que los adjudicatarios ofrecieran mejoras relacionadas con la disposición de otros profesionales asistenciales, tales como nutricionistas y psicólogos. En la práctica los recursos son variables entre centros, por lo que algunos centros ofrecen puntualmente el apoyo de un profesional de nutrición y psicología mientras que otros no lo hacen, de modo que el acceso a estos profesionales depende del centro o de la capacidad del paciente y su entorno de buscar el apoyo necesario por su cuenta (véase el apartado 5.3.5).

- Hay situaciones socioeconómicas que pueden suponer una dificultad añadida, ya sea para mantener una adherencia al tratamiento, para hacer frente a costes asociados al tratamiento o para conservar un estado de salud mental adecuado. Con todo, el acceso a algunos recursos depende en buena medida del centro en el que el paciente es atendido o de su capacidad de buscar por su cuenta el apoyo y la ayuda necesarios.

Las situaciones de vulnerabilidad social son atendidas por el mismo circuito que el resto de los usuarios del CatSalut en la Atención Primaria.

- En cuanto al empleo y al mercado del trabajo, la percepción de las asociaciones de pacientes consultadas es que son pocos los pacientes que consiguen mantener el trabajo una vez iniciado el tratamiento sustitutivo renal. El inicio del tratamiento comporta el reconocimiento de una discapacidad del 66%, el cual da derecho a una pensión no contributiva por invalidez. Si el paciente es trasplantado y abandona el tratamiento de diálisis, el grado de discapacidad reconocido se reduce al 35%, lo cual conlleva la pérdida de la prestación económica. Es en este momento cuando el paciente, si se encuentra en edad laboral, experimenta dificultades de inserción laboral, ya que durante el tiempo en que ha estado realizando diálisis se ha distanciado del mercado laboral y ha quedado desactualizado profesionalmente.

- Los costes de suministros de agua y electricidad pueden representar una barrera de acceso a los tratamientos domiciliarios. Existe una ayuda económica para pagar el suministro de agua y electricidad para el paciente de diálisis peritoneal, pero no se extiende a la hemodiálisis domiciliaria. En 2022, las obligaciones reconocidas en concepto de ayudas para la diálisis peritoneal fueron de 382.805 € en el capítulo 4, transferencias corrientes. Este importe correspondía a una media de 562 € por paciente. De acuerdo con el Registro de enfermos renales de Cataluña 2022, hubo 681 pacientes que recibieron el tratamiento de diálisis peritoneal durante 270 días de media.

5.1.3. ¿El Gobierno ha informado e involucrado a las partes interesadas en los procesos para planificar, implementar y supervisar el servicio extrahospitalario de la insuficiencia renal?

El documento de referencia en cuanto a la participación ciudadana en salud es el Marco de la participación ciudadana en salud, editado por el Departamento de Salud en el año 2018, que establece los instrumentos para abordar la participación ciudadana a diferentes niveles, incluyendo la relación paciente-profesional (nivel micro); el diseño, la implantación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas (nivel meso), y la definición, el despliegue, la evaluación y la toma de decisiones relacionadas con el sistema de salud (nivel macro). El Marco establece un Plan de acción 2018- 2019 para impulsar y reforzar la participación ciudadana en salud, el cual en 2022 no se había actualizado.

Por otra parte, el Plan de salud de Cataluña 2021-2025 contiene el objetivo específico de garantizar la participación ciudadana individual y colectiva como motor de cambio, por lo que identifica continuar desplegando el Marco de participación ciudadana en salud como la acción más importante a llevar a cabo.

Ante el requerimiento de información de la Sindicatura al CatSalut sobre las acciones emprendidas en materia de participación ciudadana, el CatSalut ha informado de que el Departamento de Salud facilita la participación de la ciudadanía en los aspectos de salud mediante la Secretaría de Atención Sanitaria y Participación, y describe 2 vías para incorporar la participación ciudadana: a partir de la petición de la ciudadanía, como, por ejemplo, a través de quejas y agradecimientos, que se recogen y analizan, y a partir de las propuestas de proveedores, profesionales y sociedades científicas, con los que la comunicación es habitual y abierta.

En cuanto a las relaciones con las partes interesadas, se ponen de manifiesto las siguientes incidencias:

- En 2021 el CatSalut puso en marcha grupos de trabajo en el marco de la elaboración del Plan de mejora de la enfermedad renal crónica. Estos grupos estaban conformados por

70 profesionales representantes de sociedades científicas, expertos y profesionales. Además, el CatSalut también consultó a las asociaciones de pacientes. A finales de marzo de 2024 el Plan de mejora de la enfermedad renal crónica no se había publicado.

- La Sindicatura ha consultado a la Sociedad Catalana de Nefrología y a las asociaciones de pacientes cuál ha sido su participación y relación con el CatSalut. La Sociedad Catalana de Nefrología participó activamente en los grupos de trabajo del Plan de mejora mencionado, y valoran que a raíz de ese impulso hay avances en aspectos que consideran importantes.
- Los Servicios de Nefrología consultados han destacado que la interlocución con el CatSalut para la toma de decisiones no es directa, y que no suelen consultarse los servicios asistenciales.
- En cuanto a las asociaciones de pacientes, las relaciones con el CatSalut se limitan a reuniones puntuales,²⁴ coincidencias en actos públicos o en la elaboración de materiales divulgativos, y en lo que se refiere a los instrumentos previstos en el Marco de la participación ciudadana en salud, como por ejemplo espacios estables de participación, procesos de consulta y deliberación y mecanismos de escucha activa, las asociaciones remiten a una reciente participación en el Consejo Consultivo de Pacientes de Cataluña,²⁵ que trata aspectos transversales de las organizaciones que forman parte de él, pero no es específico del ámbito de la insuficiencia renal crónica. De acuerdo con información publicada en la web del Consejo, el Acta de la primera Asamblea es del 12 de marzo de 2024 y menciona que hacía 7 años de la última reunión.
- Entre los temas que preocupan a las asociaciones de pacientes, destaca el del transporte sanitario. Consideran que los tiempos de desplazamiento son muy largos y las rutas no siempre están optimizadas. Además, según las asociaciones consultadas, no hay un circuito de intercambio de información para las incidencias y las propuestas de mejora en cuanto al funcionamiento de los centros de diálisis y el transporte sanitario. Puede haber

24. Texto modificado a raíz del punto 7 de las alegaciones recibidas.

25. El Consejo está regulado por el Decreto 173/2022, de 20 de septiembre, del Consejo Consultivo de Pacientes de Cataluña, que derogó el Decreto 110/2012, de 2 de octubre, que lo creó. La finalidad de este Consejo es actuar como órgano de participación y consulta entre el departamento competente en materia de salud y las entidades de pacientes que actúan en el ámbito del sistema catalán de salud en el desarrollo de políticas públicas de salud, proponiendo las medidas que considere oportunas para contribuir a mejorar los servicios públicos de salud, e impulsando las actuaciones específicas adecuadas para colectivos concretos de pacientes. La estructura orgánica del Consejo consta de la Asamblea, que es el órgano representativo de las entidades de pacientes, y es el espacio donde se genera participación y debate, y el Pleno, que es el órgano ejecutivo del Consejo y cuenta con la Comisión Permanente y con las comisiones territoriales que se creen.

alguno específico para los centros o para el proveedor, pero no para el conjunto del sistema.

Las principales reivindicaciones de los pacientes identificadas en las entrevistas son: facilitar el acceso a los tratamientos domiciliarios, aumentar el porcentaje de pacientes con una fístula como acceso vascular y que el donante vivo de órganos pueda tener una baja laboral. Las asociaciones también han mostrado preocupación por el hecho de que a menudo los centros de diálisis no garantizaban poder acoger a personas que querían cambiar de centro durante las vacaciones, dado que los centros no están preparados para una actividad estacional.

Finalmente, un último aspecto que pusieron de manifiesto las asociaciones de pacientes fue que desconocían el criterio de reparto de recursos y pacientes entre los hospitales de referencia para el trasplante y el seguimiento posterior, y reclaman tener acceso a determinados datos de actividad, como el número de visitas efectuadas a pacientes trasplantados.

5.1.4. ¿La política pública de salud actual para la prestación del servicio está alineada con los objetivos de desarrollo sostenible?

El 25 de septiembre de 2015, todos los Estados miembros de Naciones Unidas aprobaron la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible, un plan de acción dirigido a acabar con la pobreza, proteger el planeta y mejorar la vida y perspectivas de las personas de todo el mundo. La Agenda plantea 17 ODS con 169 metas específicas de carácter económico, social y ambiental, a alcanzar de cara al año 2030.

En este contexto internacional, en Cataluña se incorporó la Agenda 2030 a partir de la elaboración del Plan nacional para la implementación de la Agenda 2030, que se aprobó el 25 de septiembre de 2019. El Plan vincula los compromisos adquiridos en relación con los ODS con el marco normativo y de planificación de la actuación de la Generalidad de Cataluña.

Los presupuestos para el año 2020 de la Generalidad de Cataluña fueron el inicio de la orientación presupuestaria estratégica enfocada a los ODS. Esta iniciativa consiste en asociar los objetivos, compromisos y metas recogidos en el Plan nacional para la implementación de la Agenda 2030 en Cataluña con los programas presupuestarios de la Generalidad de Cataluña, y con el objetivo de que sirva para priorizar la asignación de recursos.

La revisión de la Sindicatura en relación con la insuficiencia renal en el marco de los ODS ha puesto de manifiesto las siguientes observaciones:

- El Plan nacional para la implementación de la Agenda 2030 en Cataluña tiene el ODS 3 de Salud y bienestar y, más concretamente, incluye la meta 4, que consiste en conseguir para el año 2030 reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles, mediante la prevención y el tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar.

El conjunto de compromisos establecidos en el Plan para alcanzar esta meta no incluye ningún compromiso específico vinculado con el tratamiento de la insuficiencia renal y, por lo tanto, no contiene ninguna normativa o indicador, para lograr los ODS en el marco de la insuficiencia renal.

- El gasto para el tratamiento de la insuficiencia renal está registrado en el programa presupuestario 412, Atención especializada de salud. Este programa presupuestario no está incluido en ningún hito del Plan nacional para la implementación de los ODS en Cataluña, por lo tanto, el gasto en insuficiencia renal no está alineado con los ODS.
- La Sociedad Española de Nefrología considera necesario y urgente articular un Plan de salud renal en España, en línea con los ODS de la Agenda 2030.

5.2. ¿LA CONTRATACIÓN DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EXTRAHOSPITALARIO HA SIDO LA ADECUADA PARA DAR RESPUESTA A LAS NECESIDADES SANITARIAS Y SOCIALES?

5.2.1. ¿El contrato se ha hecho justificando la falta de medios propios y escogiendo la fórmula de contratación más adecuada para cubrir las necesidades existentes?

En el año 2014 el CatSalut convocó y adjudicó 2 procedimientos para la adjudicación de la gestión de los servicios de hemodiálisis ambulatoria en centros autorizados para el tratamiento de los pacientes con insuficiencia renal crónica, uno de ellos en el ámbito territorial El Baix Llobregat Nord, con un valor estimado de contrato de 23,23 M€, exento de IVA, y el segundo en el ámbito territorial de Cataluña, a excepción de El Baix Llobregat Nord, con un valor estimado de contrato de 1.142 M€, exento de IVA, ambos por un período máximo de 10 años.

El detalle de los 17 lotes territoriales adjudicados para los 2 procedimientos convocados se presenta en el siguiente cuadro:

Cuadro 4. Adjudicación del servicio de prestación de hemodiálisis ambulatoria en centros autorizados del ejercicio 2014, con los importes adjudicados para cada uno de los lotes territoriales y los importes de las cláusulas del ejercicio 2022

Ámbito territorial	Centro de diálisis	Importe anual adjudicado 2014	Importe de la cláusula 2022
Lleida y Alt Pirineu	Sistemes Renals, SA	4.942.395	5.844.497
Baix Camp - Priorat	Fresenius Reus	4.943.268	5.811.747
Tarragonès y Baix Penedès	Fresenius Tarragona	4.135.869	4.862.497
Terres de l'Ebre	Hospital de la Santa Creu de Tortosa	3.379.298	3.973.004
Barcelona Dreta Litoral 1	Diaverum Centro de Diálisis Palau	7.741.190	9.101.233
Barcelona Dreta Litoral 2	Fresenius Diagonal/Glòries	6.029.898	7.089.286
Barcelona Esquerra 1	Diaverum Instituto de Hemodiálisis Barcelona	3.318.664	3.901.717
Barcelona Esquerra 2	Fresenius Barcelona	3.951.621	4.645.878
Barcelona Nord	Diaverum Centro de Diálisis E. Rotellar	7.814.906	9.187.901
Barcelonès Nord-Baix Maresme	Diaverum Instituto Médico Badalona	5.472.913	6.434.444
Maresme Central	Diaverum Centro de Diálisis Mataró	3.820.713	4.491.971
Alt Maresme	Diaverum Centro de Diálisis Maresme	1.862.029	2.189.168
Vallès Oriental Central-Baix Montseny	Fresenius Granollers	4.227.236	4.969.916
El Vallès Occidental Oest	Fresenius Terrassa	3.913.952	4.601.591
Baix Llobregat 1	Diaverum Centro de Diálisis Baix Llobregat	5.735.199	6.742.812
Baix Llobregat 2	Fresenius Hospitalet	4.880.260	5.737.669
Suma 16 lotes		76.169.409	89.585.330
Baix Llobregat Nord	B. Braun Avitum, centro en Martorell	1.548.937	1.821.069
Total adjudicado		77.718.347	91.406.399

Importes en euros.

Fuente: Elaboración propia.

El incremento del importe adjudicado en el año 2022 respecto al importe del año 2014 fue del 17,6%, con la excepción del lote de Lleida y Alt Pirineu, que fue del 18,3%.

El contrato correspondiente al ámbito de El Baix Llobregat Nord estaba formado por un único lote, dado que era un centro de nueva creación, y fue adjudicado a un único proveedor, mientras que el contrato correspondiente al ámbito territorial de Cataluña, excepto en El Baix Llobregat Nord, se dividió en 16 lotes y fue adjudicado a 4 proveedores. Estos son los importes adjudicados por terceros:

Cuadro 5. Relación de los adjudicatarios del servicio de hemodiálisis ambulatoria en centros autorizados y de los importes adjudicados

Adjudicatario	Importe anual adjudicado	Importe máximo de la cláusula 2022	Porcentaje de los importes de adjudicación	Número de lotes adjudicados	Número de centros
Diaverum Servicios Renales, SL	35.765.613	42.049.246	46	7	9
Fresenius Medical Care Services Catalunya, SLU	32.082.103	37.718.583	41	7	8
Gestió Sanitària i Assistencial de Tortosa, SAM	3.379.298	3.973.004	6	1	1
Sistemes Renals, SA	4.942.395	5.844.497	4	1	1
B. Braun Avitum España, SA	1.548.937	1.821.069	2	1	1
Total adjudicado	77.718.347	91.406.399	100	17	20

Importes en euros.

Fuente: Elaboración propia.

En ambas licitaciones el órgano de contratación utilizó el procedimiento negociado sin publicidad, en cumplimiento del artículo 17.3 del Decreto 66/2010, de 25 de mayo, por el que se regula el establecimiento de los convenios y contratos de gestión de servicios asistenciales en el ámbito del Servicio Catalán de la Salud, que establece el procedimiento negociado para la prestación de los servicios de hemodiálisis atendiendo a la sectorización que, por razones sanitarias, establece la Orden de 16 de junio de 1987 del Departamento de Sanidad y Seguridad Social, de desarrollo del Programa de atención a la insuficiencia renal. Para la adjudicación del contrato en el ámbito territorial de Cataluña el CatSalut invitó a 4 empresas, mientras que en el caso del lote de El Baix Llobregat Nord, invitó a 6 empresas.

Antes de estas licitaciones, en el año 2006, el CatSalut había licitado la contratación de la gestión de servicios de hemodiálisis ambulatoria en todo el ámbito de Cataluña, haciendo uso también del procedimiento negociado como forma de adjudicación, con un presupuesto anual de 56,03 M€.

Aquella licitación se dividió en 20 lotes y, aunque la duración inicial más las prórrogas no podían sobrepasar los 6 años, los contratos se prorrogaron hasta marzo de 2014, cuando entraron en vigor los 2 nuevos procedimientos, período durante el cual algunas empresas subrogaron sus contratos a otras empresas, las cuales coinciden con las empresas adjudicatarias del contrato formalizado en 2014.

El análisis de los procedimientos de licitación convocados para la adjudicación de la gestión de los servicios de hemodiálisis ambulatoria en centros autorizados ha puesto de manifiesto las siguientes observaciones:

- El órgano de contratación utilizó el procedimiento negociado sin publicidad para adjudicar las 2 licitaciones del año 2014, en cumplimiento del artículo 17.3 del Decreto 66/2010, de 25 de mayo, por el que se regulaba el establecimiento de los convenios y contratos de gestión de servicios asistenciales en el ámbito del Servicio Catalán de la Salud, De-

creto que fue derogado por el Decreto 118/2014, de 5 de agosto, sobre la contratación y prestación de los servicios sanitarios con cargo al Servicio Catalán de la Salud, que entró en vigor el 1 de enero de 2015.

Sin embargo, la obligatoriedad que establecía la disposición del Decreto 66/2010 no parece coherente con el artículo 172 del Real decreto legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de contratos del sector público, que era el marco normativo vigente en aquel momento y que habilitaba para el uso del procedimiento negociado en la adjudicación de los contratos de gestión de servicios públicos cuando no sea posible promover la concurrencia en la oferta, entre otros supuestos.

De hecho, esta obligatoriedad ha sido eliminada en el redactado del artículo 20 del Decreto 118/2014, vigente en el año 2022, en el que se añade que, si es posible promover la concurrencia, la prestación de los servicios de hemodiálisis deberá contratarse por procedimiento abierto.

- El informe de necesidades de la contratación informaba de que el CatSalut no disponía de los recursos propios necesarios para llevar a cabo la atención al enfermo renal, pero la necesidad no estaba suficientemente justificada. De acuerdo con el artículo 22 del Real decreto legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de contratos del sector público, la naturaleza y la extensión de las necesidades que se pretenden cubrir mediante el contrato proyectado deben estar determinadas con precisión y debe dejarse constancia de ellas en la documentación preparatoria.
- Existen varios factores que denotan una falta de competencia entre las empresas participantes en las licitaciones, en especial, en el caso de la licitación de los servicios en el ámbito territorial de Cataluña, excepto El Baix Llobregat Nord:

En la licitación para la adjudicación de los 16 lotes del territorio de Cataluña se invitó a 4 empresas, que ya prestaban el servicio como resultado de la licitación del año 2006. Estas empresas fueron adjudicatarias de los mismos lotes de los cuales eran también adjudicatarias como resultado de la licitación anterior.

En cambio, a la licitación del lote único para el centro de nueva creación en el territorio de El Baix Llobregat Nord se invitó a estas 4 empresas, más 2 empresas adicionales (B. Braun y RTS Servicios de Diálisis, SLU), un total de 6.

Se hace evidente, pues, que para la licitación del lote único en el territorio de El Baix Llobregat Nord hubo mayor concurrencia que en la licitación de los 16 lotes del territorio de Cataluña.²⁶

26. Texto modificado a raíz del punto 10 de las alegaciones recibidas.

Ninguna de las empresas presentadas a la licitación propuso mejora alguna de su oferta durante el proceso de negociación, sino que hicieron llegar un escrito al órgano de contratación ratificando los términos de su oferta inicial. En 15 de los 16 lotes las empresas adjudicatarias no ofrecieron ninguna mejora respecto a la tarifa máxima establecida en los pliegos de la contratación, circunstancia que también se dio en la licitación del año 2006, mientras que en el decimosexto lote solo ofrecieron un descuento irrisorio.

Esta situación contrasta con el resultado de la licitación para el centro de nueva creación de El Baix Llobregat Nord, realizada en las mismas fechas y con el mismo objeto contractual, en cuyo marco las 2 empresas adicionales invitadas expusieron los motivos fuertes de su oferta y presentaron mejoras técnicas y económicas durante el proceso de negociación. Los descuentos ofrecidos por la empresa adjudicataria respecto a la tarifa máxima de los pliegos fueron una rebaja relevante en la tarifa adjudicada.

La distribución geográfica de la adjudicación de los lotes sugiere un posible reparto geográfico del mercado entre las 4 empresas adjudicatarias (Sistemes Renals, Gestió Sanitària i Assistencial de Tortosa, SAM, Fresenius y Diaverum): las 2 primeras fueron adjudicatarias de los centros ubicados en los municipios de sus respectivos domicilios sociales.

En cuanto a las otras 2 empresas, Fresenius, con domicilio social en Barcelona, fue adjudicataria de la mitad de los centros de Barcelona, además de los ubicados en El Vallès y El Tarragonès, y Diaverum, con sede social en L'Hospitalet de Llobregat en aquel momento, fue adjudicataria de la mitad restante de los centros de Barcelona y de los ubicados en el Maresme.

Este patrón de reparto geográfico mantuvo el *statu quo* de los contratos existentes, adjudicados en 2006.

Económicamente, el conjunto de los lotes adjudicados a Fresenius correspondía casi a 32 M€ adjudicados, y los adjudicados a Diaverum casi a 26 M€. El conjunto de los lotes adjudicados a Gestió Sanitària i Assistencial de Tortosa y Sistemes Renals fueron de casi 3 M€ y 5 M€, respectivamente.

El análisis de las licitaciones realizadas por el CatSalut identifica varios hechos que podrían constituir indicios de un comportamiento colusorio entre las empresas ganadoras, principalmente en la licitación de los 16 lotes del ámbito territorial de Cataluña, excepto El Baix Llobregat Nord. La Sindicatura no tiene constancia de que el CatSalut hubiera llevado a cabo ninguna actuación para impedir las prácticas anticompetitivas.

La posible conducta colusoria que estas empresas adoptaron en la licitación de los servicios de hemodiálisis ambulatoria puede observarse en el reparto del mercado por áreas geográficas, el posible acuerdo en la fijación del precio y la falta de rotación de las ofertas,

con el objetivo de evitar competir entre ellas y obtener así un contrato en condiciones más beneficiosas que el que hubieran obtenido si hubieran competido de forma efectiva. Se apropiaban, por lo tanto, de un beneficio extraordinario ilícito que perjudica a la Administración contratante, sus presupuestos públicos y, en general, a la ciudadanía, además de afectar a las posibles empresas competidoras que podrían haber participado lealmente en la licitación.

Las irregularidades descritas podrían dar lugar a hechos perseguibles administrativa y judicialmente. Esta afirmación se hace respecto a la posible existencia de indicios de responsabilidades, ya que la apreciación únicamente puede hacerla la jurisdicción y los órganos competentes para determinarla.

Hay que tener en cuenta que, de acuerdo con la sentencia de 18 julio de 2016 procedente del Tribunal Supremo, si la propia Administración está involucrada en las prácticas anti-competitivas en el marco de sus procesos de contratación, ya sea de manera directa – para coordinar o formar parte de estos acuerdos, o bien diseñar procesos de licitación *ad hoc* sin seguir los principios de libre concurrencia e igualdad entre competidores– o indirecta –por ser conocedora de los acuerdos o por la evidente manipulación de los procesos de licitación–, podría llegar a ser sancionada como facilitadora de esta colusión.²⁷

5.2.2. ¿La contratación se ha realizado incorporando las normas de calidad previstas por la normativa?

El Decreto 92/2009, de 9 de junio, por el que se establecen los requisitos tecnicosanitarios para la autorización sanitaria de los centros y unidades de diálisis equipados con monitores de hemodiálisis, establece una serie de requisitos en los centros, sean de titularidad pública o privada, para garantizar a las personas que reciben el tratamiento de hemodiálisis una asistencia sanitaria de calidad, con las máximas garantías de seguridad y los mínimos riesgos para la salud.

Además de la preceptiva autorización sanitaria de apertura y funcionamiento que deben acreditar los titulares de estos centros, la normativa establece el equipamiento mínimo y los requisitos del personal sanitario, en cuanto a formación, experiencia o número de profesionales por monitor y turno. También prevé que los centros deben disponer de un Plan de calidad basado en la gestión de procesos y la identificación de indicadores de calidad, y deben garantizar que se evalúen y registren los resultados de estos indicadores con la frecuencia que establezca la dirección general competente en materia de recursos sanitarios.

27. Sentencia del Tribunal Supremo, de 18 de julio de 2016, casación 2946/2013, confirmativa de la Resolución de 6 de octubre de 2011 de la CNC Expt. S/0167/09, *Productores de Uva y Vinos de Jerez*.

Esta y otra normativa específica que regula las condiciones y normas de calidad de los centros hemodiálisis extrahospitalaria está recogida en los pliegos de condiciones de la licitación del servicio, y también se incluye en el régimen jurídico aplicable al contrato vigente.

En cuanto al cumplimiento de estas disposiciones, la Sindicatura ha constatado los siguientes aspectos:

- Los diversos requisitos tecnicosanitarios previstos en la normativa, tales como los recursos humanos y físicos adscritos al servicio o los equipamientos, constituían requisitos mínimos a cumplir por parte de los contratistas y formaban parte de los criterios de adjudicación previstos en los pliegos de la licitación, de modo que fueron considerados en los informes técnicos de valoración de las ofertas presentadas en las correspondientes licitaciones, tal y como se pone de manifiesto en el siguiente cuadro:

Cuadro 6. Informes técnicos de valoración de las ofertas presentadas en la licitación del servicio

Criterios susceptibles de juicio de valor	Puntuación máxima según los pliegos (45)	Puntuaciones asignadas a los licitadores				
		Sistemas renales	GESAT	Fresenius (todos los centros)	Diaverum (todos los centros)	B. Braun
Recursos humanos, físicos y organización del trabajo	15	12	15	15	15	15
Recursos humanos	3	3	3	3	3	3
Recursos físicos y equipamientos	3	3	3	3	3	3
Organización del trabajo	3	2	3	3	3	3
Organigrama	3	3	3	3	3	3
Programa anual de formación	3	1	3	3	3	3
Mejora de calidad	10	10	5	10	10	10
Certificados de calidad	5	5	0	5	5	5
Programa de calidad	5	5	5	5	5	5
Evaluación	12	8	11	11,5	11	12
Mejoras de la oferta	8	3	3	3	3	3

Fuente: Elaboración propia.

Como se observa en las puntuaciones asignadas, todos los licitadores obtuvieron la puntuación máxima en relación con el programa de calidad presentado, pero los informes técnicos emitidos por el CatSalut no fundamentan la valoración asignada ni analizan las características de su diseño, su nivel de implementación o compromiso de mejora continua que se prevé. Teniendo en cuenta, además, que la normativa vigente ya establecía la obligatoriedad de disponer de un programa de calidad, los criterios de adjudicación

deberían haber ponderado otros aspectos que no constituyeran requisitos de la prestación del servicio.

- La vigencia de los certificados de calidad presentados por la empresa Fresenius finalizaba el 31 de enero de 2014, unos días después de la fecha máxima para presentar oferta en el concurso, el 20 de enero del mismo año.

Los contratos se formalizaron con los adjudicatarios el 1 de abril de 2014, por lo que no tenemos evidencia de que esta empresa adjudicataria contara con un certificado de calidad vigente en aquel momento, a pesar de haber obtenido la puntuación máxima prevista en los pliegos.

5.2.3. ¿El coste de la prestación del servicio se ha determinado en términos de economía?

La contratación de la prestación del servicio extrahospitalario incluye, además de las sesiones de hemodiálisis, las analíticas de control, la asistencia por parte de personal médico especializado, bajo la supervisión del centro hospitalario que controla al enfermo, el material fungible, la medicación y la intervención quirúrgica para la implantación de la fístula u otro tipo de acceso vascular permanente, que debe realizarse antes del tratamiento de la hemodiálisis, y que solo se puede realizar en centros autorizados de la Red Hospitalaria de Utilización Pública (XHUP).

La tarifas²⁸ acordadas con los adjudicatarios de los contratos por el servicio de hemodiálisis extrahospitalario para el año 2022 fue de 227,21 € por una sesión de hemodiálisis convencional y de 258,40 € por una sesión de hemodiálisis HDF.

El CatSalut no ha facilitado a la Sindicatura ningún estudio o estimación del coste del servicio de hemodiálisis contratado en los centros de diálisis. La Sindicatura ha analizado la estimación del coste que asume el CatSalut por el servicio extrahospitalario, a partir de la comparación con la estimación del coste de los diversos servicios y tratamientos de hemodiálisis, ya que el servicio de hemodiálisis hospitalaria, diálisis peritoneal y diálisis domiciliaria son alternativas al servicio extrahospitalario.

Los costes del CatSalut calculados por la Sindicatura corresponden a la contraprestación de los servicios de hemodiálisis que el CatSalut satisface a los hospitales a partir de las tarifas previstas (véase el apartado 5.3.1) o bien a partir del precio previsto en los contratos administrativos de los servicios extrahospitalarios. Los costes estimados por la Sindicatura consideran el coste de transporte de los pacientes, que el CatSalut satisface al Sistema de Emergencias Médicas (SEM), en el caso de los pacientes en diálisis hospitalaria y extrahos-

28. Tarifa más frecuente acordada con los adjudicatarios para el año 2022.

pitalaria y que la Sindicatura ha estimado en 12.384 € por paciente y año, y las ayudas para el gasto de electricidad que el CatSalut concede a los pacientes en diálisis peritoneal y que la Sindicatura ha estimado en 758 € por paciente y año.

Por otra parte, la Sindicatura también ha comparado el gasto estimado que los hospitales asumen habitualmente para contratar los distintos tratamientos de diálisis con los ingresos que los hospitales obtienen a partir de las tarifas previstas por el CatSalut por la prestación de estos servicios. Este cálculo ha dado lugar a la estimación del margen de los hospitales para cubrir otros gastos relacionados con la prestación del servicio (véase el anexo 5).

El cálculo de los costes de los hospitales se ha obtenido a partir del precio de las sesiones de hemodiálisis contratadas por los mismos hospitales en empresas externas a los centros. Este cálculo no incluye los otros gastos directos que asumen los hospitales para prestar el servicio de los tratamientos, como los gastos salariales y medicación, ni gastos indirectos, tales como los gastos de estructura, puesto que la Sindicatura no dispone de la información para ajustar el cálculo a este nivel de detalle.

El siguiente cuadro incluye los datos obtenidos de estas estimaciones.

Cuadro 7. Cuadro comparativo del coste anual estimado del CatSalut de los distintos servicios y tratamientos de hemodiálisis, por paciente. Ejercicio 2022

Concepto	Hemodiálisis hospitalaria	Hemodiálisis extrahospitalaria	Diálisis peritoneal	Hemodiálisis domiciliaria (1.º año)	Hemodiálisis domiciliaria (2.º año y sucesivos)
Ingresos del hospital / Gastos del CatSalut derivados del concierto o contrato programa con el ICS (A)	30.077	-	28.966	28.151	25.102
Gastos del hospital por la contratación externa del servicio (B)	7.920	-	21.937	37.680	37.680
Margen del hospital para cubrir otros gastos relacionados con la prestación del servicio (A-B)	22.157	-	7.029	(9.529)	(12.578)
Contratación del servicio extrahospitalario (C)	-	35.360*	-	-	-
Transporte sanitario no urgente (D)	12.384	12.384	-	-	-
Ayudas a los pacientes para el coste de los suministros (E)			758		
Coste del tratamiento asumido por el CatSalut estimado por la Sindicatura	42.461 (A + D)	47.744 (C + D)	29.724 (A + E)	28.151 (A)	25.102 (A)

Importes en euros.

Fuente: Elaboración propia.

Nota: El cálculo de los ingresos y los gastos incluidos en este cuadro están detallados en el anexo 5.

* La Sindicatura ha calculado el coste anual de la hemodiálisis extrahospitalaria a partir de las tarifas más frecuentes por la hemodiálisis convencional y *online* (227 € y 258 €, respectivamente), el porcentaje de sesiones que en el año 2022 correspondió a cada una de ellas (5% y 95%, respectivamente) y el número de sesiones teóricas (3 a la semana) equivalentes a 1 año entero de tratamiento.

Sin embargo, la opción terapéutica con mejor relación coste-efectividad para la insuficiencia renal crónica es la del trasplante, siempre que sea posible. No obstante, existen factores limitativos de esta técnica, por la escasez de órganos y las contraindicaciones médicas del receptor.

La tarifa que satisfacía el CatSalut en el año 2022 por un trasplante renal podía ser entre 37.685 € y 51.794 €, y una vez el paciente ha recibido el trasplante ya no es necesario que realice diálisis.

El análisis comparativo de los ingresos y gastos identificados de los diversos servicios y tratamientos de hemodiálisis ha puesto de manifiesto las siguientes observaciones:

- El servicio de diálisis más costoso para el CatSalut es la atención extrahospitalaria. Las tarifas del año 2022 de una sesión de hemodiálisis convencional y de una HDF que el CatSalut satisfizo en los centros extrahospitalarios, de 227,21 € y 258,40 €, respectivamente, eran superiores a las que retribuyó por los mismos servicios a los hospitales, tanto si el servicio lo prestaba el Servicio de Nefrología de un hospital con asistencia de 24 horas, por 175,60 € y 210,62 €, respectivamente, como si lo prestaba el Servicio de Nefrología de un hospital sin asistencia de 24 horas, una Unidad de Asistencia Nefrológica o un centro de diálisis hospitalario, por 161,44 € y 196,46 €, respectivamente.

Este aspecto tiene especial relevancia en el caso de la empresa adjudicataria Gestió Sanitària i Assistencial de Tortosa, SAM, que prescribe tratamientos de hemodiálisis como Unidad de Asistencia Nefrológica pero está contratada por el CatSalut como centro de diálisis extrahospitalario y, por tanto, factura las sesiones de diálisis a un precio superior al del ámbito hospitalario (véase el apartado 5.1.1).

- Un estudio²⁹ sobre la externalización de los servicios de diálisis en España comparó las tarifas de las comunidades autónomas en el período 2011 y 2019, las cuales presentaban una amplia heterogeneidad en el nombre de los conceptos y tipo de diálisis. Las tarifas actualizadas al IPC del año 2022 muestran un rango de precios que oscila entre los 157,26 € en Andalucía y los 432,88 € en las Islas Canarias, lo que sitúa a Cataluña aproximadamente en la mediana del rango de tarifas del Estado español.

El estudio concluyó que la variabilidad en la prestación y los costes de las técnicas de diálisis y la escasa evidencia sobre la efectividad de la externalización del tratamiento

29. Martínez, A. C., De los Ángeles González Vera, M., Velasco, M. P., De Labry Lima, A. O. (2022). "Evidence on outsourcing dialysis services: a scoping review". *Nefrología*, 42 (6), 621-632. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36914543/>.

ponían de manifiesto la necesidad de seguir potenciando estrategias que dieran lugar a una mejora en la atención a la enfermedad renal crónica.

- El coste de la prestación del servicio no está justificado a partir de un escándalo o estudio de costes que justifique las tarifas que el CatSalut satisface a los centros. La Sindicatura ha estimado que el coste total anual que asume el CatSalut por el tratamiento de diálisis de un paciente en un centro extrahospitalario es de 47.744 €, más elevado que el de un centro hospitalario, que la Sindicatura ha estimado en 42.461 €. La Sindicatura ha analizado estudios³⁰ que concluyen que el coste del servicio hospitalario es superior al coste de un centro externo debido a los elevados costes de estructura de un hospital.
- El coste anual que el CatSalut asume por un paciente en hemodiálisis hospitalaria, de 42.461 €, incluyendo el transporte sanitario del paciente, que la Sindicatura ha estimado en 12.384 €, supera el coste que asume por un paciente en diálisis peritoneal, el cual asciende a 29.724 €, y supone una diferencia de 12.737 € por paciente y año.

El Plan estratégico de ordenación de la atención al paciente nefrológico elaborado por el CatSalut en 2008 estimó un coste medio anual por enfermo en hemodiálisis en 24.132 €, que es inferior a los costes calculados por la Sindicatura, pero no incluía el coste del transporte de los enfermos al centro de diálisis. El Plan estratégico también calculó el coste por un paciente en diálisis peritoneal, que estimó en 25.582 €.

Tanto la evidencia obtenida en el estudio de costes de la Sindicatura como la revisión de estudios de evaluaciones permiten concluir que la opción de la diálisis peritoneal es una alternativa más eficiente que la hemodiálisis y, por lo tanto, su uso puede suponer un ahorro para el sistema de salud.

- Los hospitales que realizan técnicas domiciliarias tienen un margen inferior en la diálisis peritoneal que la hemodiálisis hospitalaria, y en el caso de la hemodiálisis domiciliaria, los hospitales tienen incluso un margen negativo cuando prestan este servicio. Estos hechos pueden perjudicar a la hora de promover equitativamente los distintos tratamientos de hemodiálisis y pueden desmotivar su prescripción.

Los profesionales sanitarios con los que la Sindicatura ha mantenido entrevistas han manifestado que la motivación del equipo médico del Servicio de Nefrología del hospital es clave para impulsar la prescripción de técnicas domiciliarias a los pacientes, dada la dificultad de conseguir la financiación necesaria de estas técnicas.

30. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía y Escuela Andaluza de Salud Pública (2013). “Eficiencia de la diálisis peritoneal frente a hemodiálisis para el tratamiento de la insuficiencia renal”.

Existen estudios³¹ sobre el coste-efectividad de las diversas modalidades de diálisis que sugieren que las opciones de diálisis domiciliaria, ya sea peritoneal o hemodiálisis, son menos costosas y parecen ofrecer resultados en salud similares o mejores.

Otro estudio³² de coste-efectividad identifica como motivos por los que la diálisis peritoneal es más económica que la hemodiálisis la reducción del gasto de personal y de los gastos generales. Los estudios también destacan ventajas de la diálisis peritoneal: beneficios de salud; mejora de la función residual del riñón, lo que reduce la mortalidad, reduce las hospitalizaciones y mejora la salud cardiovascular, y, finalmente, mejora de la calidad de vida y la satisfacción del usuario.

El estudio expone que, en muchos casos, existen ciertos aspectos que hacen que no se incremente el uso de la diálisis peritoneal, entre los que identifica incentivos económicos que favorecen la hemodiálisis, en lugar de la diálisis peritoneal, los cuales pueden desincentivar a los nefrólogos a promover la diálisis peritoneal, a pesar de tener un mayor potencial de coste-beneficio.

5.3. ¿SE HAN ADQUIRIDO LAS PRESTACIONES EN LA CANTIDAD Y CALIDAD MÁS ADECUADAS Y LA COORDINACIÓN DE LOS RECURSOS ASISTENCIALES HA SIDO COHERENTE Y EFICAZ?

5.3.1. ¿En qué medida el presupuesto del servicio extrahospitalario de la insuficiencia renal ha sido suficiente en base a las necesidades de hemodiálisis?

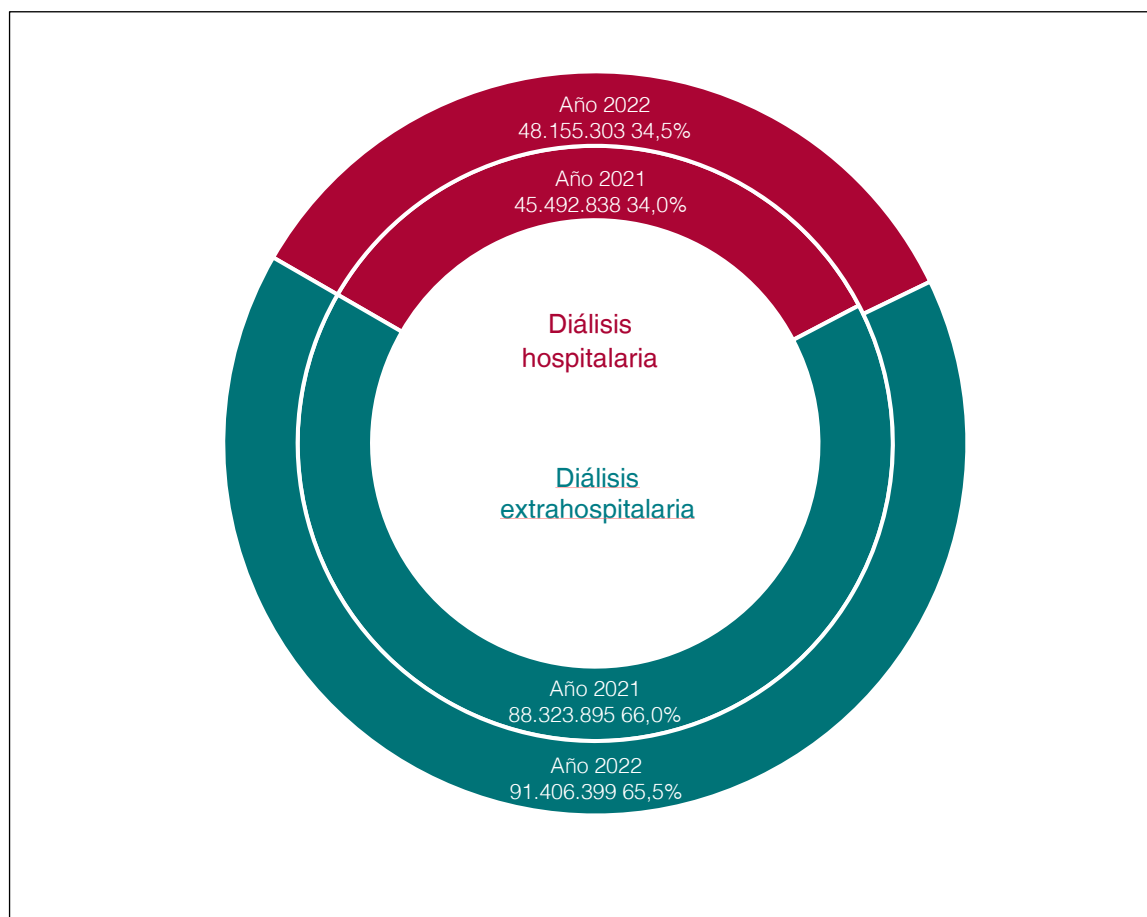
Actividad contratada por hemodiálisis y diálisis peritoneal

El importe total de la actividad contratada para el tratamiento de la atención a la insuficiencia renal en el año 2022 fue de 139,56 M€, y se distribuyó en un 34,5% a la atención hospitalaria, por importe de 48,15 M€, y en un 65,5% a la atención extrahospitalaria, por importe de 91,41 M€. En el año 2021 el importe total contratado en la atención extrahospitalaria fue casi el mismo que en el año 2022, y representó un 66,0% respecto al volumen total contratado.

31. Howell, M., Walker, R. C. (2019). Cost effectiveness of dialysis modalities: A systematic review of economic evaluations.

32. Klotz, N., Kottah, A. G., Cheungpasitporn, W. (2021). The cost-effectiveness of peritoneal dialysis is superior to hemodialysis: Updated evidence from a more precise model.

Gráfico 3. Actividad contratada por hemodiálisis y diálisis peritoneal en la atención a la insuficiencia renal. Ejercicios 2021 y 2022



Importes en euros.

Fuente: Elaboración propia.

El importe total contratado para la atención extrahospitalaria a la insuficiencia renal correspondiente al año 2022 por 91,41 M€ representó un incremento acumulado de un 17,6% respecto al inicio de vigencia de los contratos extrahospitalarios en el año 2014, que ascendió a 77,72 M€.

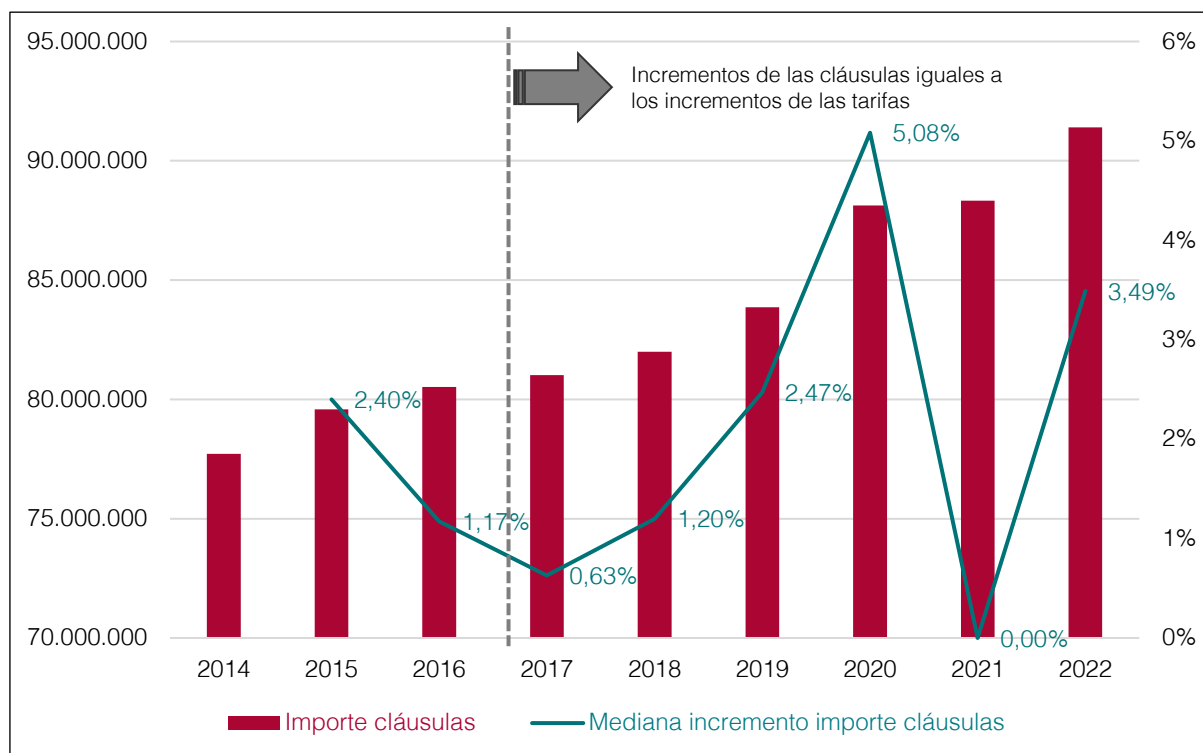
A partir del análisis del importe contratado en el período 2014-2022, se extrae que los incrementos de cláusulas desde el año 2017 corresponden exactamente a los incrementos de tarifas³³ anuales que acordó el CatSalut en cada uno de los años. Así pues, desde el año

33. Los contratos administrativos que el CatSalut adjudicó para la prestación de los servicios de hemodiálisis en el año 2014 prevén que, en caso de prórroga, las tarifas se podían actualizar en función de lo que se fijara mediante la orden correspondiente del Departamento de Salud. En el año 2022, el CatSalut aplicó la Orden SLT/77/2022, de 22 de abril, por la que se establecen para el año 2022 las tarifas máximas de los servicios de diálisis efectuados por los centros y establecimientos sanitarios de ámbito no hospitalario que contrate el Servicio Catalán de la Salud, que posteriormente fue derogada por la Orden SLT/269/2022, de 5 de diciembre, y

.../...

2017 hasta el año 2022, no ha variado el volumen de actividad contratada y, por lo tanto, no se ha formalizado ninguna modificación de contrato.

Gráfico 4. Importe contratado para la atención renal extrahospitalaria. Período 2014-2022

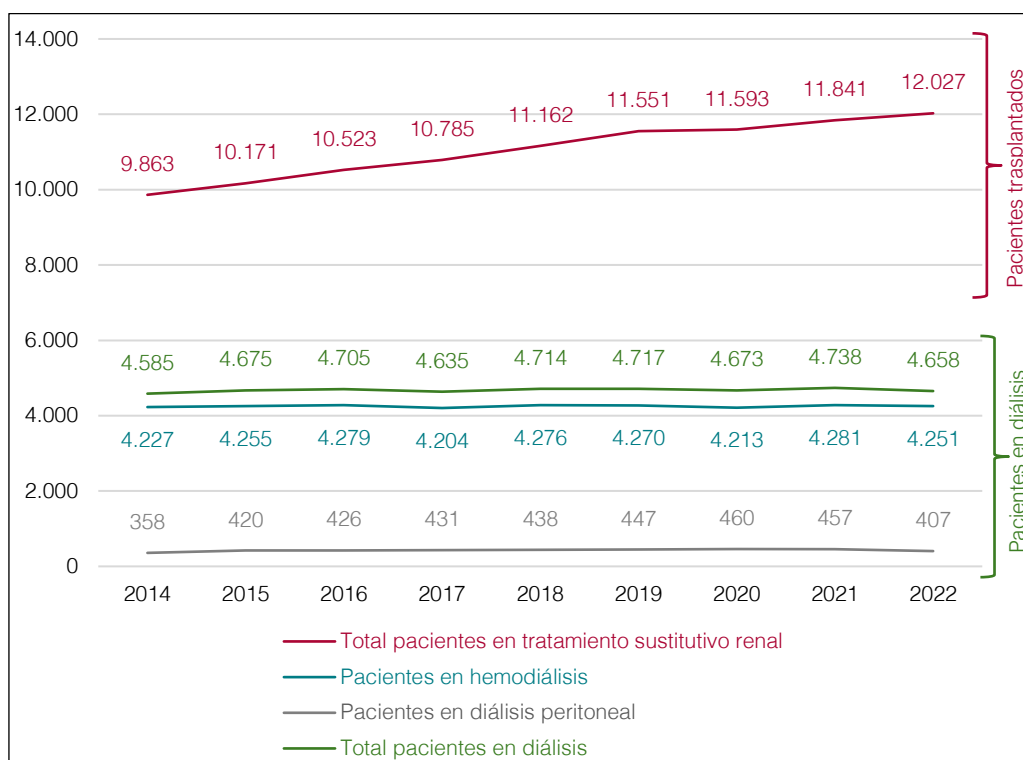


Fuente: Elaboración propia.

Por otra parte, el número de pacientes que necesitaron atención de hemodiálisis en el período 2014-2022, correspondiente a la vigencia de los contratos del ámbito extrahospitalario, tuvo un incremento acumulado del 0,57% y varió cada año, pero no tuvo impacto en el volumen de actividad contratada. Sin embargo, los mismos contratos prevén que los centros de diálisis facturen al CatSalut todas las sesiones realizadas aunque superen el importe total contratado.

El siguiente gráfico muestra las variaciones anuales del número de pacientes por tipo de tratamiento sustitutivo renal. Cabe destacar que el número de pacientes en tratamiento sustitutivo renal en el período 2014-2022 aumentó significativamente en un 21,94%, debido al incremento de los trasplantes renales. De acuerdo con el informe estadístico del Registro de enfermos renales de Cataluña del año 2022, la tasa de trasplantes renales de ese año fue de 121,8 trasplantes por millón de habitantes, la tasa más alta de todo el mundo.

modificaron, de nuevo, las tarifas máximas para el año 2022. Las órdenes retrotraían los efectos a 1 de enero de 2022.

Gráfico 5. Número de pacientes por tipo de tratamiento sustitutivo renal a 31 de diciembre. Período 2014-2022

Fuente: Elaboración propia a partir de los informes del Registro de enfermos renales en Cataluña del período 2014-2022.

El sistema de pago establecido en las cláusulas contempla que la entidad percibe mensualmente el importe correspondiente a las sesiones realizadas por el precio fijado y hasta un máximo de la duodécima parte del importe máximo de la cláusula. A finales del ejercicio se regulariza el exceso de facturación producido al 90% del precio fijado.

Asimismo, al final del período la región sanitaria emite un informe en relación con el grado de cumplimiento de los objetivos fijados en los pliegos y el CatSalut efectúa una regularización que puede detraer hasta un 5% del importe aceptado.

El número total de sesiones de diálisis facturadas en el año 2022 fue de 375.350, y la valoración anual de las cláusulas, de acuerdo con los informes de regularización, ascendió a 95,53 M€, importe que superó el importe máximo contratado en las cláusulas.

El CatSalut también contrató un programa específico con los contratistas de la atención extrahospitalaria para la compensación del sobrecoste que la adopción y el cumplimiento de los protocolos derivados de la pandemia de covid-19 generó en la prestación de la actividad asistencial. El porcentaje adicional en concepto de sobrecoste que recibieron los contratistas fue del 2,4%, que se aplicó sobre la tarifa del año por la actividad realizada.

El siguiente cuadro presenta las tarifas de cada uno de los centros de diálisis, el importe máximo de las cláusulas adicionales del año 2022, el número de sesiones facturadas y los importes de la liquidación del ejercicio.

Cuadro 8. Precios e importe máximo contratado para la atención extrahospitalaria, sesiones facturadas y valoración anual de las cláusulas. Ejercicio 2022

Unidad proveedora del servicio	Precio hemodiafiltración en línea	Precio hemodiálisis convencional	Número de sesiones facturadas	Importe máximo según las cláusulas	Valor anual de las cláusulas según los informes de regularización	Actividad valorada superior a la actividad contratada	Actividad valorada inferior a la actividad contratada	Desviación (%)
Diaverum Centro de Diálisis Rotellar / Nephros	258,40	227,21	37.755	9.188	9.628	440		4,79
Diaverum Centro de Diálisis Palau / Verge de Montserrat	258,40	227,21	27.771	9.101	7.145		(1.956)	(21,50)
Fresenius Glòries / Diagonal	258,40	227,21	27.226	7.089	7.016		(74)	(1,04)
Diaverum Centro de Diálisis Baix Llobregat	258,40	227,21	25.298	6.743	6.484		(259)	(3,83)
Diaverum Instituto Médico Badalona	258,40	227,21	20.790	6.434	5.333		(1.101)	(17,11)
Sistemes Renals, SA	258,40	227,21	23.351	5.844	5.911	66		1,13
Fresenius Reus	258,40	227,21	21.734	5.812	5.575		(237)	(4,08)
Fresenius L'Hospitalet de Llobregat (a)	258,40	227,21	29.320	5.738	7.248	1.511		26,33
Fresenius Granollers	258,40	227,21	21.135	4.970	5.336	366		7,36
Fresenius Tarragona (b)	258,40	227,21	27.488	4.862	6.854	1.992		40,96
Fresenius Rosselló	258,40	227,21	15.585	4.646	4.000		(646)	(13,91)
Fresenius Terrassa	258,40	227,21	20.046	4.602	5.076	474		10,30
Diaverum Centro de Diálisis Mataró	258,40	227,21	17.664	4.492	4.485		(7)	(0,15)
GESAT Diálisis H. de la Santa Creu Tortosa	257,94	227,03	19.273	3.973	4.763	790		19,89
Diaverum Instituto de Hemodiálisis Barcelona	258,40	227,21	18.575	3.902	4.705	803		20,58
Diaverum Centro de Diálisis Maresme	258,40	227,21	14.310	2.189	3.501	1.312		59,93
Braun centro en Martorell	233,96	219,84	11.029	1.821	2.474	653		35,87
Total			378.350	91.406	95.533	8.407	(4.280)	4,51

Importes en miles de euros, excepto los precios de hemodiafiltración y de hemodiálisis, que están en euros.

Fuente: Elaboración propia.

Notas:

(a) La Unidad proveedora de Fresenius Hospitalet incluye un centro en L'Hospitalet de Llobregat y otro en Sant Boi de Llobregat.

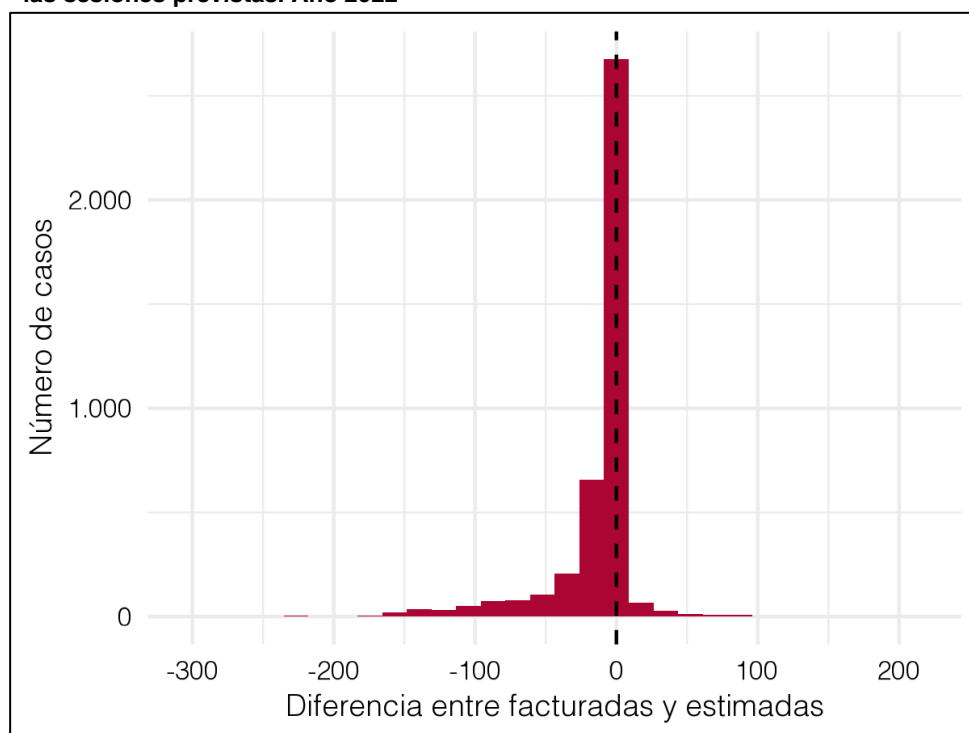
(b) La Unidad proveedora de Fresenius Tarragona incluye un centro en Tarragona y otro en El Vendrell.

Para valorar la razonabilidad de la facturación la Sindicatura ha comparado el número de sesiones facturadas con una estimación de las que serían esperables de acuerdo con la prescripción por parte de los centros hospitalarios, según el Registro de enfermos renales de Cataluña. Este Registro recoge los tratamientos que recibe cada paciente y el centro en el que los recibe y también el número de sesiones de diálisis semanales indicadas.³⁴

Partiendo de esta información se ha realizado una estimación del número de sesiones que corresponderían a cada paciente y centro en todo el período 2021-2022, y se ha comparado con el número de facturas emitidas.

Los resultados indican que el número de sesiones facturadas por los centros extrahospitalarios no es superior al esperado, teniendo en cuenta el volumen de pacientes y las sesiones prescritas por los centros hospitalarios. En el análisis por paciente se ha constatado que en la mayoría de los casos el número de sesiones facturadas en centros extrahospitalarios es o muy cercano o inferior al número de sesiones estimadas a partir del Registro de enfermos renales de Cataluña, tal y como muestra el siguiente gráfico:

Gráfico 6. Diferencia entre el número de sesiones facturadas y la estimación de las sesiones previstas. Año 2022



Fuente: Elaboración propia.

34. En algunos casos este campo se encuentra en blanco en el cuestionario. La Sindicatura ha considerado que la ausencia de información sería tratada como 3 sesiones semanales, ya que es la frecuencia más común.

Liquidación del presupuesto

Por lo que respecta al registro contable de la actividad de diálisis, el CatSalut presenta en las mismas partidas presupuestarias la actividad del ámbito hospitalario y extrahospitalario. La liquidación del presupuesto del CatSalut de las partidas presupuestarias de la atención a la insuficiencia renal del año 2022 se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro 9. Liquidación del presupuesto del CatSalut de las partidas presupuestarias de la atención a la insuficiencia renal. Ejercicio 2022

Posición presupuestaria	Descripción	Créditos iniciales	Presupuesto definitivo	Obligaciones reconocidas	Obligaciones pagadas	Grado de ejecución (%)
D/251000569/4121	Atención a la insuf. renal. Facturación 2020. Covid-19	-	-	2.142	2.142	
D/251000560/4121	Atención a la insuf. renal. Regularización 2020. Covid-19	-	-	1.899	1.899	
D/251000551/4121	Atención a la insuficiencia renal. Regularización 2021	-	-	17	17	
D/251000550/4121	Atención a la insuficiencia renal. Regularización 2020	-	-	280	280	
D/251000509/4121	Atención a la insuficiencia renal. Nov. y dic. 2021	-	-	13.359	13.359	
D/251000501/4121	Atención a la insuficiencia renal. Covid-19	-	-	1.846	1.846	
D/251000500/4121	Atención a la insuf. renal	117.326	117.326	118.822	116.619	
Total partidas presupuestarias por la atención a la insuficiencia renal		117.326	117.326	138.366	136.163	117,9
Otras partidas presupuestarias del concepto 251 y del programa 412		4.522.656	6.389.523	6.358.036	6.061.022	99,5
Total concepto 251 y programa 412		4.639.982	6.506.849	6.496.403	6.197.185	99,8

Importes en miles de euros.

Fuente: Elaboración propia a partir de la información de la liquidación del presupuesto.

El total de obligaciones reconocidas de la liquidación del presupuesto del ejercicio 2022 correspondiente a la actividad de diálisis contratada ascendió a 118,82 M€, y correspondía a 77,38 M€ en el ámbito extrahospitalario, y a 41,48 M€ en el ámbito hospitalario.

El total del gasto por atención extrahospitalaria correspondiente al ejercicio 2022 ascendió a 97,85 M€, de los cuales 79,18 M€ se reconocieron en el presupuesto del mismo ejercicio y 18,67 M€ en el presupuesto del ejercicio 2023.

Cuadro 10. Gasto para la atención extrahospitalaria en la insuficiencia renal. Ejercicio 2022

Cláusulas adicionales contratadas en el ámbito extrahospitalario	Obligaciones reconocidas 2022	Obligaciones reconocidas 2023	Total
Cláusulas de actividad de hemodiálisis ambulatoria (actividad ordinaria y regularizaciones)	77.337	18.196	95.533
Programa para la compensación del sobrecoste, con motivo de la pandemia del coronavirus SAR-CoV-2	1.846	474	2.320
Total	79.183	18.671	97.854

Importes en miles de euros.

Fuente: Elaboración propia.

El análisis de la actividad contratada en relación con las necesidades, y el análisis del gasto en relación con la actividad contratada de la atención a la insuficiencia renal, ha dado lugar a las siguientes observaciones:

- Los contratos administrativos de la actividad extrahospitalaria preveían que se formalizarían anualmente unas cláusulas adicionales al contrato, de acuerdo con el Decreto 66/2010,³⁵ de 25 de mayo, por el que se regula el establecimiento de los convenios y contratos de gestión de servicios asistenciales en el ámbito del Servicio Catalán de la Salud.

Las cláusulas de la actividad contratada de la atención extrahospitalaria correspondientes al año 2022 se formalizaron una vez finalizado el ejercicio, en marzo del año 2023, por un total de 91,41 M€ (véase el cuadro 10). La Sindicatura no tiene constancia de que las cláusulas del año 2022 estén firmadas.³⁶

El artículo 23³⁷ del Real decreto legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de contratos del sector público, establece que la prórroga no puede producirse por el consentimiento tácito de las partes.

35. El Decreto 66/2010, de 25 de mayo, por el que se regula el establecimiento de los convenios y contratos de gestión de servicios asistenciales en el ámbito del Servicio Catalán de la Salud, fue derogado por el Decreto 118/2014, de 5 de agosto, sobre la contratación y prestación de los servicios sanitarios con cargo al Servicio Catalán de la Salud, el cual entró en vigor el 1 de enero de 2015. La disposición final primera del Decreto 118/2014 establecía que las disposiciones de este Decreto eran aplicables a los contratos para la prestación de servicios sanitarios vigentes en la fecha de entrada en vigor del Decreto. En ese sentido, el artículo 16 del mismo Decreto preveía que la atención objeto del encargo de gestión debía ajustarse mediante la suscripción de cláusulas adicionales a los respectivos contratos y, por lo tanto, establecía la misma previsión que el anterior Decreto 66/2010 al que remiten los contratos administrativos de la actividad extrahospitalaria.

36. Texto modificado a raíz del punto 16 de las alegaciones recibidas.

37. La normativa de contratación vigente en el año 2022 era la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de contratos del sector público, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014. La Ley entró en vigor el 9 de marzo de 2018

.../...

Las prórrogas de los contratos y por la actividad correspondiente al año 2022 fueron formalizadas fuera de plazo y, además, provenían de contratos ya extinguidos previamente, por prórrogas extemporáneas ya desde el año 2015.

Los efectos de no haber formalizado las prórrogas de los contratos por la actividad correspondiente al ejercicio 2022, antes de la finalización de su vigencia o de la prórroga anterior, comporta la extinción de los contratos por inexistencia de prórroga formalizada en forma expresa antes de finalizar el plazo de duración de los contratos. Esta contravención del ordenamiento jurídico se ha equiparado al supuesto de nulidad de pleno derecho previsto en el artículo 47.1.e de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas.

Ante esto la vía procedente es la revisión de oficio, sin perjuicio de que se pueda optar también por la vía de la responsabilidad patrimonial. Si se quería realizar un reconocimiento extrajudicial del crédito era necesario esperar a haber adoptado la resolución correspondiente en el procedimiento de revisión de oficio.

De acuerdo con la doctrina de la Comisión Jurídica Asesora, lo que en estos casos debe abonarse para evitar el enriquecimiento injusto es el valor de la prestación efectuada y en ningún caso el beneficio industrial, el cual debe reconducirse, si procede, a la vía indemnizatoria de los daños y perjuicios originados por la parte culpable, que puede ser objeto del mismo procedimiento de revisión de oficio, por lo que no es necesario incoar 2 procedimientos distintos.

En este sentido, ni la disposición adicional undécima de la Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Cataluña, ni el Decreto 118/2014, de 5 de agosto, sobre la contratación y prestación de los servicios sanitarios con cargo al Servicio Catalán de la Salud, no habilitan al CatSalut para incumplir los preceptos de la normativa de contratación.³⁸

- El volumen de la actividad contratada para la atención de la diálisis extrahospitalaria durante la vigencia del contrato no ha variado desde el ejercicio 2017 hasta el 2022. Asimismo, el volumen de la actividad de hemodiálisis que asumió la atención extrahospitalaria era similar, al menos en los ejercicios 2021 y 2022.

y en la disposición transitoria primera preveía que los contratos administrativos adjudicados con anterioridad a la entrada en vigor de la Ley se regirían, en cuanto a sus efectos, cumplimiento y extinción, incluida su modificación, duración y régimen de prórrogas, por la normativa anterior, es decir, por el Real decreto legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de contratos del sector público.

38. Aclaración introducida a raíz del punto 16 de las alegaciones recibidas.

Sin embargo, el número de pacientes que necesitaron hemodiálisis en el período de vigencia del contrato –2014-2022– presentaba variaciones anuales. Por lo tanto, el importe contratado anualmente no se ha ajustado al número de pacientes que han necesitado hemodiálisis. Sin embargo, los contratistas han facturado toda la actividad realizada y han asumido el cobro del exceso de facturación respecto al importe contratado al 90% del precio fijado, tal y como prevén las cláusulas.

En 10 centros de diálisis, la actividad facturada ha superado la actividad contratada con un total de 8,41 M€, que corresponde al siguiente desglose por contratista: 4,34 M€ de Fresenius Medical Care Services Catalunya, SLU; 2,55 M€ de Diaverum Servicios Renales, SL; 653.160,32 € de B. Braun Avitum España, SA, y 66.065,21 € de Sistemes Renals, SA. En sentido contrario, en 7 centros de diálisis la actividad facturada ha sido inferior a la actividad contratada, por un total de 4,28 M€.

El artículo 16 del Decreto 118/2014, de 5 de agosto, sobre la contratación y prestación de los servicios sanitarios con cargo al Servicio Catalán de la Salud, establece que el encargo de gestión de los servicios asistenciales mediante contratos administrativos debe ajustarse, dentro de los parámetros generales establecidos previamente, a las necesidades asistenciales de la población, la accesibilidad a los servicios y la resolución esperada, mediante la suscripción de cláusulas adicionales a los respectivos contratos, en la periodicidad que reglamentariamente se establezca. En el caso de los contratos, la posibilidad de ajustar la atención contratada a las necesidades asistenciales de la población debe hacerse constar expresamente en los pliegos de cláusulas correspondientes.

Los contratos administrativos establecían que el órgano de contratación podía modificar los contratos de acuerdo con el artículo 219 del Real decreto legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de contratos del sector público, y de acuerdo con lo que se recoge en el pliego de cláusulas administrativas particulares.

Los pliegos preveían que a lo largo de la vigencia del contrato se podía aumentar o disminuir el importe de la contratación teniendo como límite el 50%, atendiendo a directrices de la planificación sanitaria o nuevas técnicas sanitarias y/o variaciones poblacionales, que justificaran la variación de la contratación.

Sin embargo, el CatSalut no ha formalizado las modificaciones de los contratos correspondientes a los 10 centros de diálisis, en los que la actividad facturada ha superado la actividad contratada por un total de 8,41 M€. Este hecho ha contravenido el artículo 219 del texto refundido de la Ley de contratos del sector público, que establece que las modificaciones de contratos deben modificarse de conformidad con lo dispuesto en el artículo 156 de esta norma.

En el caso del centro de diálisis de El Maresme, gestionado por Diaverum, la desviación de la facturación respecto al contrato ha sido de 1,31 M€, lo que representa un incremento del 59,9% respecto al importe contratado. La modificación máxima prevista en los pliegos era del 50% y, por lo tanto, existe una desviación del 9,9%, correspondiente a 217.364,71 €, que ha quedado excluida del contrato.

- Los datos de facturación del año 2022 mostraban que 2 unidades proveedoras prestaban el servicio también en una nueva ubicación que no estaba prevista en los contratos iniciales que el CatSalut formalizó con Fresenius en 2014.

Concretamente, la facturación del centro de diálisis de Tarragona también incluía los servicios que se prestaban en un centro en El Vendrell, y la facturación del centro de diálisis de L'Hospitalet de Llobregat también incluía los servicios que se prestaban en un centro a Sant Boi de Llobregat. La Sindicatura no tiene constancia de que el CatSalut haya formalizado ninguna modificación de contrato que recoja la ampliación de los centros donde se prestaba el objeto del contrato.

Por otra parte, la facturación de la unidad proveedora de Fresenius Barcelona correspondía a los servicios que se prestaban en el centro de diálisis de la calle Rosselló, en lugar de la calle Morales, tal y como constaba en el contrato inicial del año 2014. La Sindicatura no tiene constancia de que se haya formalizado ninguna modificación del contrato que recoja la sustitución de un centro por el otro.

De acuerdo con el artículo 219 del texto refundido de la Ley de contratos del sector público, las modificaciones de contrato deben formalizarse de conformidad con lo que dispone el artículo 156 de esta norma.

- La actividad valorada por el CatSalut correspondiente al ejercicio 2022, de 95,53 M€, era razonable de acuerdo con los albaranes de los proveedores de la actividad aceptada por el CatSalut, y también de acuerdo con las condiciones económicas previstas en los pliegos, considerando los criterios de marginalidad y las regularizaciones que correspondía aplicar según el nivel de cumplimiento de objetivos que evaluaron las regiones sanitarias. El gasto por la actividad facturada estaba correctamente registrado en la liquidación del presupuesto de los ejercicios 2022 y 2023.

Sin embargo, en cuanto a la determinación de la actividad aceptada, el CatSalut contrasta los datos de los asegurados sobre los que se factura y comprueba que no se registre más de una vez la misma sesión de diálisis en un mismo centro de diálisis, entre otros, pero no tiene implementado un circuito automatizado que valide la existencia del servicio prestado por los contratistas y, por lo tanto, que la integridad del número de sesiones que los proveedores facturan sea real (véase el apartado 5.4.2).

- El volumen de sesiones facturadas por la atención extrahospitalaria en el año 2022 es globalmente razonable a partir de la estimación realizada por la Sindicatura del número de sesiones esperables, de acuerdo con la prescripción por parte de los centros hospitalarios que consta en el Registro de enfermos renales de Cataluña.
- El total de la actividad contratada en el ejercicio 2022 para la atención a la insuficiencia renal, incluyendo el ámbito hospitalario y extrahospitalario, sin considerar el programa específico por el sobre coste de la covid-19, fue de 139,56 M€. Sin embargo, el presupuesto inicial y definitivo del capítulo 2 por diálisis fue inferior y ascendió a 117,32 M€ y, por lo tanto, el presupuesto estaba infradotado en 22,24 M€. En las dotaciones anuales del presupuesto se contabiliza, normalmente, el gasto de enero a octubre del ejercicio en curso, y el gasto de los meses de noviembre y diciembre se contabiliza en el ejercicio siguiente.

Los créditos presupuestarios iniciales para la atención a la insuficiencia renal, de 117,32 M€, fueron el resultado de aplicar un 3,21% sobre el presupuesto del año 2021. Este incremento es el que se aplicó sobre el conjunto de partidas de los conciertos sanitarios, pero no responde a un análisis de necesidades, a partir de la actividad contratada correspondiente al ejercicio 2022.

- El grado de ejecución de las partidas presupuestarias correspondientes a la insuficiencia renal fue del 117,9%. Las obligaciones reconocidas, de 138,37 M€, superaban los créditos definitivos, que ascendieron a 117,33 M€.

Sin embargo, dadas las vinculaciones presupuestarias previstas en la Ley 1/2021, de 29 de diciembre, de presupuestos de la Generalidad de Cataluña para 2022, que establecía que los créditos del concepto 251, Prestación de servicios con medios ajenos, tenían una vinculación por servicio, programa y concepto, los créditos definitivos del mencionado concepto 251 han sido suficientes para atender las obligaciones reconocidas de la atención a la insuficiencia renal.

5.3.2. ¿Qué resultados se han conseguido?

El CatSalut contaba con un total de 49 centros donde se atendió a 6.278 personas con enfermedad renal crónica en el año 2022 y 6.237 en el año 2021.

Cuadro 11. Casos a lo largo del año, nuevos casos durante el año y pacientes en tratamiento a 31 de diciembre. Años 2021 y 2022

Casos a lo largo del año	2021		2022	
	Personas	%	Personas	%
Diálisis peritoneal	725	11,62	681	10,85
Hemodiálisis	5.659	90,73	5.703	90,84
Total*	6.237	100,00	6.278	100,00

Nuevos casos durante el año	2021		2022	
	Personas	%	Personas	%
Diálisis peritoneal	203	14,81	179	14,03
Hemodiálisis	1.168	85,19	1.097	85,97
Total	1.371	100,00	1.276	100,00

Pacientes en tratamiento a 31 de diciembre	2021		2022	
	Personas	%	Personas	%
Diálisis peritoneal	457	9,66	406	8,72
Hemodiálisis	4.274	90,34	4.251	91,28
Total	4.731	100,00	4.657	100,00

Fuente: Elaboración propia a partir del Registro de enfermos renales de Cataluña.

* El total no coincide con la suma de las personas según el tratamiento, puesto que hay pacientes que recibieron los 2 tratamientos durante el año.

La mayoría de los pacientes que realizan un tratamiento sustitutivo renal lo hacen por indicación de un Servicio de Nefrología (70,05%), seguidos de los que lo hacen por indicación de una Unidad de Asistencia Nefrológica (25,20%) y algunos registros (4,63%) indican un centro de diálisis como prescriptor de tratamiento, lo que probablemente se deba a un error en el registro de los datos. En cuanto al sitio donde se realiza el tratamiento, cerca de la mitad de los usuarios han utilizado los Centros de Diálisis, pero los Servicios de Nefrología y las Unidades de Asistencia Nefrológica ofrecen servicio a una buena proporción de usuarios, el 26,18% y el 18,98%, respectivamente.

Cuadro 12. Centro que indicó el tratamiento de los pacientes atendidos y centros que realizaron el tratamiento a lo largo de los años 2021 y 2022

Centro que indica el tratamiento	2021		2022	
	Personas	Porcentaje	Personas	Porcentaje
Servicio de Nefrología	4.319	69,25	4.398	70,05
Unidad de Asistencia Nefrológica	1.616	25,91	1.582	25,20
Centro de diálisis hospitalario	246	3,94	252	4,01
Centro de diálisis	48	0,77	39	0,62
Sin datos	8	0,13	7	0,11
Totales	6.237	100,00	6.278	100,0

Centro que realiza el tratamiento	2021		2022	
	Personas	Porcentaje	Personas	Porcentaje
Centro de diálisis	3.406	49,56	3.295	48,32
Centros hospitalarios*	3.454	50,25	3.514	51,53
Servicio de Nefrología	1.796		1.822	
Unidad de Asistencia Nefrológica	1.289		1.321	
Centro de diálisis hospitalario	499		511	
Sin datos	13	0,19	10	0,14
Totales*	7.873	100,00	6.819	100,00

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Registro de enfermos renales de Cataluña.

Nota: Los centros que se incluyen en cada categoría de nivel asistencial son los mismos tanto si el centro indica como si realiza el tratamiento, excepto en el caso del centro GESAT, que está incluido en la categoría de Unidad de Asistencia Nefrológica, como centro que indica el tratamiento, y en la categoría de Centro de Diálisis, como centro que realiza el tratamiento.

* Los totales de las personas según el centro que realiza el tratamiento no coinciden con la suma de las personas según el centro que indica el tratamiento, dado que hay pacientes que han realizado el tratamiento de diálisis en 2 o más centros durante el año.

Elección del tratamiento

Los protocolos del CatSalut establecen que el paciente, con la colaboración del médico, debería poder escoger el tratamiento. En el marco de la iniciativa Decisiones compartidas, el CatSalut, en colaboración con la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña (AQUAS, por la sigla en catalán) y la Sociedad Catalana de Nefrología, publicó en el año 2021 una guía para favorecer esta toma de decisiones compartida, en la cual presentaba las diversas alternativas y sopesaba los posibles pros y contras.

De acuerdo con el documento *Consens interdisciplinari sobre l'abordatge de la persona amb malaltia renal crònica avançada* ('Consenso interdisciplinario sobre el abordaje de la persona con enfermedad renal crónica avanzada'), editado por el Departamento de Salud en el año 2023, la preparación del paciente requiere un proceso educativo sobre la

enfermedad renal y las opciones terapéuticas, y debe tener lugar entre 6 y 12 meses antes de la previsión de requerir tratamiento sustitutivo renal. También, las guías *Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO)*, de referencia en este ámbito, recomiendan iniciar este proceso cuando la persona se encuentra en el estadio 4 de la enfermedad.

En la práctica, en el año 2022, el 14,03% de los nuevos pacientes optaron por la diálisis peritoneal y un 85,97% por la hemodiálisis. Entre los pacientes que inician el tratamiento de hemodiálisis, aquellos que optan por el tratamiento domiciliario son muy minoritarios: 13 pacientes en 2021 y 6 en 2022. Conjuntamente, los tratamientos domiciliarios, diálisis peritoneal y hemodiálisis domiciliaria, representan el 14,50% de los nuevos pacientes y el 9,86% de los pacientes a 31 de diciembre de 2022.

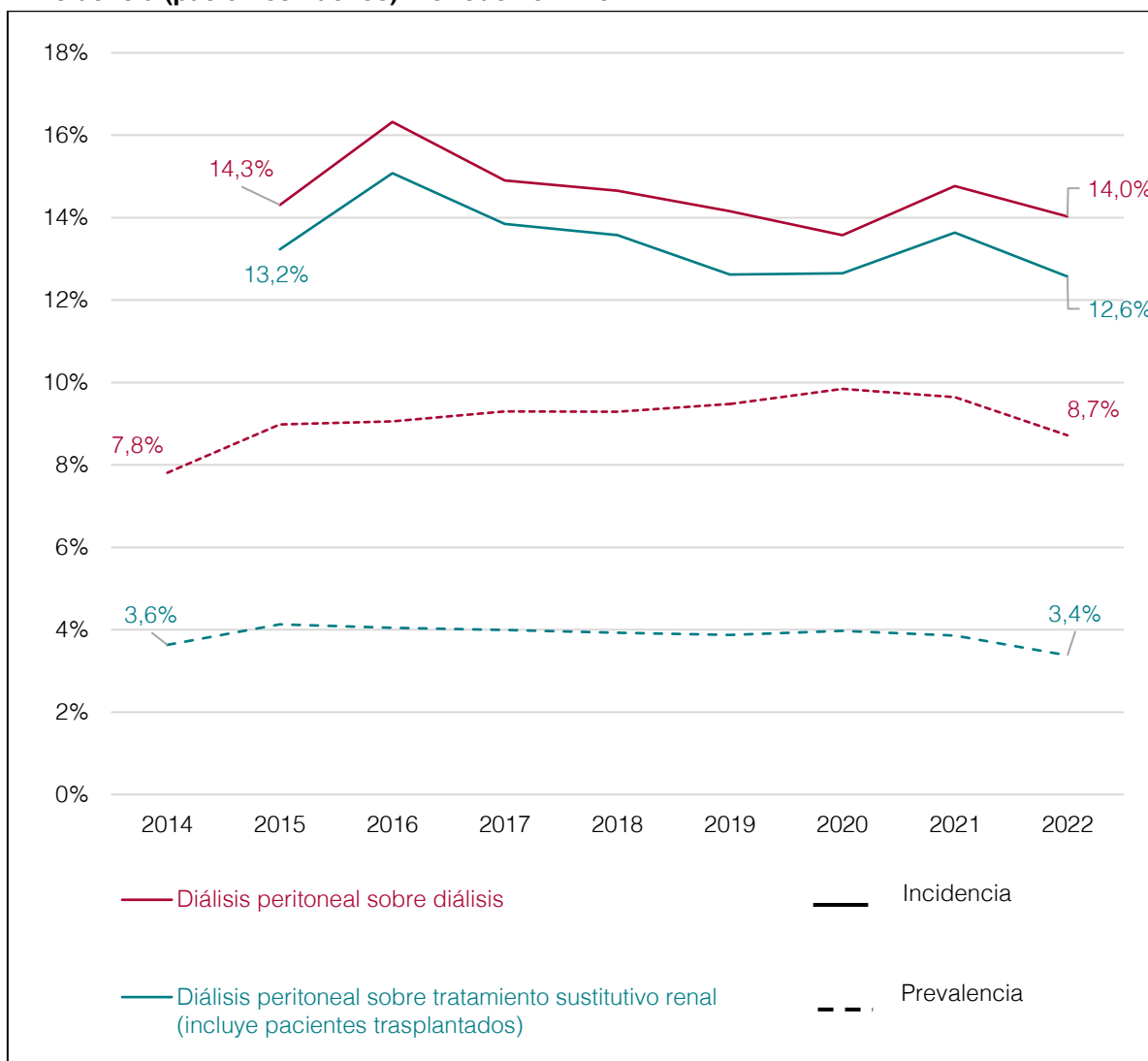
Cuadro 13. Distribución de los pacientes entre diálisis peritoneal y hemodiálisis. Año 2022

Técnica	Nuevos casos en 2022		Casos a 31.12.2022	
	Pacientes	Porcentaje	Pacientes	Porcentaje
Diálisis peritoneal	179	14,03	406	8,72
Hemodiálisis	1.097	85,97	4.251	91,28
Domiciliaria	6	0,47	53	1,14
No domiciliaria	1.091	85,50	4.198	90,14
Total	1.276		4.657	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Registro de enfermos renales de Cataluña.

El porcentaje de pacientes que optaron por la diálisis peritoneal a lo largo del período de vigencia de los contratos adjudicados en 2014 se presenta en el siguiente gráfico. En el caso de la prevalencia se presenta el porcentaje teniendo en cuenta a los pacientes trasplantados (línea verde discontinua), y en el caso de la incidencia (línea grana discontinua) se tienen en cuenta los pacientes con trasplante renal anticipado.

Gráfico 7. Porcentaje de pacientes con tratamiento de diálisis peritoneal. Prevalencia e incidencia (pacientes nuevos). Período 2014-2022



Fuente: Elaboración propia a partir de los informes anuales del Registro de enfermos renales de Cataluña.

Las técnicas domiciliarias hace años que han sido promovidas y recomendadas por distintos organismos. En el año 2002, en el Reino Unido, el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) hizo la recomendación de promover la diálisis domiciliaria, defendiéndola como una alternativa coste-efectiva en relación con el tratamiento hospitalario y estimando que cerca del 30% de los pacientes serían elegibles para el tratamiento domiciliario.³⁹ El Plan estratégico de ordenación de la atención al paciente nefrológico aprobado en el año 2008 decía que la diálisis peritoneal confiere mayor autonomía al paciente y, por lo tanto,

39. NICE (2010). *Improving Choice: Home Therapies*.

probablemente mayor calidad de vida, y constataba que la proporción de pacientes en diálisis peritoneal estaba entonces en uno de los valores más bajos de Europa.

Según diferentes fuentes recogidas en un informe de la Sociedad Francófona de Nefrología publicado en el año 2019,⁴⁰ la diálisis peritoneal representaba el 33% de los casos de diálisis en Nueva Zelanda, el 21% en Australia, el 22% en Suecia, el 18% en los Países Bajos, el 19% en Canadá, el 14,2% en el Reino Unido, el 10% en Italia, el 9% en Australia, el 9% en Portugal y el 5% en Alemania.

En cuanto a la variación territorial dentro de Cataluña, el porcentaje de pacientes que en 2022 realizaba la diálisis peritoneal presenta una variación importante entre regiones sanitarias. Un estudio sobre la variación del tratamiento en Cataluña⁴¹ con la participación de investigadores de la AQUAS y la Organización Catalana de Trasplantes, entre otras instituciones, concluía que entre los años 2002 y 2012 había una variabilidad significativa entre áreas geográficas en la indicación de diálisis peritoneal. El estudio, además, indicaba que la diálisis peritoneal seguía siendo infrautilizada considerando las recomendaciones internacionales y proponía incrementar su prescripción.

Para captar la variación territorial, la Sindicatura ha asignado a cada paciente del Registro de enfermos renales de Cataluña la región sanitaria a partir de su código postal de residencia. Los resultados muestran que el porcentaje de diálisis peritoneal más elevado es el de la Región Sanitaria de Girona y el más bajo el de Terres de l'Ebre.

40. Société Francophone de Néphrologie, Dialyse et Transplantation (2019). *Maladie Rénale Chronique 2022. 10 propositions pour développer la dialyse à domicile*.

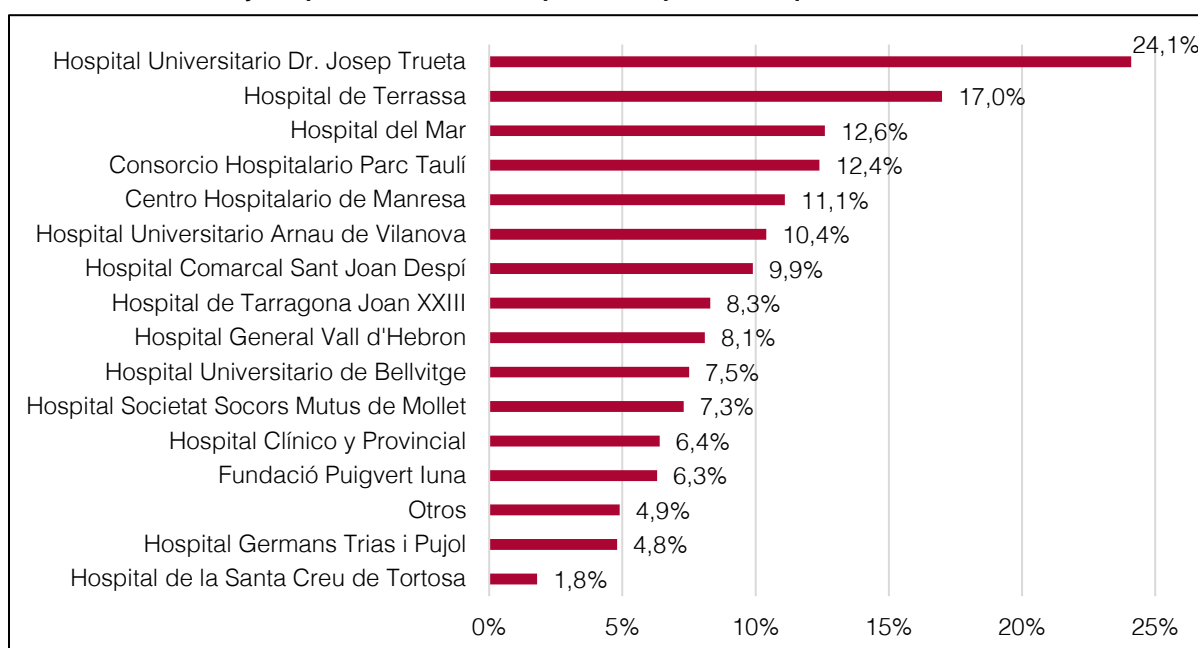
41. Tebé Cordoní, C., Arcos, E., Comas, J., Espallargues, M., Pons J. M. V., Díaz J. M., et al. *Atlas de variaciones sistemáticas en el tratamiento sustitutivo renal en Cataluña (2002–2012)*. Nefrología. 2017;37:164–171.

Cuadro 14. Porcentaje de pacientes que utilizaban la diálisis peritoneal respecto al total de pacientes en diálisis a 31 de diciembre de 2022

Región territorial	Porcentaje
Girona	13,60
Alt Pirineu i Aran	11,43
Catalunya Central	10,41
Barcelona Metropolitana Nord	8,73
Lleida	8,52
Barcelona ciudad	7,97
Camp de Tarragona	7,95
Barcelona Metropolitana Sur	7,53
Penedès	5,84
Terres de l'Ebre	4,32
Total	8,72

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Registro de enfermos renales de Cataluña.

Esta variación es más marcada todavía si se comparan los pacientes según el centro que les ha indicado el tratamiento. Entre los atendidos en el Hospital Universitario Doctor Josep Trueta de Girona es donde existe un mayor porcentaje de pacientes que realizan diálisis peritoneal (24,1%), mientras que en el Hospital de la Santa Creu de Tortosa solo la realizan casos muy aislados.

Gráfico 8. Porcentaje de pacientes en diálisis peritoneal por centro que indica el tratamiento. Año 2022

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Registro de enfermos renales de Cataluña.

Nota: La categoría Otros incluye los centros con menos casos.

El avance de las terapias domiciliarias y, en concreto, de la diálisis peritoneal se encuentra con ciertas barreras. Una revisión sobre el coste-efectividad de la diálisis peritoneal⁴² identifica diferentes causas de su infrautilización, entre las que destaca la falta de conciencia de la existencia de la peritoneal en los enfermos renales, la falta de derivación oportuna, algunas características clínicas y socioeconómicas de los pacientes e incentivos económicos que favorecerían la hemodiálisis y pueden desincentivar a los nefrólogos a prescribir la peritoneal.

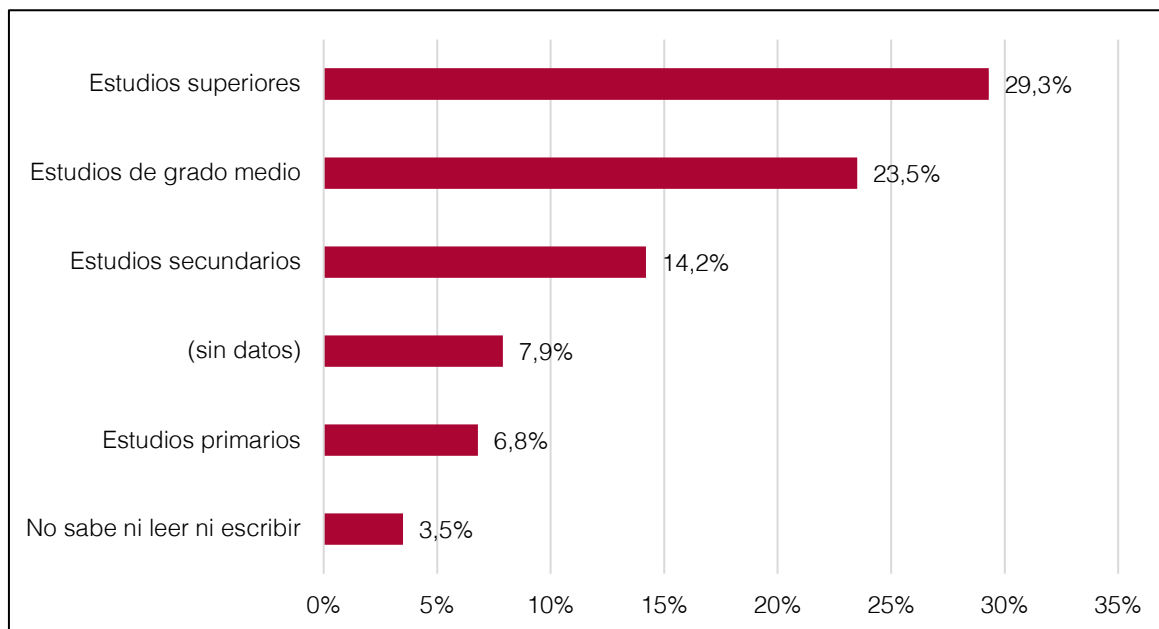
Las entrevistas mantenidas por la Sindicatura con las partes interesadas han puesto de manifiesto las posibles causas del bajo porcentaje de técnicas domiciliarias y de las variaciones entre centros. En primer lugar, de acuerdo con los informantes consultados, el paciente que opta por tratamientos domiciliarios suele presentar también mejores condiciones de elegibilidad para el trasplante. A causa del elevado número de trasplantes que se realizan en Cataluña, el tiempo medio en diálisis del paciente que recibe técnicas domiciliarias es inferior al del resto. En el año 2022 el 14,03% de los pacientes que iniciaban diálisis optaban por la diálisis peritoneal (incidencia), mientras que a 31 de diciembre los pacientes que realizaban diálisis peritoneal (prevalencia) representaban el 8,72% de los pacientes que hacían diálisis. En segundo lugar, cabe destacar la idea de que el sistema de pago no refleja adecuadamente los costes de los distintos tratamientos (véase el apartado 5.2.3), lo que puede representar un desincentivo. En tercer lugar, aparece recurrentemente por parte de los profesionales y asociaciones de pacientes la idea de que la predisposición del centro, equipo médico y/o profesional frente a los tratamientos domiciliarios es clave. En cuarto lugar, las asociaciones de pacientes destacan el impacto psicológico que tiene la enfermedad, uno de los informantes explica que la llegada del tratamiento sustitutivo renal es un momento delicado que comporta un duelo para el paciente, y que en esta situación es difícil tomar decisiones y es fácil que se acabe optando por la opción que dé mayor seguridad o sea presentada como opción por defecto.

Los datos del Registro de enfermos renales de Cataluña muestran un claro componente socioeconómico en el acceso a los tratamientos domiciliarios. A 31 de diciembre de 2022 el 29,30% de los pacientes en diálisis con estudios universitarios realizaban un tratamiento domiciliario (diálisis peritoneal o hemodiálisis domiciliaria), mientras que para las personas con solo estudios primarios el porcentaje era del 6,80%. De forma menos clara también hay una relación negativa con la edad y con la estructura familiar. Los datos muestran un mayor porcentaje de acceso a la diálisis peritoneal por parte de las personas que viven en pareja (13,3%) respecto a las que viven acompañadas (7,1%), con soporte externo (8,5%) o solas (8,6%). No se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres. Hay que tener en cuenta que las máquinas de diálisis necesitan un suministro de agua tratada y electricidad,

42. Klomjit, N., Kattah, A. G., Cheungpasitporn, W. The Coste-effectiveness of Peritoneal Dialysis Is Superior to Hemodialysis: Updated Evidence From a More Precise Model. *Kidney Med.* 2020 Dec 30;3 (1):15-17.

si bien en el caso de la diálisis peritoneal existe una ayuda para los suministros (véase el apartado 5.1.2), que podrían suponer una barrera de entrada.

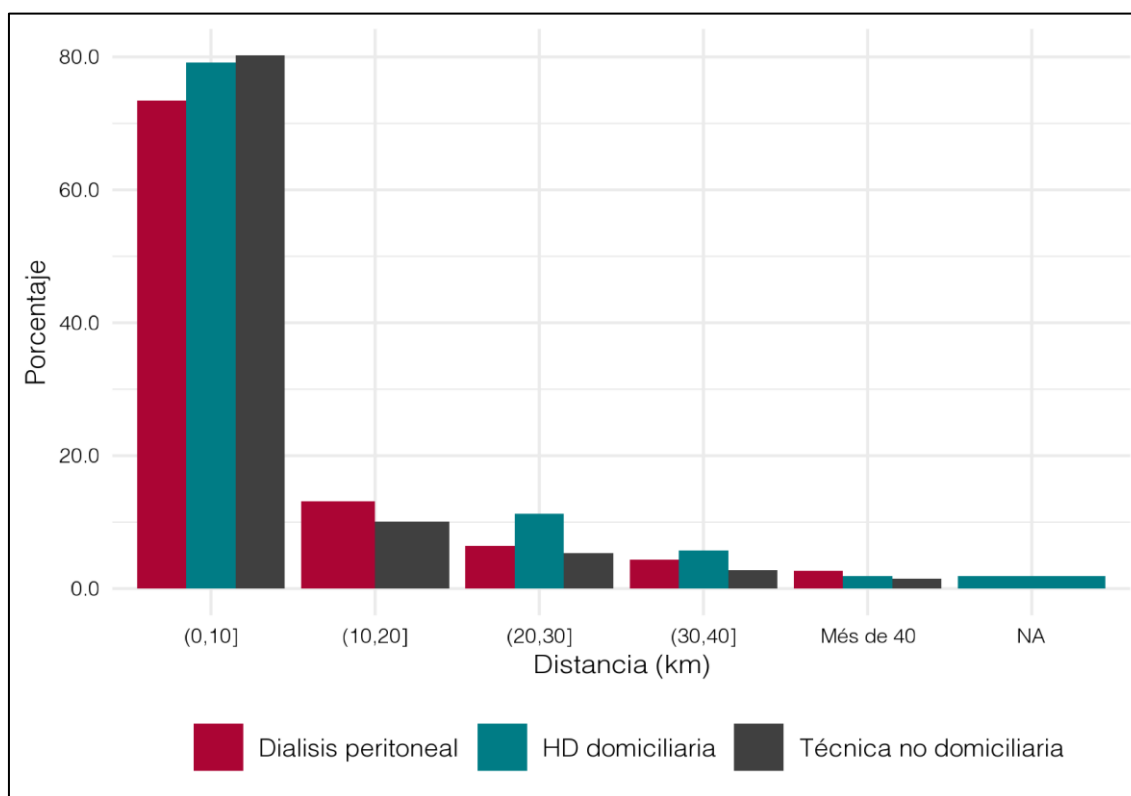
Gráfico 9. Porcentaje de pacientes en tratamiento domiciliario según el nivel de estudios del paciente. Año 2022



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Registro de enfermos renales de Cataluña.

Otra de las hipótesis de la variabilidad del tratamiento es que la elección de los tratamientos domiciliarios podría estar asociada a la distancia del paciente respecto a los centros donde se realiza la hemodiálisis. Por eso, la Sindicatura ha comparado la distancia estimada de los pacientes que a 31 de diciembre de 2022 estaban realizando diferentes tratamientos respecto al centro de hemodiálisis más cercano.

Se observa que si la distancia media estimada por los pacientes de diálisis peritoneal respecto al centro más cercano es de 7,91 km, para los de hemodiálisis domiciliaria es de 7,88 km y para los de hemodiálisis no domiciliaria es de 5,91 km. La diferencia entre las técnicas domiciliarias y la no domiciliaria es estadísticamente significativa.

Gráfico 10. Porcentaje de pacientes según la distancia al centro de diálisis más cercano y el tipo de tratamiento

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Registro de enfermos renales de Cataluña.

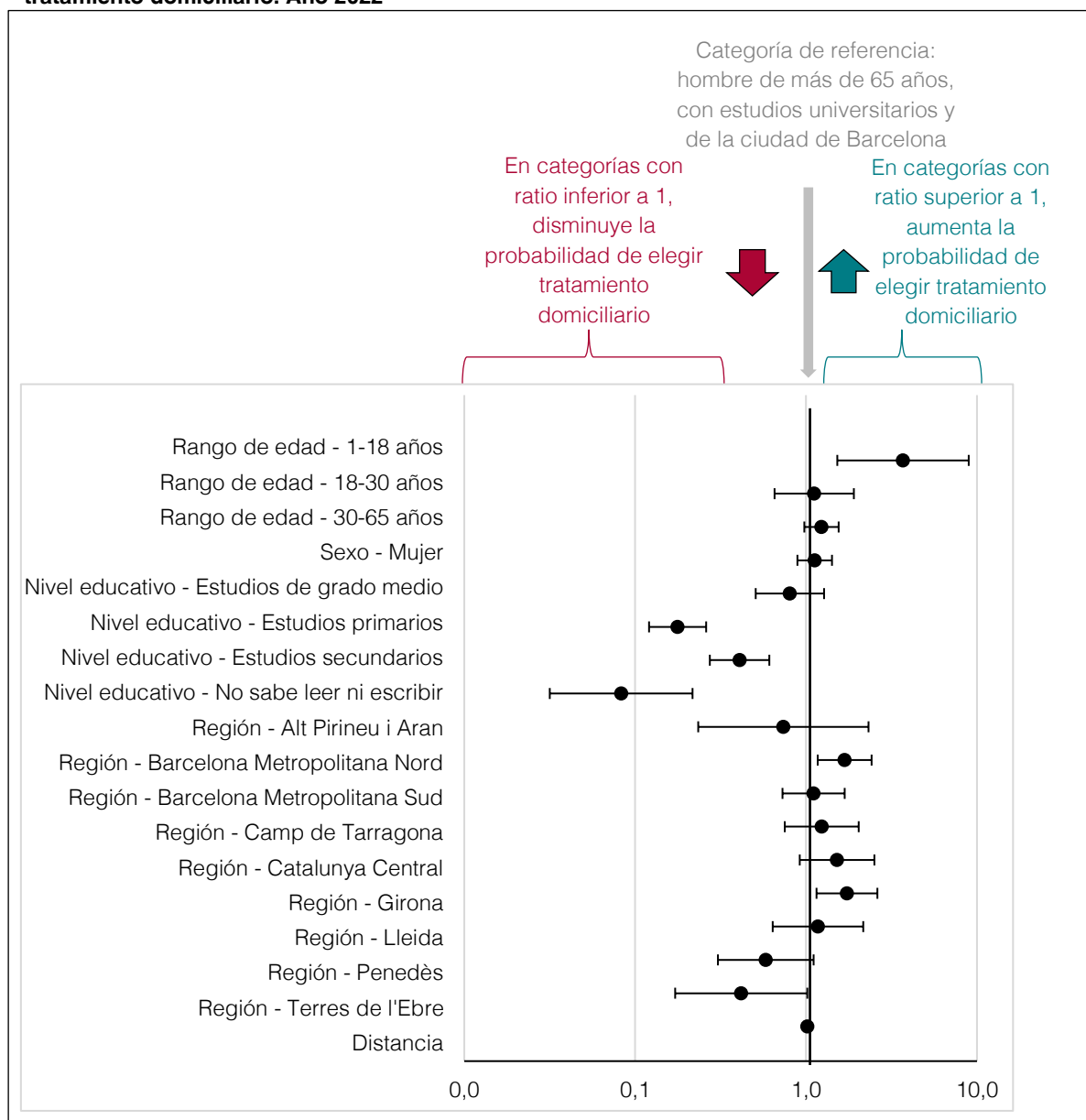
En los resultados de la fiscalización que constan en este apartado, se pone de relieve la relación entre la elección de los tratamientos domiciliarios y la distribución territorial de los pacientes, los centros que indican el tratamiento y el nivel de estudios del paciente. Para analizar el grado de influencia que representan cada una de estas variables sobre la elección del tratamiento domiciliario, la Sindicatura ha realizado un análisis estadístico⁴³ incluyendo las principales variables mencionadas (el rango de edad de la persona, el nivel de estudios, el sexo, la región sanitaria y la distancia del centro).

Los valores del gráfico siguiente representan la variación en el comportamiento de cada una de las categorías analizadas en la elección del tratamiento domiciliario, como tener estudios primarios respecto a la categoría de referencia, la cual corresponde a ser hombre de más de 65 años, con estudios universitarios y de la región sanitaria de la ciudad de Barcelona, situada en el valor 1 del gráfico. Estos resultados permiten concluir que por sí solos la región

43. La Sindicatura ha utilizado para este análisis la técnica estadística de la regresión logística. Esta técnica es un tipo de análisis de clasificación que permite prever el resultado de una variable categórica (por ejemplo, la elección del tratamiento domiciliario) en función de las variables independientes o predictoras (por ejemplo, tener estudios primarios).

sanitaria y, sobre todo, el nivel educativo del paciente, tienen una fuerte influencia sobre el acceso al tratamiento domiciliario.

Gráfico 11. Influencia de las distintas variables respecto a la categoría de referencia en la elección del tratamiento domiciliario. Año 2022



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Registro de enfermos renales de Cataluña.

Nota: El gráfico muestra los ratios de probabilidad y los intervalos de confianza del 95% de las distintas categorías analizadas. Los intervalos de confianza del 95% muestran el rango en el que está la verdadera ratio con un 95% de probabilidad. Si ese intervalo no incluye el valor 1, la categoría tiene un efecto estadísticamente significativo.

Los diversos profesionales consultados, incluso la Sociedad Catalana de Nefrología y las asociaciones de pacientes, han coincidido en apuntar la pertinencia de promocionar los tratamientos domiciliarios y aumentar su uso.

Asimismo, el Plan de mejora en la atención a la persona con enfermedad renal crónica establece como elemento de mejora el aumento del tratamiento sustitutivo renal a domicilio en todos los territorios, a partir de diversas acciones.

Accesos vasculares

La hemodiálisis requiere un acceso vascular, que puede ser un injerto, un catéter percutáneo, un catéter tunelizado o una fístula arteriovenosa interna.

El acceso vascular mediante una fístula es el acceso preferible, porque la posibilidad de infecciones es menor, genera menos ingresos hospitalarios y procedimientos, y está asociado a una mayor supervivencia, si bien existen factores que pueden dificultar su implantación. En el caso de la fístula hay que esperar un período de tiempo para que se pueda utilizar y, por lo tanto, no sirve para inicios urgentes, mientras que el catéter se puede utilizar de forma inmediata y no es necesario un período de espera.

En el ejercicio 2022 el porcentaje de enfermos que iniciaron la hemodiálisis con una fístula fue del 31,1%. Este porcentaje ha ido disminuyendo año tras año: en el año 2014, cuando se hizo la contratación del servicio extrahospitalario, era del 41,1%, y del 50,8% en el año 2008, cuando se publicó el Plan estratégico de ordenación de la atención al paciente nefrológico, que ya establecía como una prioridad la necesidad de mejorar la accesibilidad al acceso vascular programado (fístula arteriovenosa interna) de casos incidentes.

Cuadro 15. Primer acceso vascular de los pacientes que iniciaron tratamiento sustitutivo renal haciendo hemodiálisis. Años 2021 y 2022

Tipo de acceso vascular	2021		2022	
	Personas	Porcentaje	Personas	Porcentaje
Catéter percutáneo	175	18,60	151	19,89
Catéter tunelizado	433	46,01	365	48,09
Injerto	7	0,74	7	0,92
Fístula arteriovenosa interna	326	34,64	236	31,09
Casos sin información	227		338	
Total	1.168	100,00	1.097	100,00

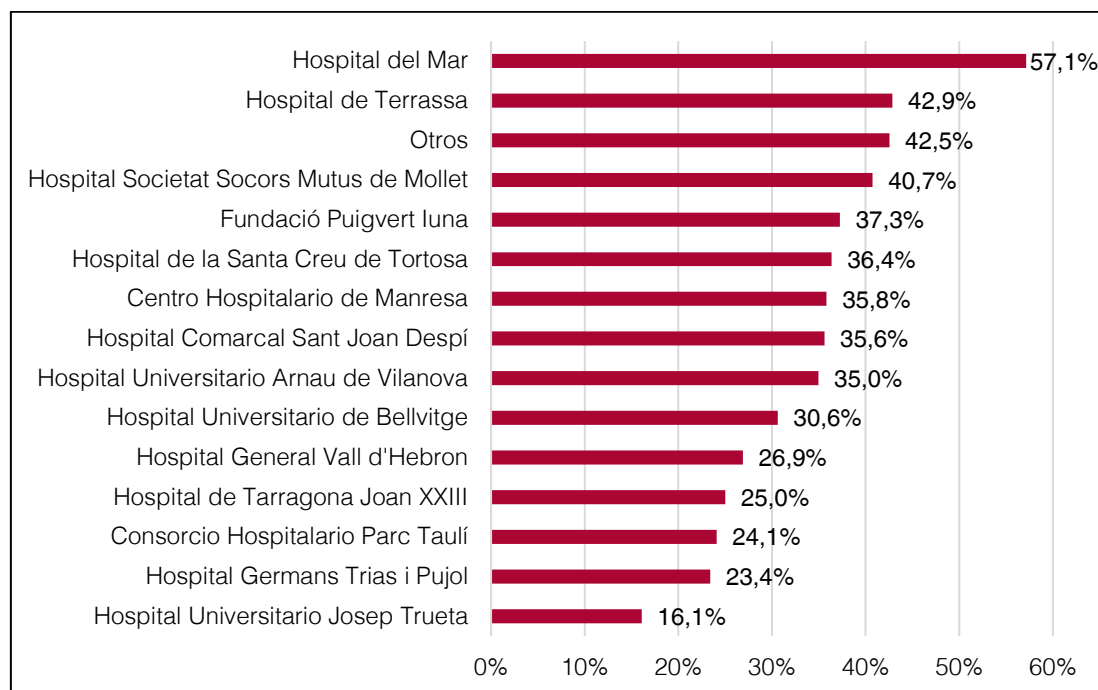
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Registro de enfermos renales de Cataluña.

Entre las múltiples causas del bajo porcentaje de uso de la fístula se encuentra el envejecimiento poblacional y la entrada en diálisis de pacientes con más comorbilidades, así como el elevado número de trasplantes que se realizan en Cataluña. Un artículo publicado en el año 2023⁴⁴ analiza los datos del Registro de enfermos renales de Cataluña en un período de 20 años (1997-2017) y muestra una relación inversa entre el uso de la fístula y el número de trasplantes. Los autores del artículo hacen también una comparación internacional, que evidencia una relación inversa entre el porcentaje de pacientes trasplantados y el porcentaje prevalente de pacientes dializados mediante fístula. También ponen de manifiesto que los pacientes incidentes que inician hemodiálisis con fístula tienen una mayor probabilidad de recibir un trasplante que los que se inician con catéter.⁴⁵

De nuevo los resultados muestran que existe una variación importante según el centro que indica el tratamiento. En el siguiente gráfico se observa el porcentaje de pacientes que iniciaron tratamiento sustitutivo renal mediante hemodiálisis en los años 2021 y 2022, y que lo hicieron con fístula. Se presentan solo los 14 hospitales con más pacientes; el resto se han agrupado bajo la categoría de Otros. El Hospital del Mar es el que presenta un porcentaje más elevado de inicio con fístula respecto al número de pacientes haciendo hemodiálisis en el centro, seguido del Hospital de Terrassa y el Hospital Sociedad de Socorros Mutuos de Mollet. Entre las causas que podrían explicar esta variación, de acuerdo con los informantes consultados, se identifica la buena implicación de los cirujanos vasculares. Por otra parte, tener un elevado porcentaje de pacientes haciendo diálisis peritoneal actuaría en el sentido contrario (al igual que como se ha apuntado en el caso del elevado número de trasplantes). Hay que tener en cuenta que la diálisis peritoneal no requiere acceso vascular.

44. Roca-Tey, R., Comas, J., Tort, J. *Effect of kidney transplantation activity donde arteriovenous fistula use in prevalent haemodialysis patients: A registry-based study*. J Vasc Access. 2023 Nov; 24(6):1381-1389.

45. Texto modificado a raíz del punto 24 de las alegaciones recibidas.

Gráfico 12. Primer acceso vascular de los pacientes que iniciaron tratamiento sustitutivo renal haciendo hemodiálisis. Años 2021 y 2022

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Registro de enfermos renales de Cataluña.

Sobre las posibles causas del bajo porcentaje de pacientes con fístula, los informantes consultados, tanto pacientes como profesionales, apuntan a que algunos pacientes llegan de forma sobrevenida al tratamiento sustitutivo renal, ya sea por un progreso rápido de la enfermedad o por una anticipación insuficiente por parte de los sistemas de salud. El proceso educativo previo al tratamiento, al que se ha hecho referencia en el subapartado anterior en relación con el acceso a los tratamientos domiciliarios, es también importante para la preparación del acceso vascular en caso de optar por la hemodiálisis. El hospital es quien se encarga de realizar la fístula, cuya implantación tiene una lista de espera y posteriormente necesita un tiempo de maduración (entre 1 y 2 meses). El coste de implantar la fístula, su mantenimiento y el material necesario para los cuidados está incluido en el contrato con los centros extrahospitalarios. En 2022, la tarifa de la intervención del acceso vascular que los centros hospitalarios facturaron a los centros de diálisis fue de 568,49 €, de acuerdo con la Orden SLT/275/2022, de 15 de diciembre, por la que se determinan para el año 2022 los precios unitarios para la contraprestación de la atención hospitalaria y especializada. Si los centros extrahospitalarios superan un determinado porcentaje de pacientes sin fístula, el CatSalut les aplica una penalización (véase el apartado 5.4.1).

Es habitual el caso de pacientes que inician la hemodiálisis con un acceso de catéter y más adelante se les aplica la fístula; en este sentido los informes anuales del Registro de enfermos renales de Cataluña vienen mostrando diferencias entre el acceso incidente, aquel con

el que los pacientes inician la hemodiálisis, y el prevalente, aquel que tienen en un momento determinado. A 31 de diciembre de 2021 el acceso prevalente de fístula era del 53,4%.

La siguiente tabla muestra el número de pacientes en lista de espera para la aplicación de la fístula por centros, que no parece tener relación con el porcentaje de fístulas mostrado en la tabla anterior.

Cuadro 16. Tiempo medio de espera para intervención quirúrgica. Años 2021 y 2022

Centro hospitalario	2021	2022
Hospital Universitario Arnau de Vilanova	49	185
Hospital de Tarragona Joan XXIII	148	131
Hospital Universitario Doctor Josep Trueta	74	121
Hospital Universitario General Vall d'Hebron	105	95
Hospital Universitario Germans Trias i Pujol	72	57
Hospital del Mar	129	49
Hospital Universitario de Bellvitge	41	41
Hospital de Terrassa	14	14

Cifras en días.

Fuente: Listas de espera de fístulas arteriovenosas.

Cabe destacar que la fístula es más común en hombres que en mujeres, tanto en lo que se refiere a la incidencia (para el conjunto de 2021 y 2022: el 34,8% de los hombres y el 29,6% de las mujeres) como en relación con la prevalencia (en 2021, de acuerdo con el informe del Registro de enfermos renales de Cataluña, el 57,8% de los hombres y el 45,4% de las mujeres). Las asociaciones de pacientes destacan que más allá del riesgo clínico el catéter, al ser visible, tiene una connotación psicológica negativa para el paciente.

5.3.3. ¿En qué medida los recursos humanos y tecnológicos son suficientes y equitativos, y su relación con los servicios prestados es eficiente?

A partir de una petición de la Sindicatura, el CatSalut solicitó a los contratistas del servicio extrahospitalario información relativa a los recursos humanos y tecnológicos de los que disponían para prestar el servicio.

Concretamente, los contratistas remitieron información correspondiente al año 2022 sobre el número de profesionales, el convenio de aplicación, las retribuciones anuales brutas, los monitores de diálisis disponibles y los turnos ofrecidos, para cada uno de los centros de diálisis.

La Sindicatura ha agregado y homogeneizado la información recibida y la ha relacionado con los datos de facturación de los contratistas del mismo año.⁴⁶ Estos datos han permitido que la Sindicatura elaborara ratios para calcular la suficiencia, la equidad y la eficiencia de los recursos disponibles.

5.3.3.1. Dotación de recursos humanos

El Decreto 92/2009, de 9 de junio, establece los requisitos tecnicosanitarios para la autorización sanitaria de los centros y unidades de diálisis equipados con monitores de hemodiálisis, y determina el personal sanitario mínimo que debe haber en los centros y unidades de diálisis.

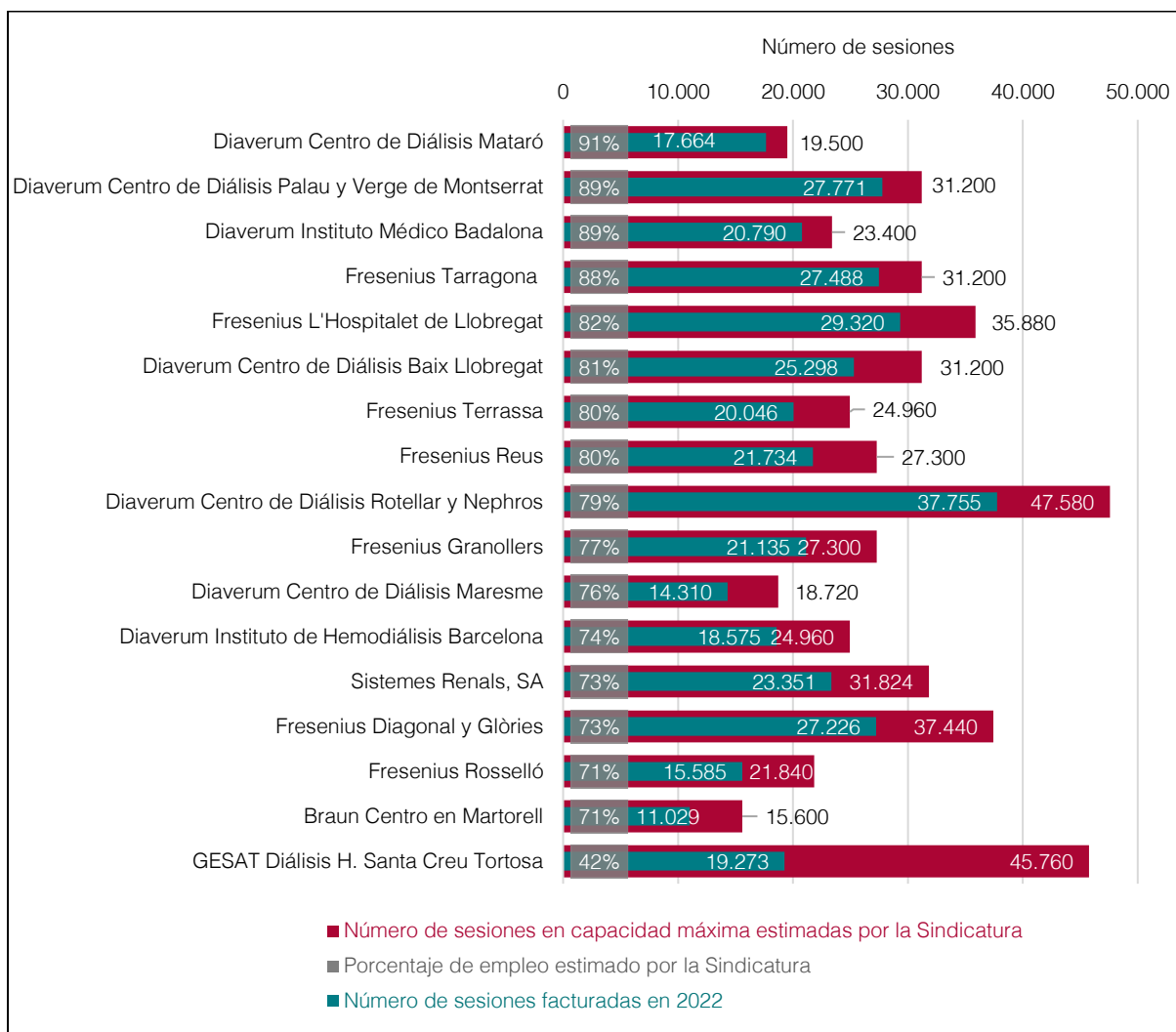
En el caso del personal enfermero, es necesario como mínimo 1 profesional por intervalos de 4 a 5 monitores de hemodiálisis y turno de diálisis, y en lo que concierne al personal auxiliar de enfermería es necesario como mínimo 1 profesional por intervalos de 8 a 10 monitores de hemodiálisis y turno. Para representar este requerimiento mínimo, la Sindicatura ha considerado una dedicación mínima a cada paciente del 20% y del 10% de la jornada laboral de un profesional enfermero y de un auxiliar de enfermería, respectivamente, en cada centro de diálisis.

La ratio de dedicación efectiva al paciente calculada por la Sindicatura pone en relación el total de horas disponibles del personal sanitario, considerando una jornada laboral de 38 horas semanales, con el total de horas de funcionamiento de todos los monitores de hemodiálisis, a partir de la dotación del personal sanitario y de la duración de los turnos comunicados por los centros de diálisis.

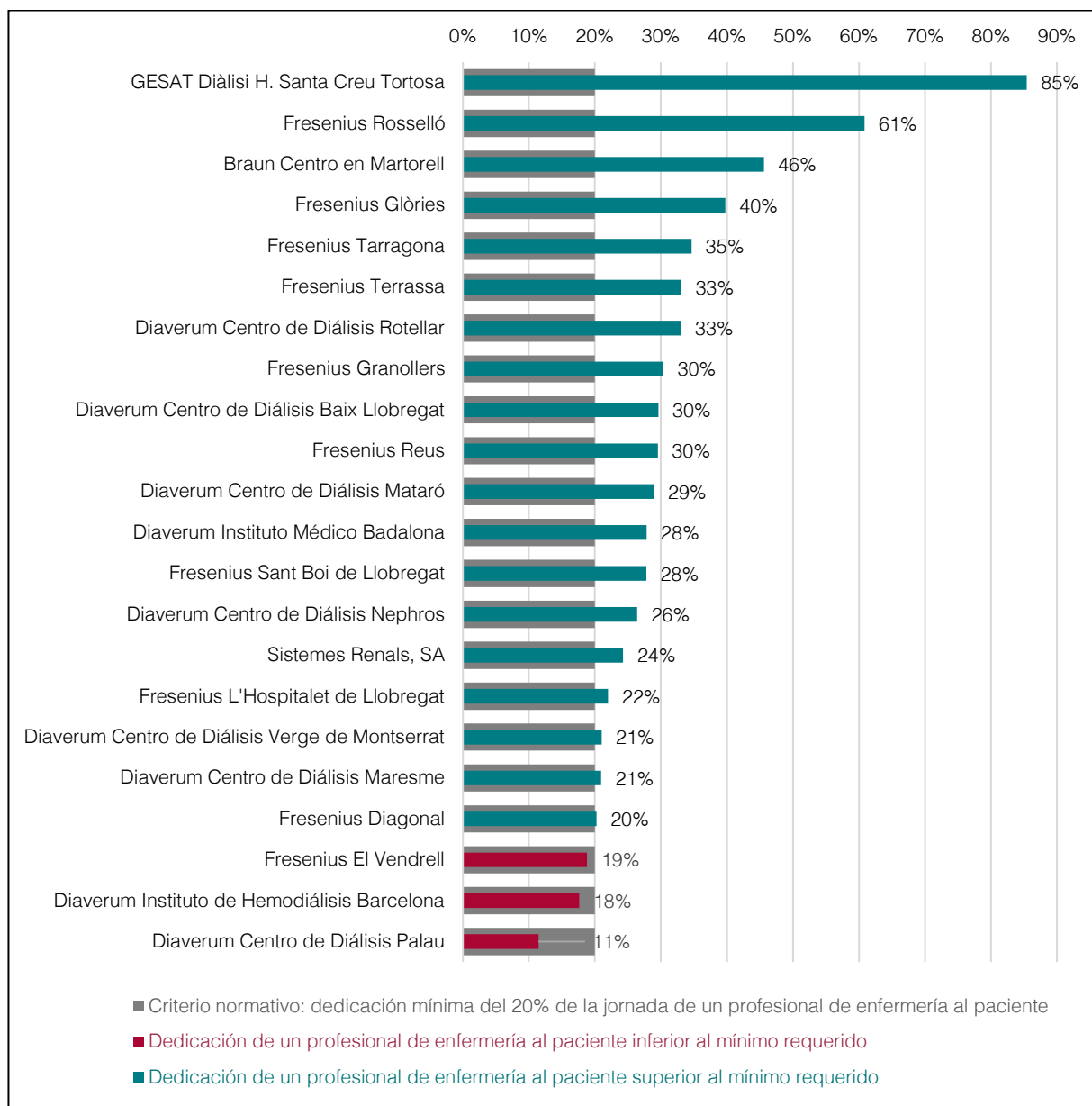
Para la estimación de las horas de funcionamiento de los equipamientos de hemodiálisis del año 2022, la Sindicatura ha considerado la capacidad máxima comunicada por los centros de diálisis ajustada según el porcentaje⁴⁷ de uso real que tuvieron los equipamientos de hemodiálisis en el ejercicio 2022.

46. La información consta en el anexo 6.

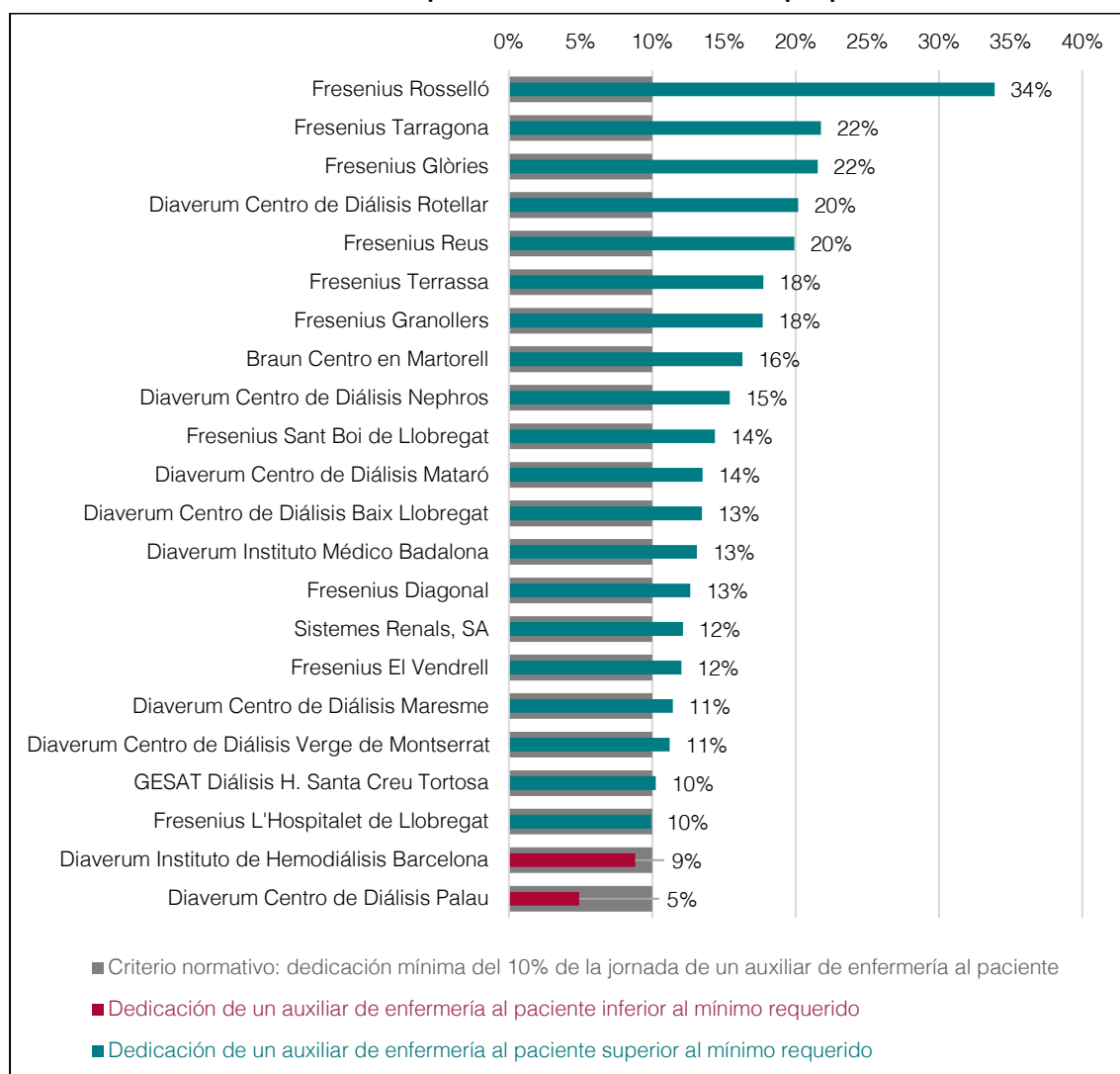
47. El grado de empleo de los monitores de hemodiálisis estimado por la Sindicatura corresponde a la ratio entre el número de sesiones de diálisis facturadas en el CatSalut por cada una de las unidades proveedoras del servicio, y el número de pacientes que los centros de diálisis comunicaron al CatSalut que tenían capacidad para atender, sin considerar los monitores de hemodiálisis de reserva.

Gráfico 13. Grado de empleo de los monitores de hemodiálisis. Año 2022

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 14. Ratio de dedicación del personal de enfermería por paciente. Año 2022

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 15. Ratio de dedicación del personal auxiliar de enfermería por paciente. Año 2022

Fuente: Elaboración propia.

El análisis de los recursos humanos disponibles para los centros de diálisis extrahospitales pone de manifiesto las siguientes observaciones:

- Los servicios centrales del CatSalut no tienen la información actualizada de los recursos disponibles en los centros de diálisis.
- La dotación estimada del personal enfermero y auxiliar de enfermería de los centros de diálisis en el año 2022 era suficiente en todos los centros, considerando la ratio mínima que establece el Decreto 92/2009, excepto en el Centro de Diálisis Palau y el Instituto de Hemodiálisis Barcelona, en los que la dotación del personal enfermero y auxiliar de enfermería era inferior al mínimo previsto en la normativa, y en el centro de El Vendrell, en el que la dotación del personal enfermero también era inferior a la ratio mínima prevista en la norma.

- La ratio de dedicación del personal enfermero por paciente presentaba mayor dispersión territorial entre los centros de diálisis que la de dedicación del personal auxiliar en enfermería por paciente.

La disponibilidad del personal enfermero por paciente era variable territorialmente. El centro que ofrecía una mayor disponibilidad era el Hospital de la Santa Creu de Tortosa, el cual es un centro público, y el que ofrecía menor disponibilidad de personal enfermero era el Centro de Diálisis Palau.

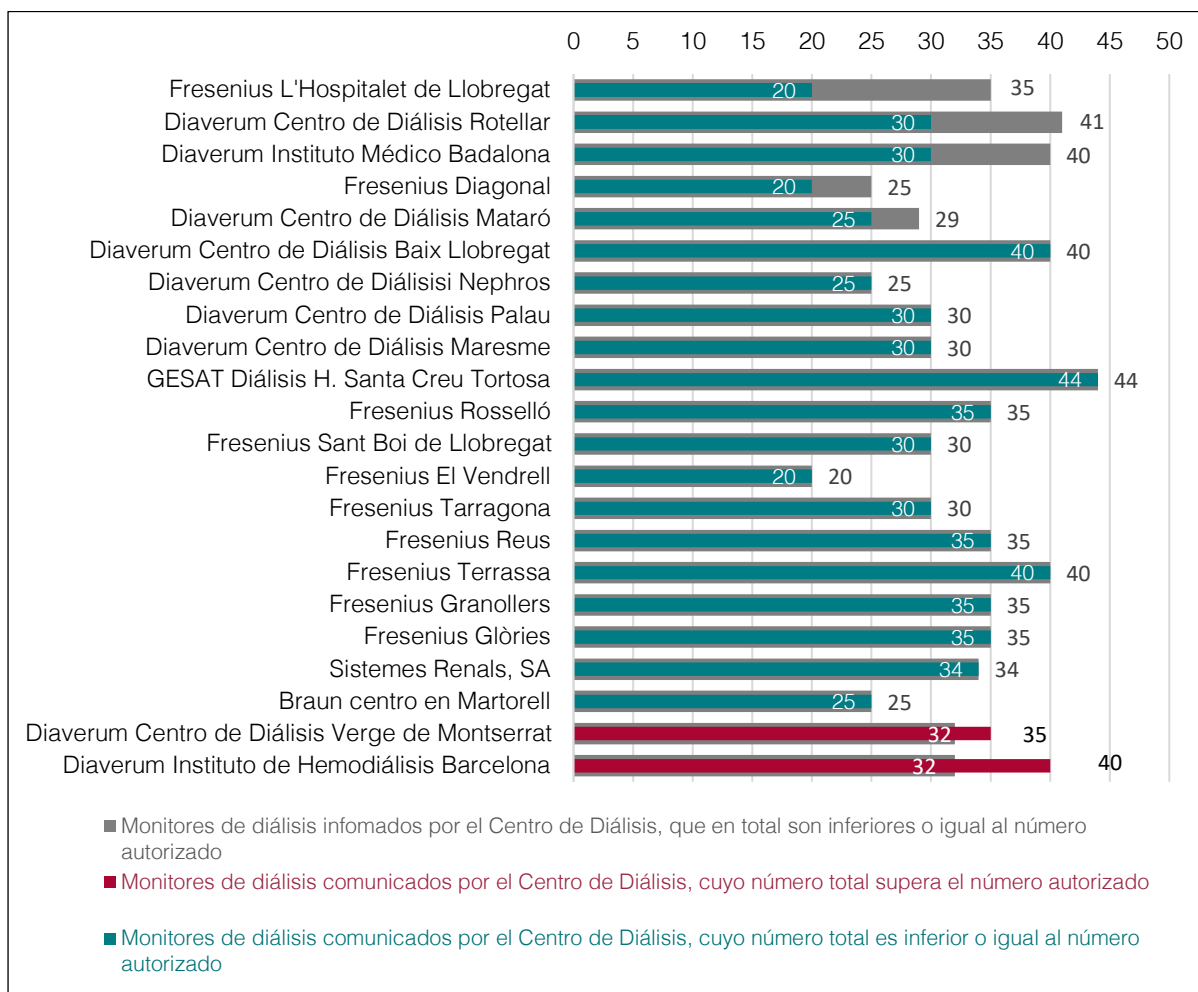
Por lo que respecta al personal auxiliar de enfermería, la dotación también era variable territorialmente. La mayor disponibilidad era la oferta en el centro de Fresenius Rosselló y el centro que ofrecía menos disponibilidad de auxiliares de enfermería era el Centro de Diálisis Palau.

5.3.3.2. *Dotación de recursos tecnológicos y disponibilidad de los centros de diálisis*

El Decreto 92/2009, de 9 de junio, establece que la autorización sanitaria de apertura y funcionamiento de los centros y unidades de diálisis y la inscripción en el Registro de centros, servicios y establecimientos sanitarios del departamento competente en materia de salud es obligatoria y previa al comienzo de su actividad.

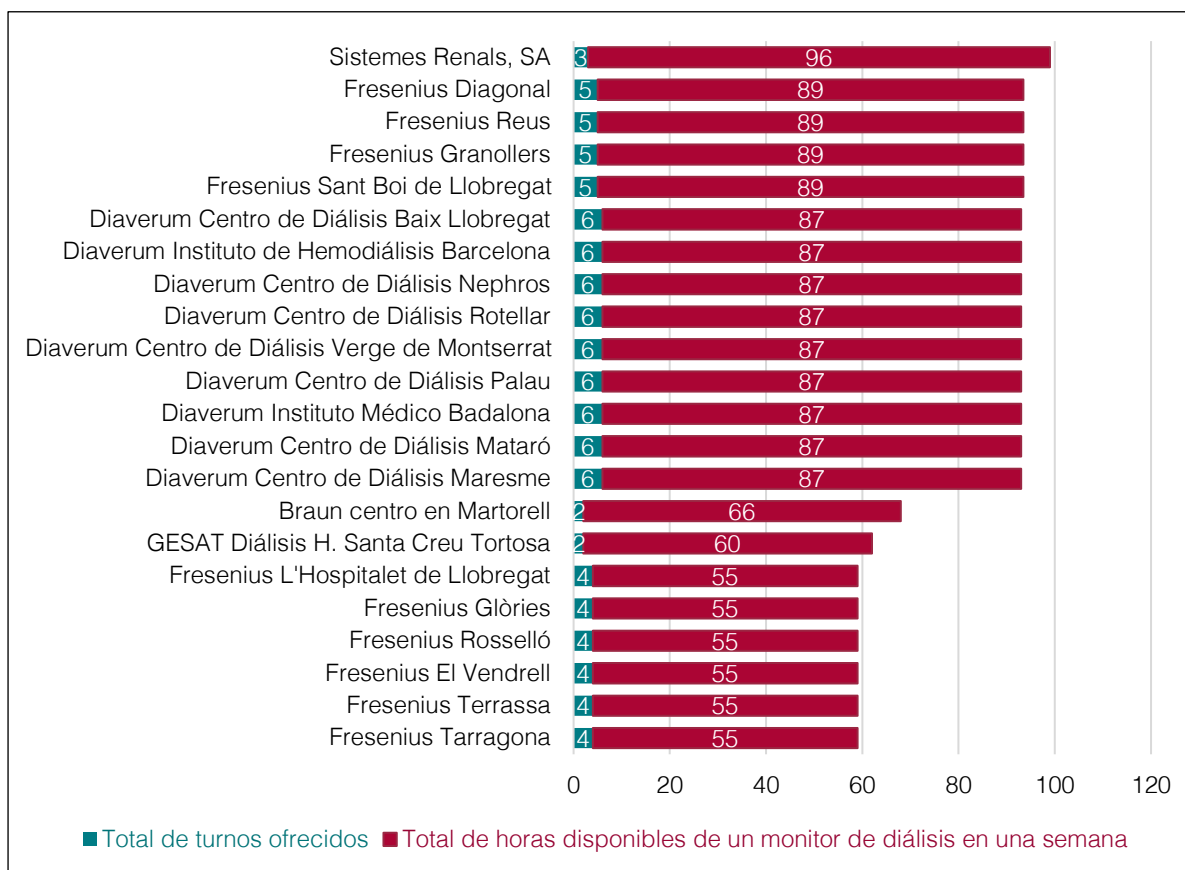
La Sindicatura ha contrastado los datos del número de equipamientos⁴⁸ que constan en el Registro de centros, servicios y establecimientos sanitarios con el número de equipamientos disponibles comunicados por los centros de diálisis.

48. De acuerdo con el Decreto 92/2009, de 9 junio, los centros deben disponer de 1 monitor de diálisis de reserva por cada 10 monitores. Los datos considerados por la Sindicatura para este análisis incluyen exclusivamente los monitores de diálisis sin tener en cuenta los monitores de diálisis de reserva.

Gráfico 16. Número de equipamientos de hemodiálisis. Año 2022

Fuente: Elaboración propia.

Los centros de diálisis también han informado de los turnos de diálisis disponibles, a partir de los cuales la Sindicatura ha realizado una estimación del número de horas de servicio a la semana que ofrecían.

Gráfico 17. Número de turnos ofrecidos y horas disponibles de un monitor de diálisis en una semana por centro de diálisis. Año 2022

Fuente: Elaboración propia.

El análisis de los recursos tecnológicos disponibles de los centros de diálisis ha puesto de manifiesto las siguientes observaciones:

- El número de monitores de hemodiálisis autorizado en los centros de diálisis coincidía en la mayoría de los casos con el número comunicado por el centro de diálisis. La disponibilidad de monitores fue igual o inferior al número de monitores autorizados, dependiendo de demanda de servicios. Sin embargo, en 2 centros el número de monitores comunicados por los contratistas superaba el número de monitores autorizados. Durante el trabajo de campo, en ninguno de estos casos el CatSalut justificó el motivo de las diferencias.
- El número de horas de apertura de los centros de diálisis era variable en el territorio. La mayor disponibilidad era la que ofrecía Sistemes Renals, y la disponibilidad menor, la que ofrecían 6 centros de diálisis gestionados por Fresenius.

Sin embargo, el total de turnos diferentes ofrecidos por los centros de diálisis no tenía relación directa con el total de horas de apertura. Los centros que ofrecían menos turnos

eran el Centro de Martorell y el Centro del Hospital de la Santa Creu de Tortosa, que ofrecían 2, y los centros de diálisis gestionados por Diaverum eran los que ofrecían un mayor número de turnos distintos.

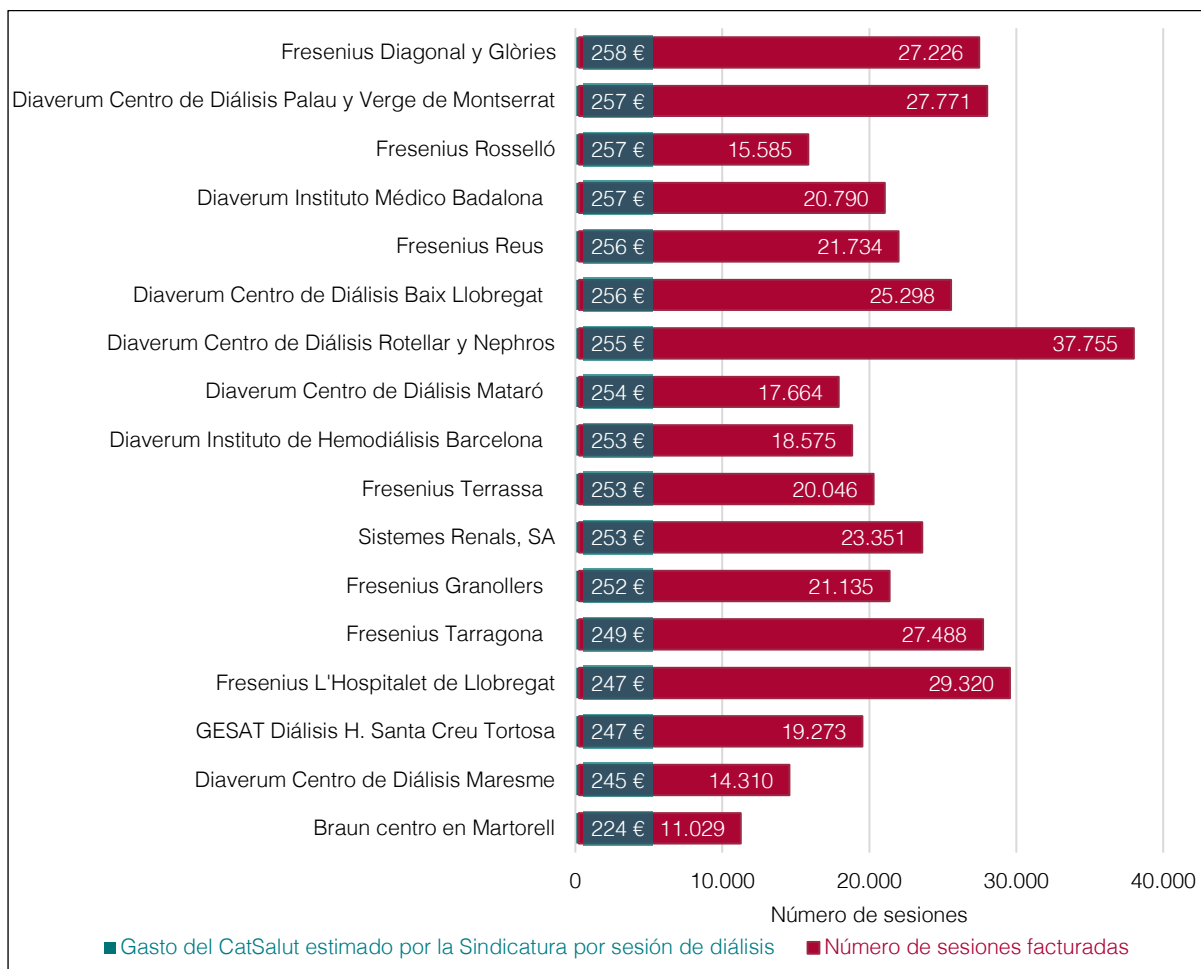
- En conjunto, los centros de diálisis realizaban la actividad en horario diurno; iniciaban la actividad entre las 6.30 h y las 8.00 h, y el último turno finalizaba entre las 19.00 h y las 23.30 h, dependiendo del centro. En ningún caso se ofrecía el servicio en turno nocturno, horario en el que el paciente podría dormir y compaginar la diálisis con la vida laboral, en determinados usuarios.

5.3.3.3. Eficiencia de los recursos

A partir de los datos de recursos humanos⁴⁹ comunicados por los centros de diálisis, la Sindicatura ha cuantificado el gasto de personal correspondiente a las categorías profesionales que son comunes⁵⁰ entre los centros, excluyendo aquellas categorías que algún centro tenía subcontratadas o que no había comunicado. Con estos datos la Sindicatura ha calculado indicadores de eficiencia.

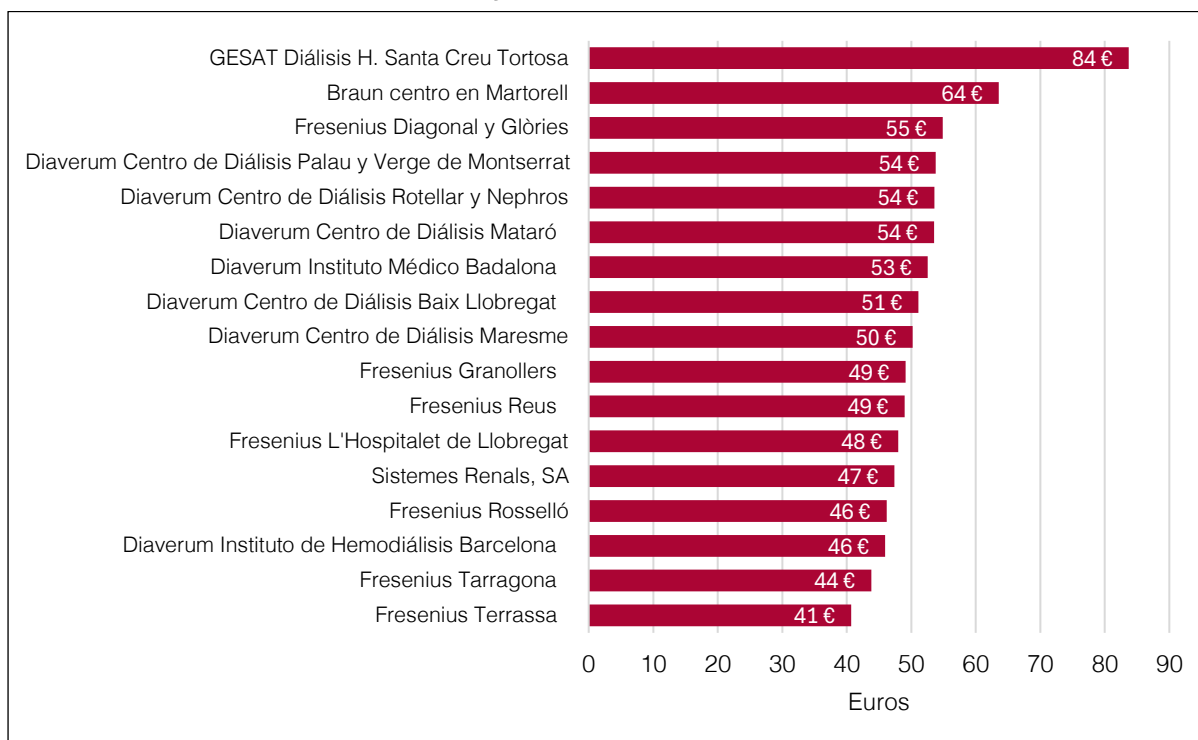
49. Véanse los datos en el anexo 6.

50. Las categorías profesionales comunes de los centros de diálisis incluyen médicos, nefrólogos, farmacéuticos, enfermeros, técnicos auxiliares de cuidados de enfermería, técnicos auxiliares de farmacia, trabajadores sociales y personal administrativo. No se han tenido en cuenta los cargos directivos, personal de mantenimiento y limpieza, psicólogos, nutricionistas y celadores, porque no se ha dispuesto de la información comparable entre centros de diálisis.

Gráfico 18. Gasto del CatSalut por sesión de diálisis y número de sesiones facturadas por centros de diálisis. Año 2022

Fuente: Elaboración propia.

Nota: El importe estimado por la Sindicatura corresponde a la división del total de facturación por centro de diálisis, derivada de las cláusulas de actividad excepto las cláusulas de sobrecoste covid, entre el total de sesiones facturadas.

Gráfico 19. Gasto de personal por sesión y por centros de diálisis. Año 2022

Fuente: Elaboración propia.

Nota: El importe estimado por la Sindicatura corresponde a la división del gasto de personal de las categorías profesionales comunes de todos los centros de diálisis entre el total de sesiones facturadas.

El análisis de las ratios de eficiencia calculadas por la Sindicatura ha puesto de manifiesto las siguientes observaciones:

- El precio⁵¹ que el CatSalut satisfizo por sesión de diálisis facturada en el ejercicio 2022 osciló entre los 224 € y los 258 €, dependiendo del centro de diálisis.

El centro de diálisis que facturó menos sesiones, el centro de Braun en Martorell, tuvo el precio de diálisis más bajo, de 224 €. El número de sesiones con precio más bajo de 224 € solo representaron el 3% del total de sesiones que en el ejercicio 2022 se realizaron en el ámbito extrahospitalario, lo que puede indicar una falta de eficiencia en la contratación del precio del servicio del resto de centros extrahospitalarios, considerando que el siguiente precio de diálisis menor era ya un 8,6% superior al del centro de Martorell y que el centro con el mayor precio de diálisis superaba en un 13,2% al de Martorell.⁵²

51. El precio estimado por la Sindicatura por sesión facturada corresponde a la división del importe total facturado por el proveedor del centro de diálisis por las cláusulas de actividad de hemodiálisis ambulatoria por el total de sesiones facturadas.

52. Texto modificado a raíz del punto 30 de las alegaciones recibidas.

Por el contrario, el centro de diálisis que facturó más sesiones de diálisis –el centro Rotellar de Diaverum– tuvo un precio de diálisis de 255 €, muy cercano al precio máximo que el CatSalut satisfizo por sesión facturada en el ejercicio 2022, de 258 € la sesión.

- El gasto de personal que asumieron los centros de diálisis por sesión facturada tuvo una variación territorial significativa, con una oscilación entre 41 € en el centro de Fresenius Terrassa, en el extremo inferior, y 84 € en el centro del Hospital de la Santa Creu de Tortosa, en el extremo superior. Destaca que el centro que tuvo un mayor gasto de personal por sesión facturada fue el único centro público que formaba parte de la contratación administrativa de la atención extrahospitalaria. Por otro lado, el segundo centro con mayor gasto de personal por sesión fue el de la empresa Braun, la cual fue adjudicataria del lote de El Baix Llobregat Nord, que se licitó con un procedimiento de contratación independiente del resto de lotes, en el que hubo mayor concurrencia que en el resto de los lotes y que tuvo un precio de adjudicación menor.

5.3.4. ¿Hay una coordinación adecuada entre los distintos recursos asistenciales que permita ofrecer una asistencia sanitaria apropiada en tiempo y calidad?

5.3.4.1. *Prevención y detección de la enfermedad renal crónica*

La enfermedad renal crónica se clasifica en 5 estadios y el Registro de enfermos renales de Cataluña recoge datos de los pacientes que están en el quinto estadio, el correspondiente a la quiebra renal, cuando el paciente necesita un tratamiento sustitutivo renal, ya sea la diálisis o el trasplante. Los pacientes en estadios anteriores tienen un riesgo de evolucionar hacia la insuficiencia renal grave, y hacia un riesgo cardiovascular, por lo que los distintos documentos de referencia y profesionales consultados establecen la importancia de prevenir la enfermedad renal y detectar precozmente esta condición. Así se destaca en el Plan estratégico de ordenación de la atención al paciente nefrológico aprobado en el año 2008, que tiene la prevención como uno de sus principales objetivos.

Posteriormente, el Consenso catalán sobre atención a la enfermedad renal crónica, publicado en el año 2012, establece también la detección de la enfermedad entre la población de riesgo como un objetivo, junto con la identificación de las causas reversibles de insuficiencia renal y la promoción de medidas para ralentizar la progresión de la enfermedad renal crónica y reducir el riesgo cardiovascular.

Más recientemente, el Consenso interdisciplinario sobre el abordaje de la persona con enfermedad renal crónica avanzada, aprobado en el año 2023, destaca que el proceso educativo sobre la enfermedad renal y las opciones terapéuticas que ayudan a la toma de decisiones en la fase avanzada debe realizarse entre 6-12 meses antes de la previsión de requerir tratamiento sustitutivo renal, y que es necesario garantizar tiempo para enseñar

y comentar las diferentes opciones de tratamiento, para que la persona y su entorno familiar y afectivo se adapten a la situación de enfermedad renal avanzada y al abordaje deseado.

El Plan de Gobierno de la XIV Legislatura no hace mención específica a la insuficiencia renal, pero contiene un elemento que podría ser relevante en el abordaje de la enfermedad renal crónica en estadios previos al tratamiento sustitutivo renal: establecer la necesidad de redefinir y desplegar de manera efectiva la Agencia de Salud Pública de Cataluña para alcanzar los objetivos de promoción de la salud, de prevención de la enfermedad, de vigilancia y de protección de la salud haciendo llegar la cartera de servicios de salud pública de forma equitativa a todo el territorio de Cataluña. Por otra parte, el Plan de salud 2021-2025 solo hace una referencia a la enfermedad renal crónica en la propuesta de creación y consolidación de un centro de excelencia en innovación en trasplante pediátrico para trasplante renal.

Para valorar la detección de la enfermedad renal crónica es necesario referirse a los estudios poblacionales sobre la prevalencia de la enfermedad, que indican que la prevalencia de la enfermedad renal crónica en el Estado español, incluyendo todos los estadios de la enfermedad, es aproximadamente de un 15,1%.⁵³ La diabetes, la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares son factores de riesgo que contribuyen a la probabilidad de padecer enfermedad renal crónica. La siguiente figura muestra la prevalencia según los estadios de la enfermedad.

53. Gorostidi, M., Sánchez-Martínez, M., Ruilope, L. M., Graciani, A., De la Cruz, J. J., Santamaría, R., Del Pino, M. D., Guallar-Castillón, P., De Álvaro, F., Rodríguez-Artalejo, F., Banegas, J. R. *Chronic kidney disease in Spain: Prevalence and impact of accumulation of cardiovascular risk factors*. Nefrología (Engl Ed). 2018 Nov-Dec;38(6):606-615.

Figura 8. Prevalencia de las diferentes situaciones de riesgo cardiorenal según la guía de enfermedad renal crónica KDIGO 2012

Filtrado glomerular Categorías, descripción y rango (ml/min/1,73 m ²) ^o			Albuminuria Categorías, descripción y rangos		
			A 1	A 2	A 3
			Normal a ligeramente aumentada	Moderadamente aumentada	Gravemente aumentada
			< 30 mg/g	30 - 300 mg/g	> 300 mg/g
G 1	Normal o elevado	≥ 90	42,9%	1,5%	0,1%
G 2	Ligeramente disminuido	60 - 89	42,0%	1,7%	0,0% (5)
G 3 a	Ligera a moderadamente disminuido	45 - 59	9,0%	0,9%	0,1%
G 3 b	Moderada a gravemente disminuido	30 - 44	1,1%	0,5%	0,1%
G 4	Gravemente disminuido	15 - 29	0,1%	0,1%	0,0% (4)
G 5	Fallo renal	< 15	0,0% (0)	0,0% (1)	0,0% (2)

Fuente: Artículo de Gorostidi *et al.* (2018).³⁸

Debe tenerse en cuenta que, según los profesionales consultados, no toda la población con enfermedad renal acabará desarrollando una fase avanzada de la enfermedad. Sin embargo, el estadio 3.a es el que más contribuye a la prevalencia de la enfermedad (considerando la suma de los 3 niveles de albuminuria en este estadio, se obtiene una prevalencia del 10%). Este hecho es destacable, puesto que el siguiente estadio, el 3.b, es cuando el paciente debería empezar a realizar visitas frecuentes a la atención especializada.

En relación con la prevención y detección de la enfermedad, el Consenso catalán sobre atención a la enfermedad renal crónica establece que en la población de riesgo de la enfermedad (personas con hipertensión, diabetes o enfermedad cardiovascular y personas con familiares con enfermedad renal crónica) es necesario realizar el doble cribado en sangre y orina, que consiste en una determinación anual de FGe (filtrado glomerular) y albuminuria (orina). El Consenso establece un montón de indicadores para evaluar la implementación de esta guía, entre los cuales hay uno para evaluar la detección que la atención primaria está haciendo de la enfermedad sobre la población, que consiste en calcular el porcentaje de personas con determinación del FGe y albuminuria respecto al total de la población de riesgo.

El CatSalut desde las regiones sanitarias hace seguimiento de aquellos indicadores en el ámbito de la atención primaria que considera que cada proveedor debe mejorar. El CatSalut ha facilitado a la Sindicatura algunos estándares de calidad asistencial que monitoriza, que

corresponden a datos poblacionales de la prevalencia de la enfermedad o del control de la tensión arterial en los pacientes con enfermedad renal crónica.

El Plan de mejora en la atención a la persona con enfermedad renal crónica, que el CatSalut facilitó a la Sindicatura durante el trabajo de campo, identificaba acciones que debían llevarse a cabo en relación con la detección y el diagnóstico precoz de la enfermedad, entre las que destaca mejorar el cribado y la codificación del estadio de la enfermedad renal crónica a partir de un conjunto de acciones a realizar en el programa informático de la Estación Clínica de Atención Primaria (ECAP). El Plan de mejora también contempla el objetivo de aumentar los conocimientos de la atención primaria y comunitaria en la enfermedad renal crónica mediante cursos destinados a profesionales de atención primaria en el ámbito de la nefrología de adultos y pediátrica.

El análisis de las acciones del CatSalut en relación con la detección y prevención de la enfermedad renal crónica pone de manifiesto las siguientes observaciones:

- La detección⁵⁴ de la enfermedad renal crónica por parte del CatSalut está muy alejada de la prevalencia real. De acuerdo con el Registro MUSSCAT del CatSalut, en el año 2022 había 277.632 personas con enfermedad renal crónica registrada en la historia clínica, el 3,5% de la población de Cataluña. Este porcentaje contrasta con las estimaciones a escala poblacional citadas para el conjunto del Estado español (15,1%). La Sindicatura solicitó al CatSalut los microdatos del Registro MUSSCAT para poder analizar con mayor detalle posibles causas de esta diferencia (por ejemplo, diferencias en la detección entre territorios o centros), pero el CatSalut no las proporcionó.
- Las percepciones generalizadas entre las asociaciones de pacientes y los profesionales sanitarios consultados son que el sistema tiene margen de mejora en la detección de la enfermedad, y que en la práctica existen casos en los que el paciente llega al Servicio de Nefrología cuando ya está en un estado avanzado, cercano a la entrada en diálisis.

Una posible explicación recogida en las entrevistas mantenidas con la sociedad científica es que los profesionales de la atención primaria y de la atención especializada de

54. La detección y prevención de la enfermedad recae sobre la línea del servicio sanitario de la atención primaria, que el CatSalut ofrece a todos los efectos a través de los centros, servicios y establecimientos sanitarios integrados en el SISCAT. La mayor parte de las entidades del SISCAT están participadas por el Departamento de Salud o por el CatSalut, mediante empresas públicas, principalmente el ICS, consorcios y fundaciones. El instrumento del CatSalut para materializar las políticas y estrategias en el ámbito de la salud es la contratación de los servicios con las entidades proveedoras (concertos), la cual se regula por el Decreto 118/2014, de 5 de agosto, sobre la contratación y prestación de los servicios sanitarios con cargo al Servicio Catalán de la Salud (véase el informe 1/2022: análisis comparativo de los servicios prestados por los equipos de atención primaria, ejercicio 2018, aprobado por la Sindicatura de Cuentas el 8 de febrero de 2022).

nefrología no trabajan juntos habitualmente. Este aspecto se refleja en que la residencia de medicina familiar y comunitaria no tiene la especialidad de nefrología como rotación obligatoria, o que la especialidad de nefrología no presta servicios presenciales en la atención primaria; también pueden resolverse muchos aspectos en las fases iniciales de la enfermedad mediante la telemedicina.

De acuerdo con los estudios⁵⁵ analizados por la Sindicatura, las directrices para evaluar y gestionar la enfermedad renal crónica precoz están disponibles, pero no se han adoptado de forma universal en ausencia de incentivos o medidas de calidad para priorizar la atención a los enfermos. La enfermedad renal crónica recae de forma más elevada sobre las personas con un estatus socioeconómico más bajo y, por lo tanto, identificar y tratar la enfermedad en las primeras etapas es una cuestión de equidad.

En el año 2019, en la conferencia titulada “Early Identification and Intervention in CKD”, los profesionales identificaron diferentes estrategias de cribado, estratificación del riesgo y tratamiento para los primeros estadios de la enfermedad renal crónica, y valoraron las estrategias de identificación en el contexto de los principios de la Organización Mundial de la Salud. Entre los consensos que emergieron destaca la necesidad de cribar la población con hipertensión, diabetes y enfermedades cardiovasculares, así como otras comorbilidades, exposiciones ambientales o factores genéticos, mediante la evaluación de la filtración glomerular y la albuminuria. En cuanto al tratamiento posterior, parece bien establecido que existen disponibles intervenciones efectivas para retrasar el avance de la enfermedad y el riesgo de enfermedades cardiovasculares, y se destaca la importancia en la implicación del paciente y el alineamiento de incentivos, financieros o no financieros.

- La Sindicatura no ha identificado que exista un cálculo global de los indicadores que establece el Consenso catalán para evaluar la implementación de esta guía, para el conjunto del SISCAT o para las unidades territoriales. El Consenso catalán prevé indicadores para evaluar la detección de la enfermedad renal crónica, con el objetivo de conocer la proporción de pacientes que son grupos de riesgo a los que se les ha realizado el doble cribado de sangre y orina.

55. Shlipak, M., Tummalaipalli, S. L., Boulware, L. E., Grams, M.E., H. Ix J., Jha, V., Kengne, A., Madero, M., Mihaylova, B., Tangri, N., Cheung, M., Jadoul, M., Winkelmayer, W. C., Zoungas, S. (2020). “The case for early identification and intervention of chronic kidney disease: conclusions from a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Controversies Conference”.

5.3.4.2. Coordinación entre recursos y niveles asistenciales

La coordinación entre recursos y niveles asistenciales está estrechamente relacionada con la prevención y la detección de casos. El CatSalut ha indicado que los protocolos de actuación y derivación están definidos por las sociedades científicas, que en el caso de la insuficiencia renal, el documento de referencia es el Consenso catalán sobre atención a la enfermedad renal.

Según indicó el CatSalut, en cada territorio se concretan los protocolos y procedimientos de trabajo a partir de la relación entre proveedores y niveles asistenciales.

El Plan de salud 2021-2025, en el eje 7 de la estrategia 3, prevé acciones específicas para crear redes territoriales de atención integrada y define las rutas asistenciales como acuerdos entre profesionales y organizaciones de un mismo territorio que atienden a una misma población afectada por un problema de salud específico.

El Plan de mejora en la atención a la persona con enfermedad renal crónica establece que es necesario mejorar los circuitos y la comunicación entre los niveles asistenciales, entre los que destaca la planificación de sesiones periódicas para la gestión de un caso entre los Servicios de Nefrología y los equipos de nefrología de los centros de diálisis, y que las regiones sanitarias impulsen el establecimiento de circuitos territoriales que sigan las recomendaciones de los criterios de derivación del Consenso catalán sobre atención a la enfermedad renal.

El análisis de las actuaciones del CatSalut en relación con la coordinación de la enfermedad renal crónica ha puesto de manifiesto las siguientes observaciones:

- En el año 2012 las sociedades científicas⁵⁶ publicaron el documento Consenso catalán sobre atención a la enfermedad renal, que fue financiado por los laboratorios Amgen y Novartis. El CatSalut no participó en su elaboración, ni adoptó ningún acuerdo en el que constate que este consenso es la referencia para sus proveedores. Sin embargo, el CatSalut indica que los protocolos de actuación están definidos por las sociedades científicas, y que el Consenso catalán sobre atención a la enfermedad renal es el documento de referencia.
- El Consenso establece muchos indicadores para evaluar la implementación de esta guía, indicadores de los que la Sindicatura no tiene constancia que el CatSalut haya

56. La Sociedad Catalana de Nefrología indicó a la Sindicatura que en el momento de esta fiscalización estaban preparando la actualización del documento.

evaluado. Entre los indicadores previstos en la guía, hay 1 para evaluar las derivaciones de los pacientes, y 2 para evaluar el grado de coordinación entre la atención primaria y la especializada.

- Las actuaciones derivadas del Plan de salud vigente en 2022 no han tenido una incidencia específica en el ámbito de la insuficiencia renal.

El Plan de salud prevé el objetivo de crear redes territoriales de atención integrada para garantizar una mejor accesibilidad y resolución, y para conseguir esta meta contempla también la configuración de redes compuestas por muchos elementos, entre los que figuran los equipos territoriales de diálisis. De acuerdo con el Plan de salud, la configuración de las redes territoriales en entornos asistenciales naturales desarrollaría proyectos de integración funcional con gobernanza compartida por parte de los profesionales del territorio y las entidades proveedoras. El indicador para medir la consecución que establece el Plan de salud es el número de redes creadas con soporte documental.

El informe del estado de situación de las estrategias del Plan de salud de Cataluña 2021-2025, que recoge la monitorización del Plan de salud a diciembre de 2022, no hace ninguna mención específica a la creación de redes territoriales en el ámbito de la diálisis.

- La Sindicatura ha constatado a través de las consultas y peticiones al CatSalut que este no cuenta con un control y seguimiento centralizado sobre qué regiones y territorios han desarrollado protocolos a nivel territorial y, por lo tanto, se desconoce si hay rutas asistenciales en todos los territorios. La única ruta asistencial que la Sindicatura ha podido identificar es la del Área Integral de Salud Barcelona Dreta, criterio que fue confirmado por los Servicios de Nefrología entrevistados en el marco de la fiscalización.
- La Sociedad Catalana de Nefrología expuso que cada centro de diálisis tiene su propio protocolo específico de actuación, pero que las actuaciones que derivan de la relación entre el Servicio de Nefrología del que dependen y los centros de diálisis deberían tener el mismo protocolo compartido entre los centros de diálisis.
- La asignación de los pacientes en el centro donde realizarán el tratamiento de diálisis se circunscribe dentro del Área Básica de Salud a la que pertenece el paciente. Sin embargo, el criterio de asignación de los pacientes entre un centro hospitalario o un centro de diálisis no está formalmente definido. La percepción en esta cuestión de las asociaciones de usuarios es diversa, y difiere en algunos aspectos de la Sociedad Catalana de Nefrología y los profesionales sanitarios.

La Sociedad Catalana de Nefrología considera que los pacientes estables son los que deberían derivarse a los centros de diálisis, y que es necesario mantener en el hospital a

los pacientes con perspectiva de presentar complicaciones. Sin embargo, los Servicios de Nefrología consultados y alguna asociación de pacientes han manifestado que el principal criterio para realizar la diálisis en el hospital es el orden de llegada, de forma que cuando se agotan las plazas disponibles en el hospital, el paciente se asigna al centro de diálisis. Los Servicios de Nefrología también apuntan que en determinados pacientes pesan criterios médicos, que no están escritos, en la asignación del sitio, y que debería definirse formalmente el criterio de asignación de los pacientes a un centro hospitalario o a un centro de diálisis.

5.3.5. ¿El contrato se ha establecido teniendo en cuenta criterios que aseguren que la calidad del servicio sea la misma que se prestaría con medios propios?

Las entrevistas con las partes interesadas pusieron de manifiesto que la percepción de la calidad del servicio es similar, con ciertos matices, entre el ámbito hospitalario y el extrahospitalario. Sin embargo, el contenido de las entrevistas puso de relieve ciertos aspectos relacionados con la calidad del servicio, que se destacan a continuación:

- El asesoramiento sobre dieta, acceso a fisioterapeutas y apoyo psicológico y social al paciente renal son aspectos relevantes en el bienestar del paciente renal.

En el caso de los centros hospitalarios, la Sindicatura no dispone de datos sobre la disponibilidad de profesionales asistenciales tales como nutricionistas, fisioterapeutas y psicólogos. Sin embargo, de acuerdo con las entrevistas que la Sindicatura ha mantenido con las partes interesadas, se han identificado varias casuísticas: desde servicios que cuentan con alguno de estos perfiles hasta otros que lo comparten con otros servicios del hospital y que han manifestado tener acceso restringido. En el caso de la nutrición, uno de los informantes ha indicado que parte de la labor de asesoramiento suele recaer en enfermería. Los Servicios de Nefrología consultados por la Sindicatura han argumentado que las tarifas y los presupuestos con los que trabajan no permiten a los servicios y unidades de nefrología contratar perfiles necesarios de psicología, nutricionista y trabajo social.

En los centros periféricos, el acceso a profesionales complementarios era una mejora que formaba parte de los criterios de adjudicación de los pliegos. Este acceso lo ofrecieron todos los adjudicatarios, y obtuvieron la puntuación máxima de 3 puntos en este criterio.

Durante el trabajo de campo, los adjudicatarios de la contratación vigente informaron al CatSalut de los recursos humanos de que disponían en los centros de diálisis, a petición de la Sindicatura, y de los 5 contratistas solo 3 –Diaverum, Sistemas Renals y GESAT– informaron de que disponían de estos profesionales complementarios en los centros de diálisis.

Los otros 2 contratistas –Fresenius y Braun– no informaron al CatSalut de que dispusieran de estos profesionales complementarios en el centro de diálisis, y de hecho coincide con la percepción que tenían los Servicios de Nefrología consultados y las asociaciones de usuarios. Ante las discrepancias detectadas entre las ofertas técnicas de los contratistas y los recursos comunicados por ellos mismos, posteriormente los contratistas hicieron aclaraciones al CatSalut.

En el caso de los centros de diálisis de Fresenius, durante la licitación el contratista ofreció el apoyo necesario al paciente en el asesoramiento nutricionista o psicólogo preciso. Sin embargo, durante el trabajo de campo, el contratista indicó que el apoyo de estos profesionales era desde los Servicios Centrales del contratista, y no de forma individualizada por paciente, mediante acciones de soporte y canales de acceso. En el caso de Braun, durante la licitación el contratista ofreció el apoyo de nutricionista, psicólogo clínico y asistente social, con relación contractual con Braun. Durante el trabajo de campo, el CatSalut informó a la Sindicatura de que Braun prestaba este apoyo mediante una colaboración con una asociación de pacientes, la cual estaba parcialmente suspendida, y que solo había apoyo de un psicólogo con asistencia telemática.

Este aspecto es relevante, dado que supone el incumplimiento de la oferta presentada, la cual forma parte del contrato. De acuerdo con el pliego de cláusulas administrativas particulares, las mejoras propuestas en la oferta aceptada y que hayan sido aceptadas constituyen obligaciones contractuales esenciales, y su incumplimiento puede ser causa de resolución del contrato.

Las asociaciones de pacientes realizan actividades para cubrir las necesidades relacionadas con los hábitos del paciente en lo que se refiere a la dieta, el ejercicio, la salud mental y el apoyo social, mediante actividades lúdicas, y en el ejercicio de derechos y acceso a prestaciones sociales a través de un trabajador social.

El CatSalut, en el Plan de mejora del enfermo renal, cuya elaboración se inició en el año 2021, establece un conjunto de acciones para contribuir a la mejora del acompañamiento, el seguimiento nutricional y la conservación de la capacidad funcional de la persona con enfermedad renal crónica.

- Según la Sociedad Catalana de Nefrología, lo que sería óptimo es adecuar la dosis de hemodiálisis a cada paciente de forma individualizada, dado que la dosis de diálisis afecta a la función renal residual de la persona.

Los estudios⁵⁷ revisados por la Sindicatura indican que la duración de las sesiones, y por lo tanto el número de sesiones, deben adaptarse a la tolerancia del paciente. En un contexto de diálisis personalizada, la duración y número de sesiones pueden ser modulados en el tiempo, para adaptarse a los cambios clínicos frecuentes de los pacientes. Los estudios también indican que, para adaptar la prescripción de la terapia substitutiva renal a las necesidades de cada paciente, es necesario un enfoque personalizado también en su control.

La Sociedad Catalana de Nefrología expuso que la personalización del tratamiento requiere un ejercicio organizativo y de logística muy importante por parte de los profesionales, y que implica flexibilizar la duración de la diálisis en función de las necesidades del paciente.⁵⁸

La opinión general de las partes interesadas consultadas es que en el ámbito hospitalario hay una mayor dotación de recursos, que permite realizar un trato más personalizado al paciente renal, mientras que en el ámbito extrahospitalario hay un volumen elevado de pacientes, que hace más difícil la personalización.

En cualquier caso, los Servicios de Nefrología consultados valoran positivamente la calidad de los centros de diálisis, y opinan que los estándares de calidad son superiores en los centros de diálisis respecto a los hospitales, aunque la casuística que los centros de diálisis tratan es más limitada que la de los hospitales.

- Tanto los conciertos formalizados para contratar la atención hospitalaria como los contratos formalizados para la atención extrahospitalaria prevén el pago de una parte de la actividad contratada en función de la consecución de los objetivos, por lo que son elementos que contribuyen a la calidad del servicio prestado. En la hemodiálisis hospitalaria se concreta en la cláusula de contraprestación por resultados, y en la hemodiálisis extrahospitalaria, a partir del pago de una parte variable.

5.3.6. ¿Cuál es el grado de satisfacción del usuario?

De acuerdo con el artículo 72 del Decreto 118/2014, de 5 de agosto, sobre la contratación y prestación de los servicios sanitarios con cargo al Servicio Catalán de la Salud, esta entidad debe realizar un seguimiento periódico de las actividades y del cumplimiento de las instruc-

57. Torreggiani, M., Fois, A., Njandjo, L., Longhitano, E., Chatrenet, A., Esposito, C., Fessi, H., Piccoli, G. (2021). "Toward an individualized determination of dialysis adequacy: a narrative review with special emphasis on incremental hemodialysis".

58. Texto modificado a raíz del punto 38 de las alegaciones recibidas.

ciones y estándares de calidad, y debe evaluar los resultados de los convenios y contratos mediante los cuales se formalice el encargo de gestión de servicios. Se consideran ámbitos de la evaluación los relacionados con la accesibilidad, la resolución, la calidad de los servicios, la coordinación sanitaria y la eficiencia.

En el ámbito de la insuficiencia renal, el CatSalut no ha realizado encuestas de satisfacción de los usuarios del servicio de hemodiálisis ambulatoria ni, en general, de los pacientes que reciben tratamiento por insuficiencia renal.

El trabajo realizado ha puesto de manifiesto otros aspectos relevantes en este campo:

- El CatSalut no tiene implementado un circuito de recogida y análisis de los resultados de las encuestas de satisfacción de los contratistas. La Sindicatura ha tenido acceso a las encuestas de satisfacción de 3 de los adjudicatarios en los años 2022-2023 –B. Braun, Fresenius y Sistemas Renals. Los resultados de estas encuestas ponen de relieve algunos aspectos recurrentes que requieren mejoras, como la participación del paciente en el tratamiento, la comodidad e información facilitada al paciente o los tiempos de espera del transporte sanitario.
- El CatSalut no dispone de un sistema de evaluación de la satisfacción del usuario. De acuerdo con el artículo 60 de la Ley 19/2014, de 29 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno, los usuarios tienen el derecho de ser consultados periódicamente y de manera regular sobre su grado de satisfacción en lo que respecta a los servicios públicos y las actividades gestionadas por la Administración pública, y la Administración responsable del servicio objeto de la consulta debe establecer los indicadores de acuerdo con los que deben elaborarse las encuestas y la periodicidad de las consultas.

En las entrevistas que se han llevado a cabo, la Sociedad Catalana de Nefrología manifestó que está trabajando en un proyecto junto con AQUAS para medir la satisfacción de los pacientes en tratamiento por insuficiencia renal, sobre la base de la encuesta que realiza el sistema sanitario público de Inglaterra, Kidney PREM. Actualmente, durante el año 2024, esta encuesta del proyecto está todavía en fase de validación del cuestionario.

- La gestión del transporte sanitario de los pacientes con tratamiento por insuficiencia renal crónica es uno de los aspectos que más incidencias y problemática genera en la gestión de la prestación del servicio a estos enfermos.

En el territorio de Cataluña gestiona este servicio la empresa pública SEM⁵⁹, en cumplimiento del encargo de gestión que le formuló el titular de la competencia, el CatSalut, en

59. El SEM es una empresa pública propiedad en un 100% del CatSalut, constituida el 12 de febrero de 1993 por tiempo indefinido, con naturaleza de sociedad mercantil y personalidad jurídica propia, sometida a lo

.../...

febrero de 2014. En el contexto de este encargo, en el año 2022 estaba vigente el contrato que el CatSalut adjudicó el 1 de abril de 2015, 10 meses después de la publicación de la licitación,⁶⁰ por importe de 1.199,43 M€, IVA excluido, y un plazo de 6 años, prorrogables por 4 años más, cuyo objeto estaba fraccionado en 13 lotes territoriales adjudicados a distintos proveedores.

Así pues, el transporte de pacientes para el tratamiento en centros de hemodiálisis ambulatoria lo realiza el SEM en el marco del citado contrato, en la modalidad de transporte sanitario no urgente. De acuerdo con los pliegos de prescripciones técnicas del contrato, el establecimiento de las rutas necesarias es competencia del adjudicatario del servicio en el territorio, quien ha de reportar a la región sanitaria las rutas y los tiempos previstos según la planificación horaria de las demandas de cada paciente; la puntualidad de estos vehículos es un aspecto esencial en la evaluación de la ejecución del contrato.

Las entrevistas realizadas con las asociaciones de pacientes y con los Servicios de Nefrología hospitalaria entrevistados han enfatizado que uno de los problemas más relevantes del paciente renal es el transporte sanitario, en el sentido de que hay rutas mal planificadas, demoras en la puntualidad de los vehículos y tiempos de desplazamiento demasiado largos.

La Sindicatura también ha solicitado al SEM información sobre el seguimiento del servicio de transporte sanitario urgente de los pacientes con enfermedad renal. En las actas que se han facilitado sobre las reuniones en las diversas regiones sanitarias, donde estaban presentes miembros del CatSalut, de los hospitales y de los centros de diálisis y los proveedores del transporte sanitario, se recogen incidencias relacionadas con las rutas, las demoras o el uso del taxi como medio de transporte de estos pacientes en

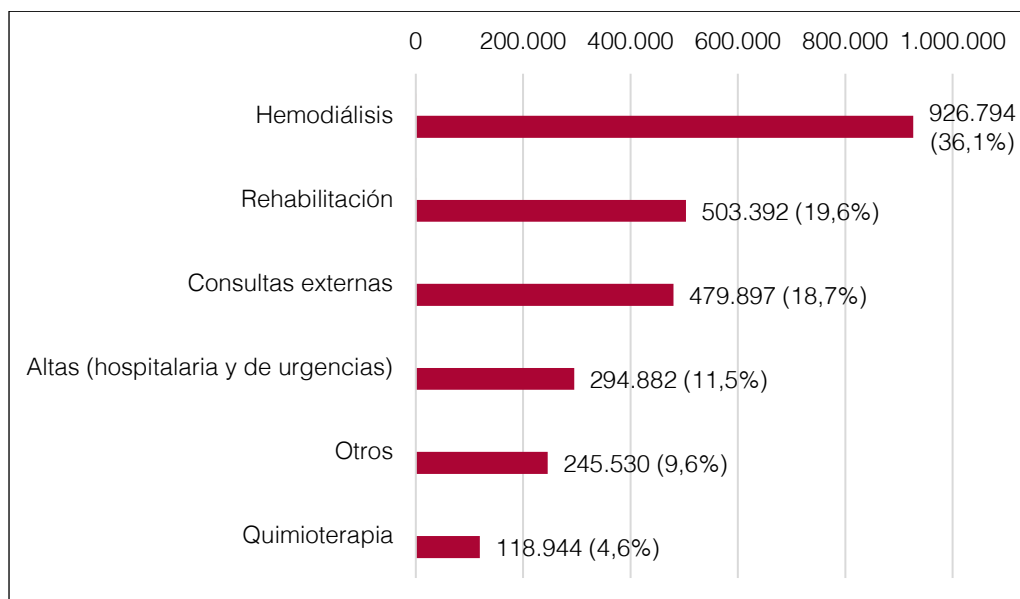
dispuesto en el capítulo IV del Decreto legislativo 2/2002, de 24 de diciembre, por el que se aprueba el texto refundido del Estatuto de la empresa pública catalana. De acuerdo con el artículo cuarto de los Estatutos del SEM, el objeto social de la entidad lo constituyen la atención integral de las urgencias y emergencias sanitarias, el transporte asistido de los pacientes críticos, la participación en la gestión de los sistemas de atención a la urgencia y la emergencia en Cataluña que establezca el Departamento de Salud y, con carácter general, todas aquellas actividades que le puedan ser encomendadas en el ámbito del traslado de enfermos, de la coordinación e implementación de actuaciones sanitarias y de la gestión integrada de demandas de atención e información sanitaria a los ciudadanos. Con la nueva redacción de los Estatutos, del año 2010, se añade al objeto social del SEM implementar y apoyar las actuaciones de vigilancia epidemiológica, protección y promoción de la salud.

60. En junio de 2014 el CatSalut publicó la licitación del concurso público para la gestión del servicio de transporte sanitario urgente y no urgente en Cataluña, excepto el territorio del Aran, con un presupuesto base de licitación de 1.286,31 M€, IVA excluido, de los cuales 737,42 M€ correspondían al transporte sanitario urgente y 548,89 M€ al transporte sanitario no urgente. El valor estimado total del contrato era de 2.556,49 M€, que incluía 6 años de vigencia del contrato, 4 años de posibles prórrogas y un 20% adicional de posibles modificaciones.

algún caso, como, por ejemplo, en Lleida y Terres de l'Ebre, para los que es necesaria la transición controlada hacia el uso del medio de transporte en ambulancia.

- En el año 2022 el SEM realizó 2,57 M de traslados de transporte sanitario no urgente, de los cuales 926.794 (el 36%) se activaron por tratamientos de hemodiálisis:

Gráfico 20. Motivos de traslado del transporte sanitario no urgente. Año 2022



Fuente: Elaboración propia a partir de la Memoria del Sistema de Emergencias Médicas del año 2022.

La Sindicatura ha analizado los tiempos de trayecto y estancia de los pacientes en el centro donde reciben el tratamiento de hemodiálisis, a partir de la información facilitada por el SEM. Concretamente, el análisis de la Sindicatura se ha centrado en 835.096 registros que corresponden a los traslados de ida y vuelta al centro de diálisis de un mismo paciente en una misma fecha.

Para el conjunto de los registros analizados, correspondientes a traslados que se efectuaron en el conjunto del territorio de Cataluña en el año 2022, la Sindicatura ha estimado que el tiempo total de trayecto, desde la recogida del paciente hasta la llegada de vuelta a su domicilio, es de una mediana de 6,4 horas, que coincide con el valor de la media aritmética de los registros analizados. No se observan diferencias significativas entre los distintos lotes territoriales, gestionados por proveedores de transporte diferentes. La siguiente tabla presenta el detalle de este tiempo de trayecto con el desglose de ida, estancia, y vuelta:

Cuadro 17. Tiempo de ida, estancia en el centro y vuelta de traslados de transporte sanitario no urgente por hemodiálisis. Año 2022 (en horas)

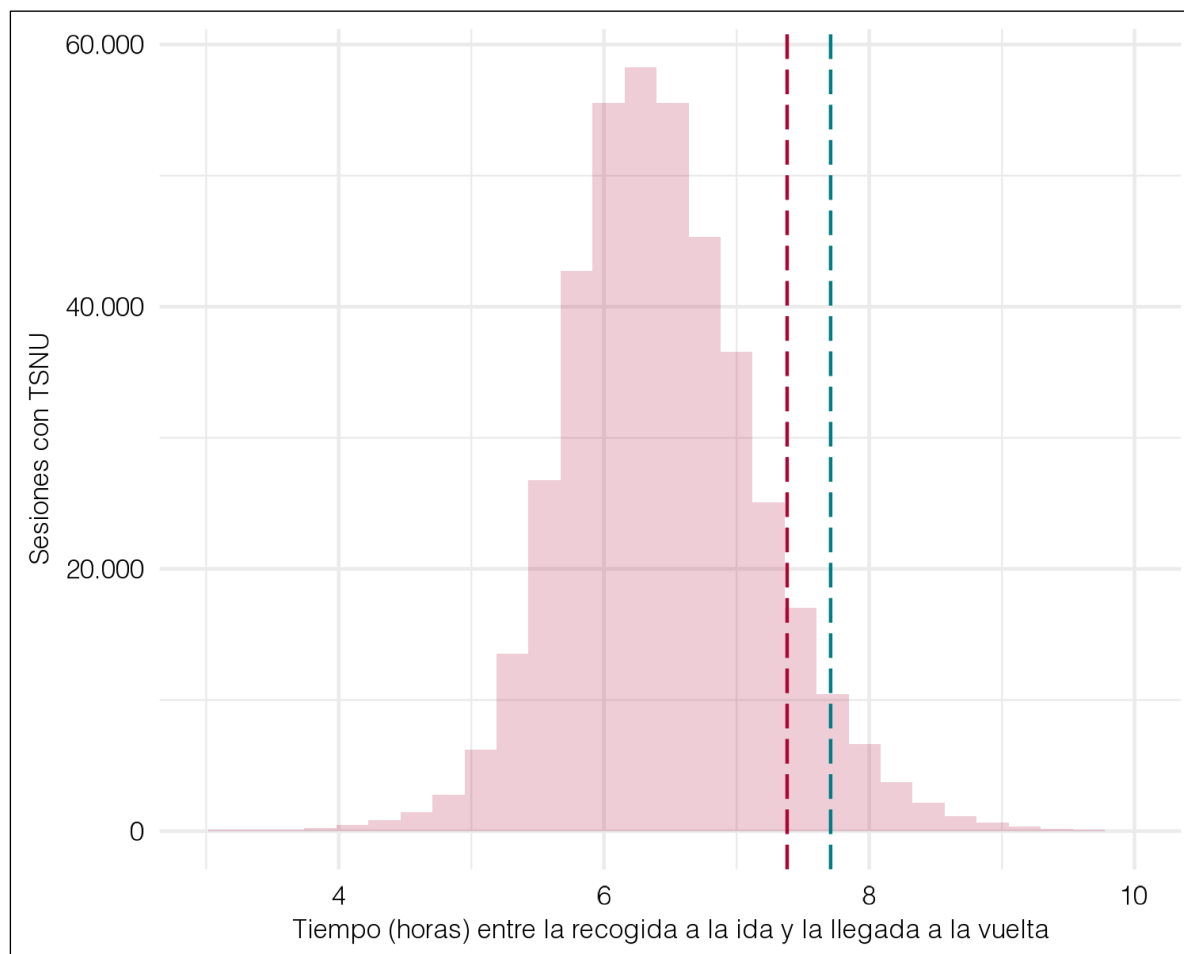
Lote territorial	Número de traslados	Ida		Estancia		Vuelta		Total	
		Mna.	Med.	Mna.	Med.	Mna.	Med.	Mna.	Med.
Alt Pirineu	1.341	0,4	0,7	4,9	4,7	0,4	0,7	6,0	6,1
Alt Penedès, Garraf y Baix Llobregat N.	21.014	0,5	0,6	5,6	5,6	0,5	0,5	6,6	6,7
Baix Llobregat y Hospitalet de Llobregat	60.095	0,5	0,5	5,3	5,2	0,7	0,8	6,6	6,6
Barcelonès Nord y Maresme	41.020	0,3	0,4	5,5	5,5	0,3	0,4	6,2	6,3
Vallès Occidental	36.941	0,5	0,5	5,1	5,1	0,6	0,7	6,3	6,3
Vallès Oriental	22.821	0,5	0,6	5,4	5,3	0,7	0,7	6,6	6,6
Barcelona y Montcada i Reixac	102.186	0,3	0,4	5,6	5,6	0,3	0,3	6,3	6,3
Camp de Tarragona	40.801	0,3	0,4	5,8	5,8	0,2	0,3	6,4	6,5
Catalunya Central	30.633	0,5	0,6	5,3	5,3	0,7	0,8	6,6	6,6
Girona Alt Maresme	46.087	0,6	0,7	5,1	5,0	0,8	0,9	6,5	6,6
Lleida	2.852	0,4	0,4	5,0	5,1	0,4	0,4	5,9	5,9
Región Sanitaria de Barcelona	40	0,0	0,1	5,2	5,2	0,0	0,0	5,2	5,3
Terres de l'Ebre	11.717	0,6	0,6	5,2	5,3	0,5	0,5	6,3	6,3
Total Cataluña	417.548	0,4	0,5	5,4	5,4	0,5	0,6	6,4	6,4

Fuente: Elaboración propia.

Clave: Mna.: mediana; Med.: media.

Nota: No están representados datos de traslados asumidos por taxis en lugar del SEM en algunas regiones sanitarias, como Lleida, Terres de l'Ebre y Alt Pirineu, porque la Sindicatura no ha tenido acceso a esos datos.

El análisis de los registros de traslados que están en los percentiles más altos de la distribución –90 y 95– pone de manifiesto un dato de interés: en el 10% de los traslados y estancias, el tiempo total de trayecto excedía las 7,4 horas (línea roja del gráfico siguiente), mientras que en el 5%, excedía las 7,7 horas (línea negra del gráfico siguiente):

Gráfico 21. Tiempo total de traslado (ida, estancia y vuelta), percentiles 90 y 95. Año 2022

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo con la información facilitada por el CatSalut, la duración media de las sesiones de hemodiálisis ambulatoria es de unas 4 horas. La Sindicatura no ha identificado que el CatSalut haya analizado y valorado la duración de los trayectos y el tiempo de estancia en los centros de tratamiento de hemodiálisis, y, en caso de que se consideren excesivos, si ha identificado posibles causas y acciones mitigadoras.

Los datos de los trayectos facilitados a la Sindicatura no contenían el punto de recogida del paciente. No se han podido vincular estos datos con los del Registro de enfermos renales de Cataluña (no compartían identificador), que incluyen el código postal del paciente. Por ello, no se ha podido valorar la razonabilidad del tiempo de trayecto en relación con la distancia entre el lugar de recogida del paciente y el centro de diálisis.

5.4. ¿EN QUÉ MEDIDA EXISTE UN SISTEMA DE CONTROL QUE GARANTICE EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO Y LA CALIDAD DEL SERVICIO?

5.4.1. ¿El CatSalut ha hecho seguimiento de los indicadores de calidad de los centros de diálisis que pueden dar lugar a una regularización de la facturación?

El cumplimiento en la calidad y las características del servicio extrahospitalario de hemodiálisis constituían una obligación contractual esencial, de acuerdo con los pliegos de la licitación de la gestión del servicio que adjudicó el CatSalut.

Se estableció un sistema de pago del servicio sujeto a una regularización necesaria a final de año, a partir de un informe que cada región sanitaria debía emitir al final del ejercicio en relación con el grado de cumplimiento de los objetivos fijados. Esta regularización, que podría detraer hasta el 5% del importe aceptado para cada uno de los niveles y modalidades, estaba en función de 6 indicadores susceptibles de actualización anual en los supuestos de prórroga de contrato, y vinculados a la necesidad de cumplir los estándares de calidad básicos para evaluar los centros que prestaban estos servicios:

Cuadro 18. Indicadores de calidad básicos para evaluar los centros que prestan servicios de hemodiálisis. Año 2022

Indicador	Parámetros de evaluación	Objetivo
Diálisis adecuada	Porcentaje de pacientes prevalentes	> 85
Acceso vascular (fistula arteriovenosa interna)	Porcentaje de pacientes con acceso vascular interno	> 75
	Porcentaje de pacientes con catéter temporal no tunelado	< 10
Anemia	Porcentaje de pacientes prevalentes	> 70
	Porcentaje de pacientes prevalentes con ferritinemia	> 80
Osteodistrofia renal	Porcentaje de pacientes prevalentes	> 40
	Porcentaje de pacientes con fósforo sérico	> 50
Trasplante renal	Porcentaje de pacientes sin contraindicación	> 75
Agua tratada	Porcentaje de determinaciones de conductividad	> 80
	Porcentaje de cultivos	> 90
	Porcentaje de determinaciones de aluminio	100
	Porcentaje de determinaciones de endotoxinas	> 90

Fuente: Pliego de especificaciones técnicas para la prestación del servicio de hemodiálisis ambulatoria, CatSalut (véase el anexo 2).

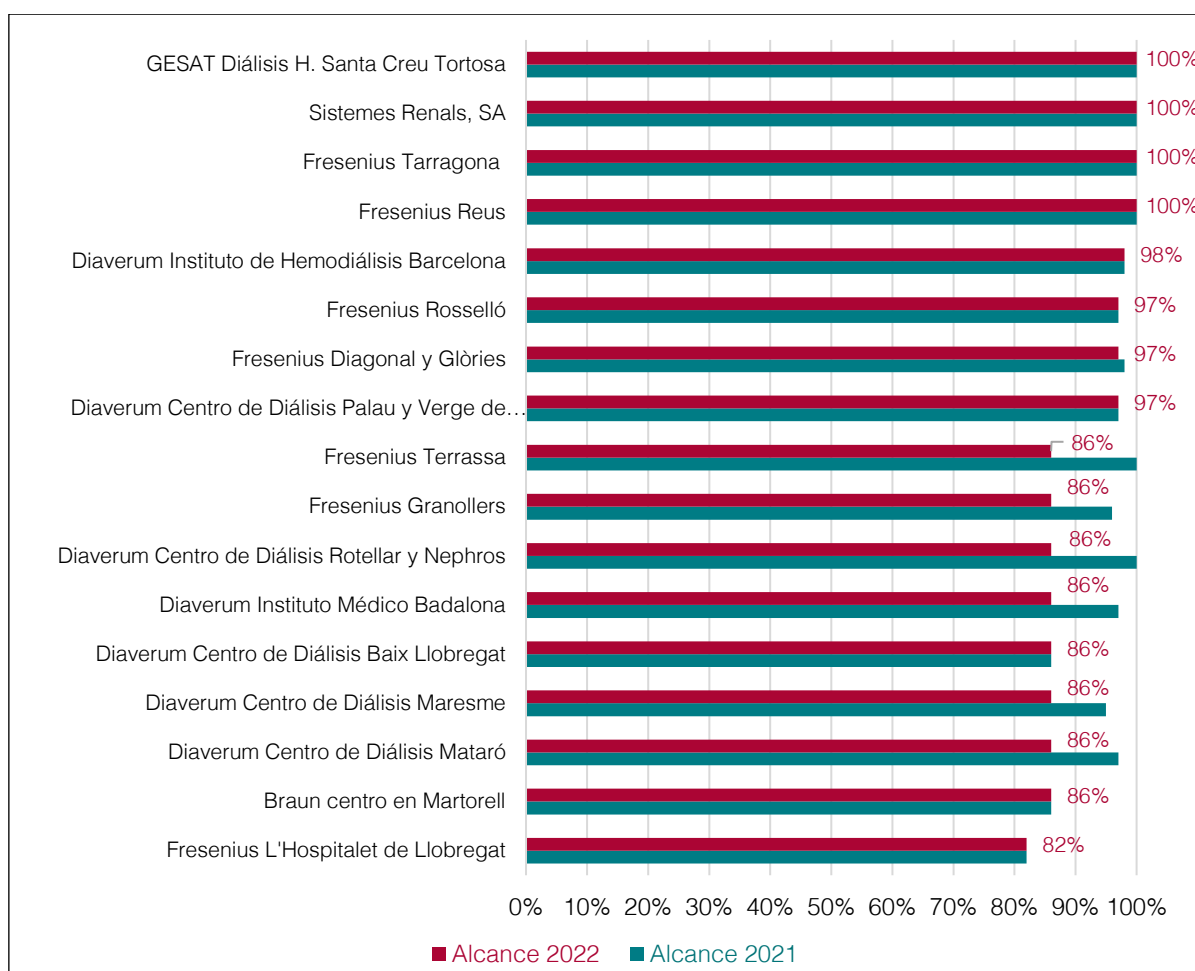
El establecimiento de la utilización y monitorización de los objetivos de calidad previstos en los pliegos debía permitir profundizar en la evaluación de los servicios de nefrología y mejorar progresivamente su calidad. Por eso, y de acuerdo con los pliegos de la licitación,

debían ser revisados periódicamente en colaboración con la Sociedad Catalana de Nefrología para garantizar su vigencia y rigor científico.

Los aspectos observados han sido los siguientes:

- El CatSalut recogió los indicadores de calidad que condicionaban el sistema de pago en los centros. En relación con estos indicadores, las diferentes regiones sanitarias del CatSalut emitieron los correspondientes informes anuales sobre el grado de cumplimiento de los objetivos fijados en el pliego de especificaciones técnicas de la licitación. En esos informes consta un porcentaje de consecución global por parte del proveedor del servicio, en cada uno de los centros. Solo en 5 centros el CatSalut aportó el detalle de los porcentajes parciales alcanzados para cada uno de los indicadores previstos en los pliegos, que conforman el porcentaje de consecución global:

Gráfico 22. Alcance global de los indicadores de calidad de los centros extrahospitalarios de hemodiálisis



Fuente: Elaboración propia.

La Sindicatura ha observado que en el año 2022 los centros extrahospitalarios han alcanzado porcentajes de calidad muy similares a los del año anterior, o bien en algún caso se han reducido, y también han alcanzado determinados patrones de repetición en el valor global de estos porcentajes.

Para 2 de los centros evaluados el CatSalut ha asignado un porcentaje de consecución global del 100%, aunque incumplen uno de los objetivos parciales previstos en el pliego, mientras que para 12 centros la Sindicatura no ha podido disponer del detalle de los porcentajes parciales alcanzados de cada uno de los 6 indicadores que han intervenido en la determinación del alcance global comunicado. En cuanto al centro ubicado en el Hospital de la Santa Creu de Tortosa, la consecución global del año 2022 ha sido comunicada en un documento donde no constan la firma formal ni la fecha de elaboración.

De acuerdo con las fichas técnicas de definición, la fuente de información de estos indicadores son las propias entidades proveedoras, e incluso en el documento donde constan los porcentajes de consecución desglosados de los indicadores de 2 centros de diálisis aparece el logotipo del contratista, hechos que ponen de manifiesto una clara debilidad del entorno de control y hacen necesaria la supervisión y verificación por parte del CatSalut de los resultados enviados, dado que paga una contraprestación por el servicio prestado condicionada, en parte, al valor de estos indicadores.

- El CatSalut ha manifestado que los indicadores que se establecieron en los pliegos de la licitación no han sido actualizados durante la vigencia del contrato porque no ha habido novedades, por lo que no ha modificado su descripción ni tampoco las bandas de consecución.

La revisión de estos indicadores está prevista en el marco de la nueva licitación para la adjudicación del servicio, durante el segundo trimestre de 2024, para extraer aquellos que son ampliamente alcanzados e incluir otros nuevos.

La Sociedad Catalana de Nefrología manifestó a la Sindicatura que no participó en la revisión o valoración de la vigencia o adecuación de los estándares de calidad fijados en los pliegos. Esto evidencia que ambas partes no han actuado en común para establecer unos estándares actualizados y rigurosos.

5.4.2. ¿En qué medida el CatSalut ha realizado un seguimiento y control periódico de la actividad, ha publicado sus resultados y los ha hecho accesibles a las partes interesadas?

Las cláusulas 23 y 27 de los pliegos de condiciones de la licitación de la gestión del servicio de hemodiálisis extrahospitalaria establecían una serie de obligaciones del adjudicatario y

del titular del servicio. Estas obligaciones se derivan de lo dispuesto en el Decreto 66/2010, de 25 de mayo, por el que se regula el establecimiento de los convenios y contratos de gestión de servicios asistenciales en el ámbito del Servicio Catalán de la Salud, posteriormente derogado por el Decreto 118/2014, de 5 de agosto, sobre la contratación y prestación de los servicios sanitarios con cargo al Servicio Catalán de la Salud. El Plan funcional que debían presentar las empresas en el procedimiento de licitación debía incluir un programa de calidad, con la descripción del diseño y su implantación y la mejora continua.

Sin embargo, la Sindicatura ha constatado que no se ha dado cumplimiento a obligaciones de carácter relevante que se preveían:

- El CatSalut ha manifestado a la Sindicatura que no ha ejercido las potestades de evaluación e inspección que le otorgaba el pliego de la licitación de la gestión del servicio del que es titular. La Dirección General de Ordenación y Regulación Sanitaria ha manifestado que en el año 2022 no realizó ninguna actuación inspectora ni aplicó penalidades derivadas de la ejecución del servicio.
- La Sindicatura no tiene constancia de que el CatSalut haya realizado un seguimiento del programa de calidad o de los certificados de calidad acreditados inicialmente en las ofertas de los contratistas.
- No hay constancia de que los contratistas del servicio hayan aportado al CatSalut las cuentas anuales auditadas, o la justificación escrita en caso de incumplimiento de este requisito, en los términos que establecía la cláusula 23 de los pliegos. Por eso, la administración contratante no conoce información relevante que pueda constar en estas cuentas o que pueda afectar a la gestión del servicio contratado.
- La cláusula 27 del pliego de condiciones de la licitación del servicio establece la obligatoriedad de los contratistas de realizar auditorías internas para garantizar la calidad del servicio. Sin embargo, el CatSalut no ha hecho el seguimiento de los resultados de estas auditorías o de los aspectos relevantes que puedan ponerse de manifiesto en relación con la calidad de la prestación del servicio. No existe constancia de que el CatSalut haya exigido a los contratistas la realización de las auditorías internas que requería el pliego de la licitación para garantizar la calidad del servicio. La Sindicatura no ha podido obtener los informes de evaluación final de la ejecución del contrato que debían elaborar los responsables de contrato de cada región sanitaria.
- El hecho de que no se evaluaran periódicamente los resultados y, por lo tanto, no se pudieran publicar, incumplía el artículo 74 del Decreto 118/2014, de 5 de agosto, e implicó el desconocimiento por parte de la ciudadanía del nivel de calidad del servicio prestado.

Por otra parte, la revisión de la facturación de los centros de diálisis en el CatSalut, derivados de la prestación del servicio, ha puesto de relieve una nueva debilidad de los circuitos de control de la actividad prestacional que ha dado lugar a una posible duplicidad en la facturación:

- Se ha detectado que al menos 31.574 registros correspondían a facturas potencialmente duplicadas, dado que los conceptos facturados son la prestación de servicios de diálisis (hemodiálisis, hemodiálisis domiciliaria o diálisis peritoneal), en centros hospitalarios o extrahospitalarios, al mismo paciente y en el mismo día.⁶¹
- La casuística de repetición de los servicios facturados afecta al menos a 31.574 facturas correspondientes a 3.114 pacientes de sesiones de diálisis que se han facturado entre 2 y 4 veces referentes al mismo paciente y día, durante el período 2014-2022.

**Cuadro 19. Número de facturas coincidentes en un mismo paciente y día.
Período 2014-2022**

Facturas coincidentes	Número de casos	Número de facturas
2	15.484	30.968
3	198	594
4	3	12
Total	15.685	31.574

Fuente: Elaboración propia.

La siguiente tabla muestra el número de combinaciones de los diferentes servicios de diálisis que los centros hospitalarios y los centros de diálisis han facturado en el CatSalut correspondiente al mismo paciente y en el mismo día. En la tabla destacan las combinaciones correspondientes a facturación de la misma técnica de hemodiálisis, para un mismo paciente y en el mismo día. Concretamente, el análisis muestra un total de 4.928 casos de sesiones de hemodiálisis facturadas tanto por un centro hospitalario como por un centro extrahospitalario, 459 casos de sesiones de hemodiálisis facturadas por 2 centros hospitalarios no ICS y 511 casos de sesiones de hemodiálisis facturadas por centros hospitalarios del ICS. Hay que tener en cuenta que el sistema de información de la facturación del CatSalut incluye una validación para impedir que un mismo centro facture un mismo concepto más de una vez por paciente y fecha, pero esta validación no se extiende a

61. El CatSalut alega en el punto 48 de sus alegaciones que algunas de las facturas corresponden a registros duplicados en el año 2014 ya identificados por el CatSalut y que se descontaron con los proveedores, sin embargo no ha proveído la documentación necesaria para verificar este hecho. La Sindicatura considera que la revisión de facturas potencialmente duplicadas realizada por parte del CatSalut en las alegaciones no garantiza una aproximación perfecta al número real de facturas que corresponderían a actividad no realizada, tal y como sería la comprobación con las listas de asistencia de los pacientes. Algunos de los criterios utilizados por el CatSalut podrían generar una infraestimación del número real de facturas duplicadas.

coincidencias que puedan darse en el mismo paciente y fecha para diferentes conceptos de diálisis ni entre distintos centros.

Cuadro 20. Número de casos por tipo de combinaciones de servicios de diálisis facturados coincidentes en un mismo paciente y día. Período 2014-2022

Combinaciones de casos por tipo de diálisis y centro	Diálisis peritoneal - Hospitalario no ICS	Diálisis peritoneal - Hospitalario ICS	Hemo-diálisis - Extrahospitalario	Hemo-diálisis - Hospitalario no ICS	Hemo-diálisis - Hospitalario ICS	Total
Hemodiálisis domiciliaria - Hospitalario no ICS	0	0	0	3	2	5
Diálisis peritoneal - Hospitalario no ICS	322	1.008	173	351	182	2.036
Diálisis peritoneal - Hospitalario ICS		2.399	1.403	533	3.483	7.818
Hemodiálisis - Extrahospitalario			1.399	883	2.646	4.928
Hemodiálisis - Hospitalario no ICS				459	484	943
Hemodiálisis - Hospitalario ICS					27	27
Total	322	3.407	2.975	2.229	6.824	15.757

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 21. Número de sesiones de diálisis facturadas correspondientes al mismo paciente y en el mismo día, en distintos centros. Período 2014-2022

Número de sesiones de diálisis duplicadas por paciente	Pacientes	Facturas	Pacientes (%)	Acumulado pacientes (%)	Facturas (%)	Acumulado facturas (%)
2	1.673	3.346	53,73	53,73	10,60	10,60
4	538	2.152	17,28	71,00	6,82	17,41
Entre 4 y 20	567	5.453	18,21	89,21	17,27	34,68
Entre 20 y 100	307	12.207	9,86	99,07	38,66	73,35
Entre 100 y 500	25	4.509	0,80	99,87	14,28	87,63
Más de 500	4	3.907	0,13	100,00	12,37	100,00
Total	3.114	31.574	100			100,00

Fuente: Elaboración propia.

La Sindicatura ha efectuado una estimación de los importes facturados en estos casos.

Durante el período 2014-2022 la facturación que responde a la casuística descrita suma 4,33 M€. Sin embargo, existe una parte de esta facturación que corresponde a sesiones realizadas en centros del ICS que la Sindicatura ha excluido en el cálculo porque reciben

una transferencia directa del CatSalut correspondiente al importe íntegro presupuestado. El importe estimado de facturas duplicadas es de 2,39 M€, sin perjuicio de que en estos centros no se ha detectado ni corregido tampoco la potencial duplicidad en el servicio prestado.

El análisis de las facturas por sesiones de diálisis potencialmente duplicadas ha puesto de manifiesto que si en la relación de estas facturas se excluye la factura que corresponde al servicio que tiene una tarifa más alta, el volumen de pagos indebidos efectuados por el CatSalut a los centros proveedores en este período es, como mínimo, de 1,73 M€, y de 550.666 € si se excluye el efecto de los centros proveedores del ICS.

Es destacable que el año con más coincidencias detectadas es 2014, cuando se licitó la gestión del servicio de hemodiálisis extrahospitalaria:

Cuadro 22. Importes facturados por sesiones coincidentes. Período 2014-2022

Ejercicio	Centros ICS y no ICS		Solo centros no ICS	
	Importe facturado	Importe facturado, deduciendo la factura de mayor importe	Importe facturado	Importe facturado, deduciendo la factura de mayor importe
2014	1.523.414	640.643	752.503	291.419
2015	639.445	237.707	190.306	38.440
2016	314.055	124.086	200.611	25.871
2017	244.336	98.067	165.454	24.536
2018	297.144	117.356	199.666	34.497
2019	359.809	145.834	250.651	49.320
2020	298.595	114.215	188.106	19.715
2021	343.818	134.307	217.673	28.977
2022	308.568	112.882	228.985	37.891
Total	4.329.184	1.725.096	2.393.955	550.666

Fuente: Elaboración propia.

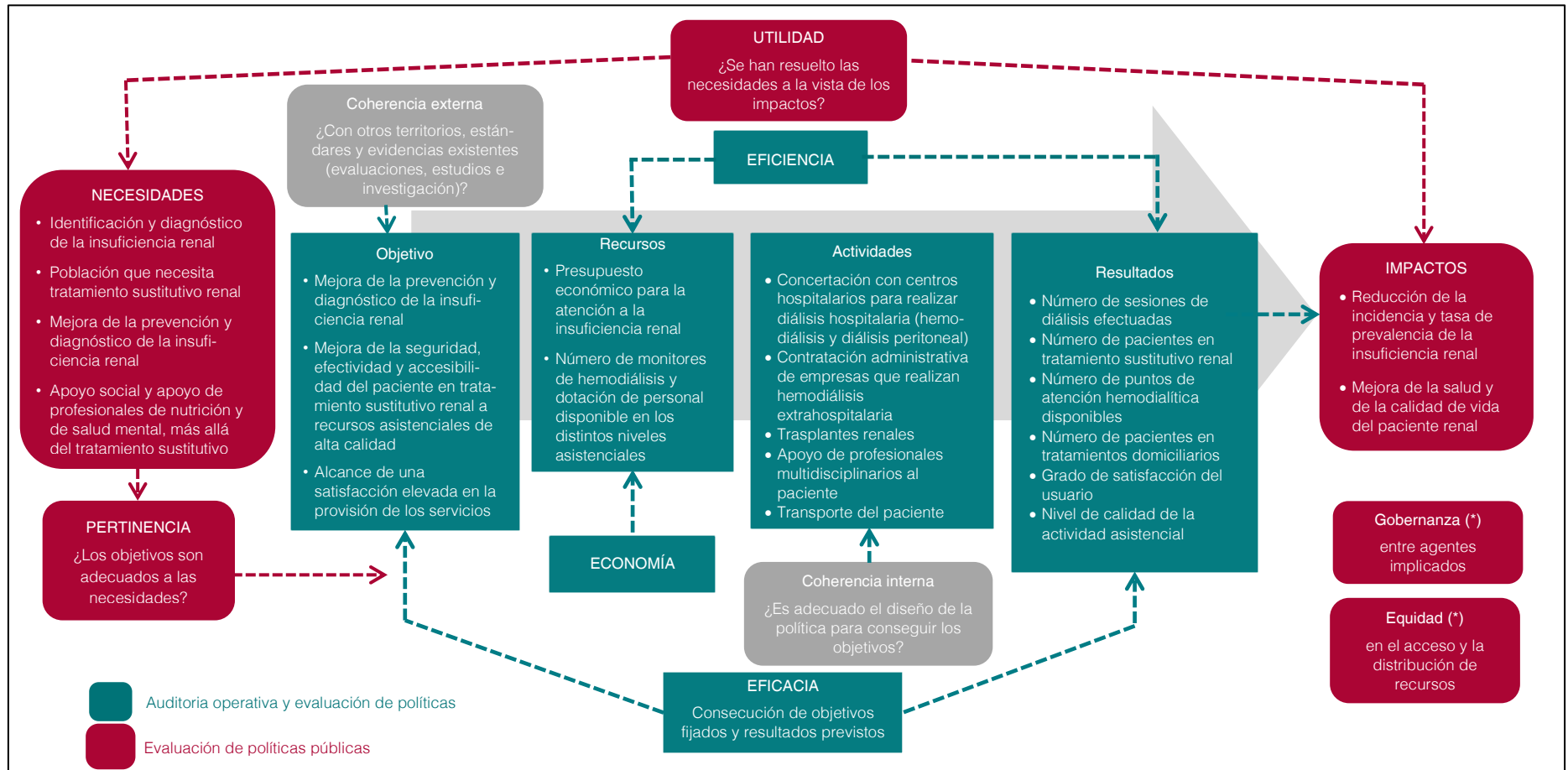
Este hecho prueba que el CatSalut no cuenta con un sistema de validación suficientemente robusto, no realiza tareas periódicas de revisión y control para prevenir, evitar o revertir la posibilidad de que algunos centros, de forma puntual o recurrente, hayan facturado servicios no realizados, ni ha solicitado a los proveedores del servicio las hojas de asistencia a las sesiones de diálisis para comprobar que las facturas sean por los servicios prestados.

Las irregularidades descritas podrían dar lugar a hechos perseguibles administrativa y judicialmente. Esta afirmación se realiza respecto a la posible existencia de indicios de responsabilidades, ya que la apreciación únicamente puede hacerla la jurisdicción y los órganos competentes para determinarla.

6. ANEXOS

6.1. TEORÍA DEL CAMBIO

Gráfico 23. Atención a la insuficiencia renal



Fuente: Elaboración propia.

* Es aplicable a todo el flujo de la teoría del cambio.

6.2. CONSEJO DE DIRECCIÓN DEL CATSALUT

Durante el período fiscalizado formaban parte del Consejo de Dirección las siguientes personas:

Presidente:	Josep M. Argimon Pallàs (hasta el 10 de octubre de 2022)
	Manuel Balcells Díaz (a partir del 10 de octubre de 2022)
Vicepresidenta primera:	Meritxell Masó Carbó (hasta el 11 de octubre de 2022)
	Mercè Salvat Guinjoan (a partir del 11 de octubre de 2022)
Vicepresidenta segunda:	Gemma Craywinckel Martí (hasta el 18 de octubre de 2022)
	Ramon Canal Comaposada (a partir del 18 de octubre de 2022)
Vocales:	En representación del Departamento de Economía y Conocimiento:
	Anna Tarrach Colls (hasta el 15 de febrero de 2022)
	Esther Pallarols Llinàs (a partir del 2 de marzo de 2022)
	En representación del Departamento de Salud:
	Meritxell Budó Pla (hasta el 10 de noviembre de 2022)
	Carme Bertral López (a partir del 10 de noviembre de 2022)
	Carmen Cabezas Peña
	Aina Plaza Tesías
	Josefina Valls Vila (hasta el 10 de noviembre de 2022)
	Marta Álvarez Daroca (a partir del 10 de noviembre de 2022)
	Yolanda Lejardí Estévez
	Iván Planas Miret (hasta el 10 de noviembre de 2022)
	Alfredo García Díaz (a partir del 10 de noviembre de 2022)
	En representación de las regiones sanitarias:
	Josep Pifarré Paredero (hasta el 10 de noviembre de 2022)
	Raül Llevot Pérez (a partir del 10 de noviembre de 2022)
	Felip Benavent Viladegut (hasta el 10 de noviembre de 2022)
	Miquel Abrantes Lluch (a partir del 10 de noviembre de 2022)
	Dolça Cortasa Vidal (hasta el 10 de noviembre de 2022)
	Imma Grau Farrús (a partir del 10 de noviembre de 2022)
	Anna Arán Solé (hasta el 10 de noviembre de 2022)
	Arturo Míguez Rey (a partir del 10 de noviembre de 2022)
	Miquel Carreras Massanet

Imma Cervós Costansa (hasta el 10 de noviembre de 2022)

Alba Oms Llobet (a partir del 10 de noviembre de 2022)

Joan Nin Cervellera (hasta el 10 de noviembre de 2022)

Íngrid Roca Burgueño (a partir del 10 de noviembre de 2022)

En representación del Consejo General de Arán:

Maria Vergés Pérez

En representación de los consejos comarcales:

Alba Pijuan Vallverdú

Joana Ortega Alemany

En representación de los ayuntamientos:

Santiago Macip Esteller

Carme Lostao Otero

En representación de las organizaciones sindicales más representativas de Cataluña:

Núria Solé Domingo

Alicia Hernández Jarque

Carlos Domínguez Rodríguez

En representación de las organizaciones empresariales más representativas del sector sanitario de cobertura pública de Cataluña:

Roser Fernández Alegre

José Augusto García Navarro

Anna Zarzosa Güell

En representación de las corporaciones profesionales sanitarias de Cataluña:

Jaume Sellarès Sallas

Estrella Martínez Segura (hasta el 28 de octubre de 2022)

Glòria Jodar Solà (a partir del 28 de octubre de 2022)

En representación de las asociaciones de consumidores, usuarios y enfermos:

Carme Sabater Sánchez

Anna Burgués Estebanell (a partir del 24 de febrero de 2022)

Secretario:

Rafael Gomàriz Parra

6.3. CENTROS ASISTENCIALES

Cuadro 23. Servicio de Nefrología

Nombre del centro	Contratación	Entidad
Hospital Universitario Arnau de Vilanova	Gestión directa	ICS
Hospital de Tarragona Joan XXIII	Gestión directa	ICS
Hospital Universitario Doctor Josep Trueta	Gestión directa	ICS
Hospital Universitario de Bellvitge	Gestión directa	ICS
Hospital Univ. Germans Trias i Pujol	Gestión directa	ICS
Hospital General Vall d'Hebron	Gestión directa	ICS
Hospital Maternoinfantil Vall d'Hebron	Gestión directa	ICS
Hospital Clínico y Provincial	Concierto sanitario	Consortio Hospital Clínico de Barcelona
Hospital del Mar	Concierto sanitario	Consortio Mar Parque de Salud de Barcelona
Fundació Puigvert / Iuna	Concierto sanitario	Fundació Puigvert

Fuente: Registro de enfermos renales de Cataluña. Se han actualizado los nombres de los Centros de diálisis.

Cuadro 24. Unidad de Asistencia Nefrológica

Nombre del centro	Tipo de contratación	Entidad
Centro Hospitalario de Manresa	Concierto sanitario	ALTHAIA, Red Asistencial Universitaria de Manresa, Fundació Privada
Clínica Girona	Concierto sanitario	Clínica Girona, SA
Hospital de Figueres	Concierto sanitario	Fundació Salut Empordà
Consortio Hospitalario Parc Taulí	Concierto sanitario	Consortio Corporación Sanitaria Parc Taulí de Sabadell
Hospital de Terrassa	Concierto sanitario	Consortio Sanitario de Terrassa
Hospital General de Vic	Concierto sanitario	Consortio Hospitalario de Vic
Hospital de Sant Joan de Déu	Concierto sanitario	Hospital de Sant Joan de Déu
Pius Hospital de Valls	Concierto sanitario	Gestió Pius Hospital de Valls, SA
Hospital Sociedad Socorros Mutuos de Mollet	Concierto sanitario	Fundació Sanitària de Mollet
Fundació Sanitària d'Igualada	Concierto sanitario	Consortio Sanitario de L'Anoia
Hospital de la Santa Creu de Tortosa*	Contrato administrativo	GESAT
Hospital Comarcal Sant Joan Despí	Concierto sanitario	Consortio Sanitario Integral

Fuente: Registro de enfermos renales de Cataluña. Se han actualizado los nombres de los Centros de diálisis.

* El CatSalut presenta el Hospital de la Santa Creu de Tortosa gestionado por la entidad GESAT como Unidad de Asistencia Nefrológica, el cual tiene también un contrato administrativo por la prestación del servicio extrahospitalario de diálisis ambulatoria.

Cuadro 25. Centro de diálisis extrahospitalario

Nombre del centro	Contratación	Entidad
Diaverum Centro de Diálisis Palau	Contrato administrativo	Diaverum
Diaverum Centro de Diálisis Nephros	Contrato administrativo	Diaverum
Diaverum Centro de Diálisis Verge de Montserrat	Contrato administrativo	Diaverum
Diaverum Centro de Diálisis Baix Llobregat	Contrato administrativo	Diaverum
Diaverum Centro de Diálisis Mataró	Contrato administrativo	Diaverum
Fresenius Terrassa	Contrato administrativo	Fresenius
Fresenius Rosselló	Contrato administrativo	Fresenius
Diaverum Instituto de Hemodiálisis Barcelona	Contrato administrativo	Diaverum
Fresenius Granollers	Contrato administrativo	Fresenius
Fresenius L'Hospitalet de Llobregat	Contrato administrativo	Fresenius
Fresenius Diagonal	Contrato administrativo	Fresenius
Fresenius Tarragona	Contrato administrativo	Fresenius
Fresenius Reus	Contrato administrativo	Fresenius
Sistemes Renals, SA	Contrato administrativo	Sistemes Renals
Diaverum Centro de Diálisis Rotellar	Contrato administrativo	Diaverum
Diaverum Instituto Médico Badalona	Contrato administrativo	Diaverum
Fresenius Glòries	Contrato administrativo	Fresenius
Fresenius El Vendrell	Contrato administrativo	Fresenius
Fresenius Sant Boi de Llobregat	Contrato administrativo	Fresenius
Diaverum Centro de Diálisis Maresme	Contrato administrativo	Diaverum
Braun centro en Martorell	Contrato administrativo	Braun

Fuente: Registro de enfermos renales de Cataluña. Se han actualizado los nombres de los Centros de diálisis.

Cuadro 26. Centro de diálisis hospitalario

Nombre del centro	Tipo de contratación	Entidad
Hospital de Palamós	Concierto sanitario	Fundació Hospital de Palamós - Servicios de Salud Integrados Baix Empordà
Hospital Comarcal de El Pallars	Concierto sanitario	Gestión de Servicios Sanitarios
Hospital Comarcal de Sant Antoni Abad	Concierto sanitario	Consorcio Sanitario de L'Alt Penedès y El Garraf
Hospital San Bernabé de Berga	Concierto sanitario	Salud Catalunya Central
Centro de Diálisis e Investigación Aplicada Manso	No se identifica la cláusula de contratación	Consorcio Hospital Clínico de Barcelona
Hospital de La Cerdanya	Concierto sanitario	Agrupación Europea de Cooperación Territorial Hospital de La Cerdanya

Fuente: Registro de enfermos renales de Cataluña. Se han actualizado los nombres de los Centros de diálisis.

6.4. OBJETIVOS, SUBOBJETIVOS Y CRITERIOS DE AUDITORÍA

Objetivos	Subobjetivos	Criterios de auditoría
1. ¿El Gobierno ha planteado una política pública de atención al enfermo renal que responde a unas necesidades previamente identificadas?	1.1. ¿El Gobierno ha planificado los recursos a partir de unas necesidades previamente identificadas?	- Plan estratégico de ordenación de la atención al paciente nefrológico, 2008 - Orden de 16 de junio de 1987, de desarrollo del Programa de atención a la insuficiencia renal - Orden de 3 enero de 1984, de creación del Registro de enfermos renales de Cataluña - Prevalencia del tratamiento sustitutivo renal - Decreto 196/2010, de 14 de diciembre, del sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña
	1.2. ¿El marco legal y las políticas abordan las necesidades de los grupos identificados como vulnerables?	- Plan de salud 2021-2025 - Plan de Gobierno XIV Legislatura - Real decreto legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de contratos del sector público - Estudios nacionales
	1.3. ¿El Gobierno ha informado e involucrado a las partes interesadas en los procesos para planificar, implementar y supervisar el servicio extrahospitalario de la insuficiencia renal?	- Marco de la Participación Ciudadana en Salud, 2018 - Plan de salud 2021-2025

Objetivos	Subobjetivos	Criterios de auditoría
2. ¿La contratación del servicio de hemodiálisis ambulatoria ha sido adecuada para dar respuesta a las necesidades sanitarias y sociales?	2.1. ¿El contrato se ha hecho justificando la falta de medios propios y escogiendo la fórmula de contratación más adecuada para cubrir las necesidades existentes?	- Real decreto legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de contratos del sector público - Decreto 66/2010, de 25 de mayo, por el que se regula el establecimiento de los convenios y contratos de gestión de servicios asistenciales en el ámbito del Servicio Catalán de la Salud - Decreto 118/2014, de 5 de agosto, sobre la contratación y prestación de los servicios sanitarios con cargo al Servicio Catalán de la Salud - <i>Guía para la detección de la colusión en la contratación pública</i> aprobada por la Autoridad Catalana de la Competencia
	2.2. ¿La contratación se ha realizado incorporando las normas de calidad previstas en la normativa?	- Real decreto legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de contratos del sector público - Decreto 92/2009, de 9 de junio, por el que se establecen los requisitos tecnicosanitarios para la autorización sanitaria de los centros y unidades de diálisis equipados con monitores de hemodiálisis
	2.3. ¿El coste de la prestación del servicio se ha determinado en términos de economía?	- Contratos administrativos por el servicio extrahospitalario - Orden SLT/77/2022, de 22 de abril, por la que se establecen para el año 2022 las tarifas máximas de los servicios de diálisis efectuados por los centros y establecimientos sanitarios de ámbito no hospitalario que contrate el Servicio Catalán de la Salud, y Orden SLT/269/2022, de 5 de diciembre, que modificó las tarifas máximas para el año 2022 - Contratos administrativos por hemodiálisis hospitalaria del ámbito de Cataluña - Estudios de coste-efectividad nacionales de las diversas modalidades de diálisis

Objetivos	Subobjetivos	Criterios de auditoría
3. ¿Se han adquirido las prestaciones en la cantidad y calidad más adecuadas y la coordinación de los recursos asistenciales ha sido coherente y eficaz?	3.1. ¿En qué medida el presupuesto del servicio extrahospitalario de la insuficiencia renal ha sido suficiente en base a las necesidades de hemodiálisis?	- Prevalencia del tratamiento sustitutivo renal - Sesiones de diálisis prescritas por los profesionales - Contratos administrativos por el servicio extrahospitalario - Decreto 66/2010, de 25 de mayo, por el que se regula el establecimiento de los convenios y contratos de gestión de servicios asistenciales en el ámbito del Servicio Catalán de la Salud - Decreto 118/2014, de 5 de agosto, sobre la contratación y prestación de los servicios sanitarios con cargo al Servicio Catalán de la Salud - Ley 1/2021, de 29 de diciembre, de presupuestos de la Generalidad de Cataluña para 2022 - Orden SLT/77/2022, de 22 de abril, por la que se establecen para el año 2022 las tarifas máximas de los servicios de diálisis efectuados por los centros y establecimientos sanitarios de ámbito no hospitalario que contrate el Servicio Catalán de la Salud, y Orden SLT/269/2022, de 5 de diciembre, que modificó las tarifas máximas para el año 2022
	3.2. ¿Qué resultados se han conseguido?	- Orden de 3 enero de 1984, de creación del Registro de enfermos renales de Cataluña - Plan estratégico de ordenación de la atención al paciente nefrológico, 2008 - Documento de decisiones compartidas de la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña, 2021 - Consenso interdisciplinario sobre el abordaje de la persona con enfermedad renal crónica avanzada, 2023 - Estudios de coste-efectividad internacionales de las diversas modalidades de diálisis
	3.3. ¿En qué medida los recursos humanos y tecnológicos son suficientes y equitativos, y su relación con los servicios prestados es eficiente?	- Decreto 92/2009, de 9 de junio, por el que se establecen los requisitos tecnicosanitarios para la autorización sanitaria de los centros y unidades de diálisis equipados con monitores de hemodiálisis - Equidad territorial

Objetivos	Subobjetivos	Criterios de auditoría
	3.4. ¿Hay una coordinación adecuada entre los distintos recursos asistenciales que permita ofrecer una asistencia sanitaria adecuada en tiempo y calidad?	- Plan estratégico de ordenación de la atención al paciente nefrológico, 2008 - Consenso catalán sobre atención a la enfermedad renal crónica - Consenso interdisciplinario sobre el abordaje de la persona con enfermedad renal crónica avanzada. 2023 - Estudios poblacionales de prevalencia y prevención de la enfermedad - Plan de salud 2021-2025
	3.5. ¿El contrato se ha establecido teniendo en cuenta criterios que aseguren que la calidad del servicio sea la misma que se prestaría con medios propios?	- Contratos administrativos por el servicio extrahospitalario - Estudios sobre la diálisis personalizada
	3.6. ¿Cuál es el grado de satisfacción del usuario?	- Decreto 118/2014, de 5 de agosto, sobre la contratación y prestación de los servicios sanitarios con cargo al Servicio Catalán de la Salud - Contratos administrativos por el servicio extrahospitalario - Experiencias internacionales - Equidad territorial
4. ¿En qué medida existe un sistema de control que garantice el cumplimiento del contrato y la calidad del servicio?	4.1. ¿El CatSalut ha realizado un seguimiento de los indicadores de calidad de los centros de diálisis que pueden dar lugar a una regularización de la facturación?	- Pliegos de especificaciones técnicas para la prestación del servicio de hemodiálisis ambulatoria
	4.2. ¿En qué medida el CatSalut ha realizado el seguimiento y control periódico de la actividad, ha publicado los resultados y los ha hecho accesibles a las partes interesadas?	- Contratos administrativos por el servicio extrahospitalario - Pliegos de especificaciones técnicas para la prestación del servicio de hemodiálisis ambulatoria - Decreto 66/2010, de 25 de mayo, por el que se regula el establecimiento de convenios y contratos de gestión de servicios asistenciales en el ámbito del Servicio Catalán de la Salud, posteriormente derogado por el Decreto 118/2014, de 5 de agosto, sobre la contratación y prestación de los servicios sanitarios con cargo al Servicio Catalán de la Salud

6.5. CÁLCULO DEL MARGEN DE LOS TRATAMIENTOS DE HEMODIÁLISIS

6.5.1. Hemodiálisis hospitalaria

Cuadro 27. Hemodiálisis hospitalaria

Concepto	Precio de una sesión de hemodiálisis convencional	Precio de una sesión de hemodiálisis hospitalaria HDF	1 semana	1 mes	1 año
Ingresos de hospital	175,60	210,62	627	2.506	30.077
Gastos del hospital*	(55,00)	(55,00)	(165)	(660)	(7.920)
Margen del hospital para cubrir otros gastos relacionados con la prestación del servicio estimado por la Sindicatura	120,60	155,62	462	1.846	22.157

Importes en euros.

Fuente: Elaboración propia.

* Importes con IVA incluido.

Para calcular el margen del hospital, la Sindicatura ha considerado el caso de un servicio de nefrología que ofrece asistencia las 24 horas. De acuerdo con los precios aprobados para el año 2022 para la hemodiálisis hospitalaria, la tarifa prevista para los hospitales que disponían de un servicio de nefrología 24 horas fue de 175,60 € por una sesión de hemodiálisis hospitalaria y de 210,62 € por una sesión de hemodiálisis hospitalaria HDF.

Por otra parte, cuando el servicio lo prestaba un hospital que no tenía un servicio de nefrología 24 horas, una Unidad de Asistencia Nefrológica o un Centro de diálisis hospitalario, las tarifas previstas eran inferiores: de 161,44 € por una sesión de hemodiálisis asistida con bicarbonato y de 196,46 € por una sesión de hemodiálisis asistida HDF.

Para el cálculo de los ingresos hospitalarios, la Sindicatura ha ajustado el importe de la tarifa considerando que un 95% de las sesiones de hemodiálisis se realizan con el método HDF y un 5% con hemodiálisis convencional, y que son 3 sesiones de diálisis a la semana. Siguiendo este criterio, los ingresos de un hospital durante 1 año por un paciente en hemodiálisis hospitalaria serían de 30.077 €.

En cuanto a los gastos hospitalarios, el coste de referencia del servicio de hemodiálisis contratado estimado por la Sindicatura era de 55,00 €⁶², IVA incluido, por una sesión de hemodiálisis hospitalaria. Este coste de la sesión incluiría el material fungible y la cesión y mantenimiento integral del equipamiento necesario para la realización de las sesiones de hemodiálisis convencionales o HDF. Siguiendo este criterio, los gastos de un hospital durante 1 año por la hemodiálisis hospitalaria serían de 7.920 €.

En conclusión, de acuerdo con la estimación realizada por la Sindicatura, el margen del hospital para cubrir otros gastos relacionados con la hemodiálisis hospitalaria de 1 año a un paciente sería de 22.157 €.

6.5.2. Diálisis peritoneal

Cuadro 28. Diálisis peritoneal

Concepto	Diálisis peritoneal continua ambulatoria	Diálisis peritoneal automática	1 mes de diálisis peritoneal continua ambulatoria	1 mes de diálisis peritoneal automática	1 mes de diálisis peritoneal estimado por la Sindicatura	1 año de diálisis peritoneal estimado por la Sindicatura
Ingresos	71,24	107,34	1.995	3.006	2.414	28.966
Gastos	52,84	82,89	1.479	2.321	1.818	21.937
Margen estimado por la Sindicatura	18,42	24,45	516	685	586	7.029

Importes en euros, IVA incluido.

Fuente: Elaboración propia.

Para calcular el margen del hospital, en el caso del tratamiento de la diálisis peritoneal la Sindicatura ha considerado que el paciente realiza diariamente el tratamiento, y que las tarifas del CatSalut y el precio de los contratos que los hospitales tienen formalizados para prestar el servicio son diferentes en función del tipo de diálisis peritoneal que realiza el paciente. Por ello, los ingresos y gastos estimados por la Sindicatura ponderan las tarifas y el precio del contrato del servicio contratado de una sesión, según el porcentaje⁶³ de uso de

62. Precio del contrato formalizado por el Consorcio Mar Parque de Salud de Barcelona y Fresenius Medical Care España, SAU, el 1 de junio de 2022, para el suministro sucesivo y continuado de material fungible y la cesión y mantenimiento integral del equipamiento necesario para la realización de sesiones de hemodiálisis convencional y hemodiafiltración en línea, con destino al Servicio de Nefrología del Consorcio Mar Parque de Salud de Barcelona (exp. 048/2022-SSC-PORH). Datos obtenidos de la Plataforma de contratación pública de la Generalidad de Cataluña.

63. De acuerdo con los datos del Registro de enfermos renales de Cataluña, durante el año 2022 había un total de 750 pacientes en diálisis peritoneal, de los cuales un 59% realizaba diálisis peritoneal continua ambulatoria y un 41%, diálisis peritoneal automática.

los pacientes durante el año 2022, de cada uno de los tipos de diálisis peritoneal (diálisis peritoneal continua ambulatoria o diálisis peritoneal automática).

En cuanto a los gastos hospitalarios, el coste de referencia del servicio de diálisis peritoneal contratado estimado por la Sindicatura es de 52,82 €, ⁶⁴ IVA incluido, por una sesión de diálisis peritoneal continua ambulatoria, y de 82,89 €, IVA incluido, por una sesión de diálisis peritoneal automática. Estos costes por sesión incluyen el suministro de los equipos y accesorios para el tratamiento de la diálisis peritoneal. Siguiendo este criterio, los gastos estimados por la Sindicatura de un hospital para el tratamiento durante 1 año a un paciente en diálisis peritoneal serían de 21.937 €.

En conclusión, de acuerdo con la estimación realizada por la Sindicatura, el margen del hospital para cubrir otros gastos relacionados con la diálisis peritoneal de 1 año a un paciente sería de 7.029 €, inferior al margen calculado por la Sindicatura en la hemodiálisis hospitalaria, de 22.157 €.

6.5.3. Hemodiálisis domiciliaria

Cuadro 29. Hemodiálisis domiciliaria

Concepto	Inicio del tratamiento	Material inventariable, mensual	Material fungible, por sesión	Educación, vigilancia clínica y controles periódicos	Precio del contrato por una sesión	Primer mes	A partir del segundo mes	Primer año	Segundo año y sucesivos
Ingresos	3.048,82	664,85	58,11	13,24		5.141	2.092	28.151	25.102
Gastos					157,00	3.140	3.140	37.680	37.680
Margen estimado por la Sindicatura						2.001	(1.048)	(9.529)	(12.578)

Importes en euros, IVA incluido.

Fuente: Elaboración propia.

Para el cálculo del margen del hospital en el caso del tratamiento de hemodiálisis domiciliaria, la Sindicatura ha considerado que el paciente realiza el tratamiento 5 días a la semana

64. Precio de los contratos formalizados por el Consorcio de Salud y de Atención Social de Cataluña y el ICS con Fresenius Medical Care España, SAU, y Baxter, SL, el 14 de diciembre de 2022, por los cuales Fresenius y Baxter, SL, se comprometían a ofrecer a las entidades adheridas al acuerdo marco del cual derivaban los contratos, los productos homologados y al precio unitario máximo ofrecido. El objeto de los contratos era el suministro de equipos y accesorios para el tratamiento sustitutivo renal por diálisis peritoneal ambulatoria. La forma de adjudicación del acuerdo marco fue por procedimiento negociado, dado que el órgano de contratación invitó a

.../...

y que el coste de referencia del servicio de hemodiálisis domiciliaria estimado por la Sindicatura es de 157,00 €, ⁶⁵ IVA incluido. Este coste de la sesión incluiría el suministro de materiales y equipamiento necesario para realizar las sesiones de hemodiálisis domiciliaria diaria. Siguiendo este criterio, los gastos de un hospital durante 1 año por un paciente en hemodiálisis domiciliaria serían de 37.680 €.

En conclusión, de acuerdo con la estimación realizada por la Sindicatura, el margen de un hospital para cubrir otros gastos relacionados con la hemodiálisis domiciliaria de 1 año a un paciente sería de 9.529 € negativos.

6.5.4. Transporte sanitario del paciente en hemodiálisis

El transporte para sesiones de hemodiálisis es considerado transporte sanitario no urgente, y es un servicio que el CatSalut adjudicó en el año 2015 mediante un contrato de gestión de servicios a varios adjudicatarios; el responsable de la ejecución de los contratos era la empresa pública SEM. En términos globales, la Sindicatura ha estimado que el coste anual del transporte de un paciente en hemodiálisis es de 12.384 €, considerando 2 trayectos por sesión (ida y vuelta) y 3 sesiones a la semana durante 1 año.

Cuadro 30. Coste estimado del transporte sanitario de un paciente de hemodiálisis. Ejercicio 2022

Concepto	Dato
Gasto del transporte sanitario no urgente	110.436.308
Número de traslados de hemodiálisis	926.794 traslados (36% respecto al total de traslados)
Gasto estimado del transporte sanitario no urgente por hemodiálisis	39.867.507
Coste estimado de un trayecto con transporte sanitario de un paciente	43
Coste estimado del transporte sanitario de un paciente durante 1 año	12.384

Importes en euros.

Fuente: Elaboración propia a partir de la información facilitada por la empresa pública SEM.

las únicas empresas que podían ofrecer este suministro porque poseían la exclusividad de la distribución nacional (exp. CSC-ICS 1/21 y CSC-ICS 1/21 bis). Datos obtenidos de la Plataforma de contratación pública de la Generalidad de Cataluña.

65. Precio del contrato formalizado por el ICS y Palex Medical, SA, el 7 de enero de 2022, en virtud del cual la empresa Palex Medical, Sal, se comprometía a suministrar los materiales y el equipamiento necesario para las sesiones de hemodiálisis domiciliaria diaria para el Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida.

6.6. RECURSOS DISPONIBLES COMUNICADOS POR LOS CENTROS DE DIÁLISIS

Cuadro 31. Cuadro de los recursos disponibles comunicados por los centros de diálisis

Proveedor	Centro de diálisis	Total gasto de personal (a)	Total horas de personal (b)	Total monitores (c)	Total número de turnos diferentes (c)	Total facturación (d)	Total sesiones facturadas (e)
Braun	Centro en Martorell	700.998	836	25	2	2.474.229	11.029
Diaverum	Centro de Diálisis Palau y Verge de Montserrat	1.493.270	1.828	65	6	7.144.739	27.771
Diaverum	Centro de Diálisis Rotellar y Nephros	2.023.767	2.436	55	6	9.628.245	37.755
Diaverum	Centro de Diálisis Mataró	945.333	1.104	25	6	4.485.042	17.664
Diaverum	Centro de Diálisis Maresme	718.391	876	30	6	3.501.117	14.310
Diaverum	Instituto Médico Badalona	1.092.717	1.256	30	6	5.333.354	20.790
Diaverum	Centro de Diálisis Baix Llobregat	1.292.730	1.522	40	6	6.484.276	25.298
Diaverum	Instituto de Hemodiálisis Barcelona	853.654	952	40	6	4.704.507	18.575
Fresenius	Fresenius Diagonal/Glòries	1.494.280	1.823	65	5	7.015.676	27.226
Fresenius	Fresenius Reus	1.064.094	1.371	35	5	5.574.739	21.734
Fresenius	Fresenius Granollers	1.037.899	1.311	35	5	5.335.600	21.135
Fresenius	Fresenius L'Hospitalet de Llobregat	1.407.086	1.765	69	5	7.248.392	29.320
Fresenius	Fresenius Rosselló	719.740	886	20	4	3.999.666	15.585
Fresenius	Fresenius Tarragona	1.203.628	1.509	50	4	6.854.185	27.488
Fresenius	Fresenius Terrassa	815.111	1.031	40	4	5.075.554	20.046
GESAT	Diálisis H. de la Santa Creu de Tortosa	1.613.564	1.311	44	2	4.763.397	19.273
Sistemas Renals, SA	Sistemas Renals, SA	1.106.813	1.254	40	3	5.910.562	23.351
Total		19.583.075	23.072	708		95.533.280	378.350

Fuente: Elaboración propia.

Notas:

- La retribución del personal incluye exclusivamente la correspondiente a las categorías profesionales comunes de todos los centros de diálisis, que corresponden a médicos, nefrólogos, farmacéuticos, enfermeros, técnicos auxiliares de cuidados de enfermería, técnicos auxiliares de farmacia, trabajadores sociales y personal administrativo. Las categorías profesionales excluidas en el cálculo son las que algún centro tenía subcontratadas o que no comunicaba y, por lo tanto, no eran comparables. Correspondían a cargos directivos, personal de mantenimiento, limpieza, psicólogos, nutricionistas y celadores.
- Las horas de personal están calculadas a partir del número de personas por categoría profesional que los centros de diálisis comunicaron. Se ha considerado el criterio citado en la letra (a), multiplicadas por la jornada laboral prevista en el convenio colectivo de aplicación.
- El número de monitores y turnos corresponde a los datos comunicados por los centros de diálisis.
- La facturación de la actividad del año 2022 considerada por la Sindicatura no incluye los importes satisfechos por el CatSalut correspondientes a la cláusula de sobre coste de la covid.
- Los contratistas de la atención extrahospitalaria facturaron al CatSalut un total de 378.350 sesiones. Sin embargo, el número de sesiones de los ciudadanos de Cataluña que tenían cobertura por el CatSalut ascendió a 376.454. La diferencia de 1.104 corresponde a sesiones realizadas por los contratistas a pacientes de otras comunidades autónomas, a extranjeros o a otros colectivos específicos de financiación, que el CatSalut facturó al organismo competente.

6.7. GLOSARIO DE TÉRMINOS

- **Diálisis:** En caso de enfermedad crónica avanzada, es necesario aplicar tratamientos que sustituyan las funciones de los riñones para limpiar la sangre de impurezas y del exceso de líquido. Es lo que se llama tratamiento sustitutivo renal, es decir, la diálisis y el trasplante renal.

Hay 2 tipos principales de diálisis:

- **Hemodiálisis:** La sangre se coge de una vena y se desvía a una máquina que filtra sus sustancias de desecho y la devuelve al cuerpo libre de residuos. Entre 3 y 6 meses antes de iniciarla, es necesaria una pequeña intervención quirúrgica en el brazo, que consiste en crear una fístula o conexión entre una arteria y una vena.
- **Diálisis peritoneal:** Consiste en introducir un líquido, mediante un catéter, en la cavidad peritoneal del abdomen. Este líquido de diálisis atrae el agua y los residuos de la sangre, que se drenan posteriormente en el exterior del cuerpo en una bolsa especial. Este proceso se llama intercambio y se hace varias veces al día. Se realiza en el domicilio y se necesitan algunos días de formación. Solo hace falta ir al hospital para las visitas de control, cada 2 o 3 meses. Este sistema se llama diálisis peritoneal continua ambulatoria.

Al cabo de un tiempo se puede utilizar una máquina que realiza los intercambios automáticamente por la noche. Este sistema se llama diálisis peritoneal automática.

- **Hemodiafiltración en línea:** La hemodiafiltración en línea (HDF) es una modalidad de diálisis que añade al proceso de hemodiálisis una presión adicional, llamada convección, que consigue que se pueda recambiar un volumen de ultrafiltrado de sangre superior.
- **Incidencia:** La incidencia de una enfermedad mide los nuevos casos de la enfermedad.
- **Prevalencia:** La prevalencia de una enfermedad es el número de casos que presentan la enfermedad dividido entre el número de individuos que componen el grupo o la población en un determinado momento.

7. TRÁMITE DE ALEGACIONES

De acuerdo con la normativa vigente, el proyecto de informe de fiscalización fue enviado al Servicio Catalán de la Salud (CatSalut) el 14 de octubre de 2024, para cumplir el trámite de alegaciones.

El Servicio Catalán de la Salud pidió una prórroga para presentar las alegaciones, y el plazo se amplió hasta el 5 de noviembre de 2024.

7.1. ALEGACIONES RECIBIDAS

El escrito de alegaciones presentado por el Servicio Catalán de la Salud a la Sindicatura de Cuentas se reproduce a continuación.⁶⁶



Documento de alegaciones realizadas desde el Servicio Catalán de la Salud al proyecto de informe 15/2023 Servicio Catalán de la Salud. Prestación del servicio extrahospitalario para la atención a la insuficiencia renal, ejercicio 2022, realizado por la Sindicatura de Cuentas.

El documento sigue la estructura del apartado de conclusiones del informe. Al inicio se señala el número de la conclusión y se diferencia si el escrito tiene relación con una alegación o bien explica las acciones de mejora implantadas o programadas en ese apartado.

Apartado 3, Conclusiones. Alegaciones y mejoras

Punto 1 Mejora: En el marco del “Plan de Mejora de la Atención a las personas con Enfermedad Renal Crónica” nace una nueva propuesta de ordenación de los recursos. Este proceso se inició en 2022 y el documento está pendiente de validación para su publicación. Además, en el nuevo concurso de licitación se tienen en cuenta las necesidades actuales y futuras.

Punto 2 Alegación: Para llegar a esta conclusión, la Sindicatura de Cuentas ha hecho una estimación de la distancia que existe entre el código postal de residencia del paciente y el centro de diálisis. Esta estimación podría no ser correcta, puesto que no se tiene en cuenta que el paciente puede pedir un centro de hemodiálisis fuera de su código postal de residencia. Esta variable no se ha tenido en cuenta y puede aumentar la distancia entre código postal de residencia y el centro de diálisis, por voluntad del paciente.

Punto 3 Alegación: Aunque el Plan Estratégico no se encuentre actualizado, las Regiones Sanitarias del Servicio Catalán de la Salud hacen la previsión anual de las necesidades, según la actividad.

Punto 4 Mejora: Se está trabajando en la mejora constante de cómo se nutre el registro. La OCATT está pendiente de la licitación de su plan de digitalización que debe promover la mejora y modernización de sus sistemas de información actuales.

66. El escrito original estaba redactado en catalán. Aquí figura traducido al castellano.

Punto 7 Alegación: En relación con los mecanismos de recogida de opiniones, necesidades y expectativas de las entidades dedicadas a la Enfermedad Renal Crónica, el documento no menciona la interlocución directa con la Secretaría de Atención Sanitaria y Participación del Departamento de Salud. Esta interlocución, totalmente específica en relación con la atención sanitaria de la ERC y sus propuestas de mejora, se ha llevado a cabo en varias ocasiones. A modo de ejemplo, en los últimos 4 años, los registros de la Secretaría de Atención Sanitaria y Participación (SASyP) recogen los siguientes encuentros:

- Hasta 4 veces con ADER: el 19/09/2023, el 27/6/2023, el 08/06/2022 y el 14/09/2021
- Hasta 2 veces con ALCER: el 08/02/2023 y el 06/10/2021

Las entidades de pacientes dedicadas a esta y otras necesidades de salud pueden solicitar discrecionalmente encontrarse con la Secretaría para abordar cualquier aspecto que consideren relevante.

Punto 8 Alegación: Tal y como se ha especificado, el 12 de marzo de 2024 se celebró la Asamblea del Consejo Consultivo de Pacientes de Cataluña (CCPC). La actividad del CCPC no se ha visto interrumpida desde el año 2012 en que se creó. Esta actividad se ha traducido en la celebración de sus Plenarios y de los consejos técnicos y grupos de trabajo que se han ido organizando a iniciativa de las propias entidades de pacientes. Si bien es cierto que el CCPC es un espacio estable de participación de trabajo compartido entre las entidades de pacientes y los representantes de la administración para la mejora del sistema de salud para todos los pacientes, y por lo tanto, no se tratan temáticas o problemáticas que afecten específicamente a un colectivo singular. Las entidades dedicadas a la enfermedad renal crónica (ERC) han participado activamente desde su creación.

Las entidades dedicadas a la ERC adheridas al CCPC son:

- ADER Asociación de Enfermos de Riñón, que ejerce una de las vocalías del Plenario del CCPC
- ALCER Barcelona Asociación para la lucha contra las enfermedades renales.
- Asociación de Enfermos Renales de Girona.
- Asociación para la Información y la Investigación de las Enfermedades Renales Genéticas

Punto 10 Alegación: Con el fin de determinar cuál era el procedimiento de licitación más adecuado para la contratación de los servicios de hemodiálisis ambulatoria, se tuvo en cuenta la normativa aplicable en aquel momento: Decreto 66/2010, de 25 de mayo, por el que se regula el establecimiento de los convenios y contratos de gestión de servicios asistenciales en el ámbito del CatSalut y por el Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el Texto refundido de la Ley de contratos del sector público (TRLCSF).

El artículo 17.3 del Decreto 66/2010 disponía: “*La prestación de los servicios de hemodiálisis, atendiendo la sectorización que por razones sanitarias establece la Orden de 16 de junio de 1987 del Departamento de Sanidad y Seguridad Social, de desarrollo del Programa de atención a la insuficiencia renal (DOGC núm. 856, de 26.6.1987), se*

tiene que contratar por procedimiento negociado, de conformidad con lo que establece por la letra a) del artículo 156 de la Ley 30/2007, de 30 de octubre, de contratos del sector público”.

El artículo 172 a) del TRLCSP (equivalente al artículo 156 a) de la Ley 30/2007) disponía: “Además de los supuestos previstos en el artículo 170, podrá acudir al procedimiento negociado para adjudicar contratos de gestión de servicios públicos en los siguientes casos:

a) Cuando se trate de servicios públicos respecto de los cuales no sea posible promover concurrencia en la oferta.”

El artículo 17.3 del Decreto 66/2010, tiene su origen en el artículo 17.2 del Decreto 169/1996, de 23 de mayo, por el que se regula el establecimiento de los convenios y contratos de gestión de servicios sanitarios en el ámbito del Servicio Catalán de la Salud, el cual se aprobó en cumplimiento del mandato establecido por la disposición adicional 11 de la Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Cataluña y tuvo continuidad con el Decreto 345/2001, de 24 de diciembre, por el que se regula el establecimiento de los convenios y contratos de gestión de servicios sanitarios en el ámbito del Servicio Catalán de la Salud.

Dada la sectorización que por razones sanitarias se produce en los servicios relacionados con la atención a la insuficiencia renal, no se había generado una concurrencia de empresas que pudieran prestar estos servicios en los diferentes ámbitos territoriales y/o sanitarios establecidos, por lo que y en aplicación de la normativa contractual vigente en cada momento se incoó un procedimiento de contratación negociado, justificado por la imposibilidad de promover concurrencia.

En el año 2013, período en el que se empezó a preparar el procedimiento contractual, la insuficiencia renal crónica era una de las enfermedades prevalentes y los cálculos realizados incidían en que durante los siguientes años el número de enfermos aumentaría en un 30%. Esto, junto con que los enfermos progresivamente van envejeciendo y presentan mayor comorbilidad, provoca una mayor dependencia y unas marcadas limitaciones físicas.

Como consecuencia de este incremento de la incidencia de la enfermedad renal crónica, se hizo necesaria la apertura de un nuevo punto de atención en el ámbito geográfico de El Baix Llobregat, para prestar atención, preferentemente, a las áreas básicas de salud de Abrera, Esparreguera, Martorell, Martorell Rural, Olesa de Montserrat, Pallegà y Sant Andreu de la Barca.

Por lo demás, no se había producido ningún cambio hacia la situación de la contratación anterior y se respetaron los ámbitos geográficos delimitados.

Estos hechos comportaron diferenciar dos procedimientos de contratación:

Primero.- Procedimiento con 16 lotes delimitados por ámbito geográfico y necesidades sanitarias que no han sufrido variación alguna y en los que no era posible promover concurrencia (se justificó mediante informe Área de Atención Sanitaria) y en aplicación

del Decreto 66/2010 y de la normativa contractual estatal, era procedente incoar un procedimiento negociado.

Segundo.- El segundo procedimiento se incoa para contratar los servicios en el ámbito geográfico de El Baix Llobregat, que como se ha mencionado con anterioridad es un punto de nueva creación respecto a la contratación de 2006. Por parte del Área de Atención Sanitaria se informó de las únicas empresas que podían participar en este procedimiento.

Así pues, dado que el Decreto 66/2010 disponía que los servicios de hemodiálisis debían contratarse mediante procedimiento negociado y la concurrencia quedaba exclusivamente acotada a determinadas empresas, debía aplicarse la normativa vigente e incoar un procedimiento negociado.

La preparación del procedimiento de contratación es anterior a la aprobación de las Directivas del Parlamento Europeo y de Consejo 2017/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014 y, obviamente, a la LCSP. El Decreto 66/2010, normativa específica en materia de servicios asistenciales, estaba plenamente vigente (sin impugnación alguna a nivel judicial ni cuestionamiento alguno por ningún órgano de control). No existía, pues, ningún elemento por inaplicado el procedimiento establecido.

Tampoco debemos olvidar que el sector era conocedor de las licitaciones que debían incoarse, por lo que ante la remota posibilidad de que surgiera otra empresa que quisiera concurrir a las contrataciones podía presentar su oferta o solicitar ser invitado. Que, por temas de sectorización sanitaria el CatSalut invitara a unas empresas u otras a participar en los procedimientos negociados no obsta para que las empresas, conocedoras de su capacidad productiva, decidieran a qué número de lotes o a cuáles de las licitaciones querían o podían presentar oferta.

Por otra parte, incidir en que en relación al tipo de procedimiento escogido para llevar a cabo las contrataciones, no se produjo ningún tipo de impugnación por parte de posibles interesados, supuesto que la normativa permite, lo que reafirma la opción utilizada.

Con posterioridad a estas contrataciones, se aprobó el Decreto 118/2014, de 5 de agosto, sobre la contratación y prestación de los servicios sanitarios con cargo al Servicio Catalán de la Salud y, en él, ya se prevé la utilización del procedimiento abierto, siempre que se pueda promover concurrencia, el cual y para dar respuesta a las nuevas realidades existentes, ya se ha incoado.

Punto 11 Alegación: De acuerdo con los documentos que forman parte del expediente, tales como el anteproyecto, informe justificativo y el anexo 1 Pliego de Prescripciones Técnicas, se reitera la necesidad de contratar servicios ajenos a los propios para apoyar a los centros de la Red Hospitalaria de Utilización Pública, dado que los recursos humanos (equipos multidisciplinares especializados en el tratamiento de la insuficiencia renal) y físicos (equipamiento de diálisis e instalación de tratamiento de aguas en los espacios, entre otros) requeridos son muy específicos y no todos los centros propios del sistema público pueden dar respuesta, por lo que es imprescindible buscar la respuesta en los centros que disponen de estos recursos específicos en el mercado.

Hay que tener en cuenta que la prestación de los servicios de hemodiálisis ambulatoria en centros autorizados para el tratamiento de los pacientes con insuficiencia renal crónica requiere de unos equipamientos específicos que, tanto por el conocimiento y los recursos exigidos como por el alcance de la población a tratar, hacen necesario que el CatSalut complemente su prestación mediante la correspondiente contratación a terceros.

Mejora: En cuanto a la documentación que consta en el expediente de la nueva licitación, la definición y necesidades del objeto a contratar ha quedado mucho más clara, justificada y extensa.

Punto 12 Alegación: En relación con las posibles prácticas anticompetitivas generadas en el seno de los procedimientos de contratación, cabe decir que la intervención del CatSalut en lo que se refiere a las empresas licitadoras se circunscribe a determinar cuáles son los requisitos idóneos que deben reunir estas para que ejecuten una correcta prestación de los servicios. A partir de aquí, son las empresas las que eligen si quieren participar, en qué lotes y qué oferta quieren hacer, sin que el CatSalut pueda influir en sus decisiones ni tenga capacidad de control sobre las ofertas presentadas.

El CatSalut tiene la obligación legal (LOSC) de llevar a cabo una adecuada organización y ordenación del sistema sanitario de Cataluña y garantizar la continuidad de todos los servicios (con operadores públicos y privados). Bajo este mandato, lógicamente debe interactuar con entidades proveedoras de toda naturaleza y, en este contexto, el diálogo es ineludible, así como la evaluación de las capacidades productivas del sector y garantizar que cuando se plantea una contratación existan entidades con solvencia e interés contrastados para asumirla. En todo caso, la actuación del CatSalut no va más allá de la gestión responsable de las funciones que tiene encomendadas y depende de las empresas valorar qué capacidad tienen y a cuántos lotes o licitaciones pueden presentarse. A esto obedece la estructuración de los procedimientos de contratación planteados, lo que no comporta ninguna capacidad de influencia operativa, ni mucho menos decisoria, sobre las actuaciones que las entidades proveedoras ajenas al sector público de la Generalidad puedan realizar. Tampoco implica ninguna posición de conocimiento sobre posibles prácticas anticompetitivas (el CatSalut no participa en los órganos de gobierno de estas entidades o en posibles foros donde puedan adoptarse decisiones colusorias de la competencia) ni, por lo tanto, disfruta de capacidad para actuar ante una actuación que ignoraba. La preocupación por garantizar la prestación del servicio (exigible legalmente) no puede repercutir en la deducción de culpas, de forma automática, sobre prácticas que, solo ex post, se perciben como eventualmente irregulares debidas simplemente al diseño de la actuación. Por el contrario, el CatSalut tiene como prioridad garantizar la prestación de los servicios públicos y, por lo tanto, el diseño de las operaciones de los encargos y de los procedimientos administrativos deben hacerlo posible. Solo un eventual afloramiento de hechos, que ahora ignoramos, que acreditaran una iniciativa activa del CatSalut en la distorsión de precios sería significativa y pasaría a situar al propio CatSalut como primer perjudicado ante una situación de colusión entre empresas que comprometa el funcionamiento del sector de mercado afectado.

Punto 13 Alegación: El Decreto 92/2009, de 9 de junio, por el que se establecen los requisitos tecnicosanitarios para la autorización sanitaria de los centros y unidades de diálisis equipados con monitores de hemodiálisis, establece los requisitos y condi-

ciones mínimas que deben cumplir los centros prestadores de este servicio. A partir de ahí los criterios de valoración, tenían en cuenta aquella información que se aportaba y que era superior al requisito mínimo establecido por este decreto, dando cumplimiento al punto B.1 del Anexo 1 del Pliego de Prescripciones Técnicas, en cuanto a la implementación del programa de calidad y de mejora continua. En cada uno de los informes se indica lo que aporta un valor añadido al plan de calidad recogido en el citado decreto.

Mejora: En cuanto a los pliegos de la nueva licitación, se ha definido muy claramente todo lo que son requisitos mínimos para la ejecución del contrato de aquellos que son criterios de valoración.

Punto 14 Alegación: La diferencia entre las tarifas de los servicios de hemodiálisis ambulatoria hospitalaria y extrahospitalaria se debe a que, en las tarifas extrahospitalarias se incluyen más prestaciones, principalmente la medicación y los accesos vasculares. En 2014, esta diferencia era de 13,74 € por sesión (tanto por hemodiálisis convencional como por HDF).

Una vez revisada la evolución de las tarifas en el período de estudio (2014-2022), se observa que los agentes estimuladores de la eritropoyesis (eritropoetina) tenían, en el año 2014, un precio de catálogo muy superior dado que no existían medicamentos biosimilares los cuales están disponibles desde hace unos años. En el período 2014-2022, se observa una reducción del 49,44% del precio unitario de facturación de estos medicamentos (en media).

En este sentido, la revisión de las tarifas de hemodiálisis ambulatoria extrahospitalaria realizada este año, indica que los agentes estimuladores de la eritropoyesis suponen un 60,52% del gasto de farmacia de los centros (MHDA + recetas médicas). Dicho esto, si estimamos el precio del gasto de farmacia en 2014, obtenemos que este gasto era de 33,40 € por sesión (7,69 € más cara que el gasto de farmacia en 2024).

En referencia a este último punto, podemos establecer que la diferencia entre las tarifas de los servicios de hemodiálisis ambulatoria hospitalaria y extrahospitalaria en 2014 (13,74 €), se explica con creces por la estimación del precio del gasto de farmacia en 2014 (33,40 €). Aparte, habría que añadir los costes de los accesos vasculares.

En relación con el coste del servicio, en 2014 se establecieron las tarifas de los servicios de hemodiálisis ambulatoria extrahospitalaria (expediente HD/14PN). Cabe indicar que el CatSalut ha ido modificando su estructura durante el tiempo y en 2014 la estructura responsable del establecimiento de tarifas era diferente a la actual. Dado que la documentación relativa al establecimiento de la tarifa no se encuentra con el expediente, se ha producido una pérdida de información histórica y el CatSalut no dispone del escandallo de costes utilizado para calcular las citadas tarifas de 2014.

Sin embargo, en 2024 se ha hecho una revisión de las tarifas de hemodiálisis ambulatoria extrahospitalaria dado que próximamente se iniciará el expediente para la contratación de estos servicios en los próximos 5 años. El escandallo de costes se ha elaborado a partir de los costes de una muestra representativa de centros del SISCAT, en base a contabilidad analítica, y se les ha aplicado análisis estadístico para determinar las tarifas que sean más representativas de todo el sector.

Por otra parte, la estimación de los costes de un servicio de hemodiálisis hospitalaria y de otro de hemodiálisis extrahospitalaria (30.077 € y 35.360 € por paciente al año, respectivamente) que se muestran en el informe, están calculados en base a las sesiones teóricas anuales por paciente. Las sesiones reales de los centros son mayores dado que dependen del n.º de monitores que utilicen, el n.º de turnos diarios que realicen y el n.º de pacientes a los que atiendan. Por ejemplo, para un centro de diálisis con 25 puntos y 3 turnos al día se estiman 18.750 sesiones anuales.

Asimismo, para poder comparar el coste real de los citados servicios en un centro, deberían estimarse los ingresos según el n.º de pacientes atendidos en el centro y los gastos según los costes asignados al servicio en base a la contabilidad analítica del centro, entre otros: gastos de personal, material sanitario, farmacia, pruebas diagnósticas, amortización de los aparatos, accesos vasculares y costes indirectos.

Respecto a las sesiones reales de los centros, es necesario advertir que las sesiones pueden variar debido a varios parámetros: por un lado por el criterio de asignación de los pacientes entre un centro de hemodiálisis ambulatoria hospitalaria o uno de hemodiálisis ambulatoria extrahospitalaria (depende de la disponibilidad de plazas de los centros y la complejidad clínica de los pacientes). Por otro lado, la práctica clínica y las complicaciones derivadas pueden hacer que un paciente asignado a un centro de hemodiálisis ambulatoria extrahospitalaria deba derivarse a un centro hospitalario donde le presten la atención pertinente.

Punto 16 Alegación: El Decreto 66/2010, de 25 de mayo, por el que se regula el establecimiento de los convenios y contratos de gestión de servicios asistenciales en el ámbito del CatSalut prevé en su artículo 12 que la actividad objeto de los contratos debe ajustarse a las necesidades asistenciales de la población mediante la suscripción de cláusulas adicionales a los respectivos contratos.

Por otra parte, el artículo 23.2 del TRLCSP dispone que la prórroga se acordará por el órgano de contratación y será obligatoria para el empresario, salvo que el contrato expresamente prevea lo contrario, sin que pueda producirse por el consentimiento tácito de las partes. En la cláusula 16.^a de los contratos suscritos por las partes se prevé esta obligatoriedad.

Con posterioridad a la suscripción de los contratos, entró en vigor el Decreto 118/2014, de 5 de agosto, sobre la contratación y prestación de los servicios sanitarios con cargo al Servicio Catalán de la Salud, que tiene por objeto regular el procedimiento y los sistemas de contratación de las entidades proveedoras de servicios sanitarios a través de las cuales se hacen efectivas las prestaciones incluidas en la cartera de servicios a cargo del CatSalut, constituyendo el marco normativo de referencia vigente que da cumplimiento a la disposición adicional undécima de la Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Cataluña, en virtud de la cual se atribuye al Gobierno el mandato de regular los requisitos, el alcance, el procedimiento y los sistemas de selección para el establecimiento de los contratos de gestión de servicios sanitarios y sociosanitarios en régimen de concierto.

El Decreto 118/2014, modifica algunos de los sistemas de compra de servicios sanitarios que realiza el CatSalut y deroga el anterior Decreto. Tal y como prevé la Disposi-

ción final primera, la nueva norma se aplica a los contratos y convenios para la prestación de servicios sanitarios vigentes en la fecha de entrada en vigor del citado Decreto.

En previsión de lo que podía suponer la aplicación de estos cambios en la concreción de los conciertos de 2015, la disposición transitoria cuarta del Decreto preveía un período transitorio mientras no se firmaran los conciertos de acuerdo con el nuevo sistema establecido. En este período transitorio, las entidades proveedoras de servicios sanitarios debían continuar facturando de acuerdo con las cláusulas vigentes suscritas al amparo de lo establecido en el Decreto 66/2010, y el Decreto 170/2010, de 16 de noviembre, de regulación del sistema de pago de los convenios y contratos de gestión de servicios asistenciales en el ámbito del Servicio Catalán de la Salud.

La aplicación del nuevo modelo de contratación y de pago de los servicios sanitarios comportaba, durante el primer año de aplicación, una complejidad añadida al proceso habitual de concertación, dado que era necesario concretar de una manera diferente para cada centro sanitario los objetivos a alcanzar tanto en actividad como en resultados, sin tener referentes históricos a efectos de comparación con el mismo detalle que el nuevo modelo que en ese momento se implantaba, lo que comportaba inevitablemente repercusiones significativas tanto para el CatSalut como para el propio centro sanitario, provocando un alargamiento temporal en el proceso de negociación y elaboración de las cláusulas adicionales de 2015.

Con posterioridad, se ha ido autorizando mediante el correspondiente Acuerdo del Gobierno, el pago a cuenta de la actividad asistencial y su regularización.

De este modo, se facilita la continuidad de la prestación de servicios sanitarios de cobertura pública por parte de centros y entidades convenidos y contratados a estos efectos durante el lapso temporal en el que no se hayan suscrito las cláusulas adicionales que correspondan según los términos del propio Decreto 118/2014 y, así, se facilita cubrir la prestación del servicio público y el pago a cargo de la Administración que proceda mientras el instrumento jurídico formal que debe contemplarlos (cláusula adicional anual del convenio o contrato con cada centro) no esté suscrito para la anualidad en curso.

Las cláusulas adicionales, en aplicación de la normativa específica del CatSalut, se consolidan no solo como el instrumento mediante el cual se ajustan necesidades y actividades asistenciales sino también como el documento de prórroga de los contratos establecidos con las empresas prestadoras de servicios, y como tal se firman, anualmente, por ambas partes. La suscripción de las cláusulas, aunque extemporáneamente, se sustenta sobre una base normativa sectorial propia del sistema público de salud, encaja con la exigencia de estabilidad material inmanente a esta legislación y, simultáneamente, contribuye a evitar cualquier supuesto potencial de dejar a las entidades que efectivamente prestan los servicios públicos sin posibilidad de recibir la contraprestación debida por este concepto, y que se produjera un enriquecimiento injusto por parte de la Administración. El Gobierno de la Generalidad es conocedor de esta dinámica y aprueba anualmente (a principio de cada ejercicio) el pago a cuenta de los encargos de actividad asistencial en el marco del Sistema Público de Salud.

Esta forma de actuar viene justificada por la vocación de permanencia y estabilidad en la relación de las entidades proveedoras con la administración sanitaria para la presta-

ción de asistencia de cobertura pública y supone una condición de continuidad tácita de las relaciones en el marco de estabilidad propio de las redes del sistema público del SISCAT, continuidad en la prestación sanitaria que implica el cumplimiento de una función de interés público acreditado.

Así pues, los contratos adjudicados se realizaron teniendo una expectativa de duración de 10 años y las cláusulas adicionales se iban suscribiendo anualmente sin reparar en su extemporaneidad, dado que se empleaba la misma dinámica que en el conjunto del sector sanitario en aplicación de una normativa específica, partiendo de la vocación de estabilidad del conjunto de la concertación y a completar a través de la concreción a las circunstancias cambiantes vía cláusulas adicionales, las cuales se configuraron como una medida de ejecución administrativa proyectada sobre una realidad jurídica previa (consentida por las partes a través de los instrumentos jurídicos previos de regulación de las relaciones: contractuales, convencionales o de encargo). Esto permite el establecimiento por parte del CatSalut de unas condiciones generales anuales (en virtud de los criterios asistenciales propios de cada línea a nivel unilateral) y las cláusulas adicionales específicas (donde se concretarían las condiciones de prestación para cada línea servicio y cada centro/entidad, no en términos de pedido –que en rigor correspondería a los instrumentos de encargo- sino de determinación anual de las variables de actividad y liquidación provisional de este pedido, en virtud de una interpretación con nuevos matices del mismo precepto – artículo 16 del Decreto 118/2014).

Con respecto a las cláusulas publicadas en el portal de la transparencia del CatSalut, es necesario concretar que estas no se incorporan firmadas por aplicación del artículo 5.1.c) del Reglamento General de Protección de Datos (UE 2016/679), que cita que los datos personales deben ser adecuados, pertinentes y limitados a lo necesario en relación con las finalidades para las que se tratan, es decir, es necesario minimizar los datos.

Punto 17 Alegación: El CatSalut para estos servicios no contrata volumen de actividad, sino que establece una tarifa por tipología de sesión (convencional y la HDF), con la especificación de lo que incluye la tarifa, y un importe máximo anual. Asimismo establece que el importe de la actividad realizada que exceda del máximo contratado se abonará al 90% de la tarifa en cualquiera de las dos modalidades.

Punto 18 Alegación: El CatSalut hace revisión y control para prevenir, evitar o revertir la posibilidad de que las unidades proveedoras (UP) puedan facturar actividad que no sea correcta. Esta revisión y control se realiza mensualmente, a través de una aplicación de facturación diseñada para validar la información de actividad que entregan los proveedores y, en su caso, rechazar o poner incidencia a aquella actividad que no sea correcta. Esta actuación se realiza por cada UP de modo independiente.

Punto 24 Alegación: Habría que añadir que una posible causa del descenso del porcentaje de pacientes que inician hemodiálisis con fístula vascular es el aumento del número de trasplantes. Tal y como se describió en el estudio de Roca-Tey (*Roca-Tey R, Comas J, Tort J. Effect of kidney transplantation activity on arteriovenous fistula use in prevalent haemodialysis patients: A registry-based study. J Vasc Access. 2023 Nov; 24(6):1381-1389*) el incremento de la actividad de trasplante de donante vivo, que mayoritariamente se realiza antes de que el paciente entre en diálisis, también puede

reducir el número de pacientes que podrían ser candidatos a hemodiálisis, a través de una fístula arteriovenosa.

Además, el envejecimiento poblacional y la entrada en hemodiálisis de pacientes con más comorbilidades hace que el número de personas con contraindicaciones a la fístula arteriovenosa sea mayor.

Punto 26 Mejora: Está previsto el seguimiento periódico de las dotaciones efectivas de los profesionales adscritos a las unidades de diálisis. Por medio de las certificaciones de plantilla y de cotizaciones a la Seguridad Social, por parte del proveedor del servicio extrahospitalario, para la atención a la insuficiencia renal.

Punto 28 Alegación: Los responsables de los centros de diálisis enviaron la información de los monitores autorizados y utilizados, como se explica en el informe. En dos centros, el número de monitores informados superaba el número de monitores autorizados. El centro de diálisis Verge de Montserrat (32 autorizados, informan 35 autorizados) y el Instituto de Hemodiálisis de Barcelona (32 autorizados, informan 40 autorizados).

En relación con este hecho es necesario añadir que, el centro Verge de Montserrat informó de que tiene una capacidad de 35 monitores, pero informó de que atiende entre 12 y 13 pacientes por turno. En el caso del Instituto de Hemodiálisis de Barcelona la empresa reporta que atiende entre 11 y 12 pacientes por turno. En este sentido, los pacientes que informan atender no supera el número de monitores autorizados.

Punto 30 Alegación: El centro de diálisis logró toda la contratación. Por otra parte, se contempló que la oferta fuese proporcional y no fuera susceptible de una oferta temeraria. En el caso que nos ocupa no fue así, por lo tanto, se consideró que con los recursos ofrecidos debería prestar un servicio de calidad, de acuerdo con la tarifa presentada.

Punto 31 Alegación: La valoración de las ofertas formuladas por los licitadores se consideró adecuada para prestar el servicio y por lo tanto, el dimensionamiento de personal de la propuesta no debería devaluar la calidad en la prestación del servicio independientemente del territorio donde se haga la provisión. En ningún caso ha habido quejas ni reclamaciones por causas relacionadas con una carencia de profesionales por parte de los usuarios ni de las entidades.

Mejora: Por lo que respecta a la nueva licitación, se informa de que se ha tenido en cuenta el gasto de personal asumible por cada uno de los lotes a licitar.

Punto 37 Alegación: En cuanto a los profesionales complementarios relacionados con la prestación del servicio de nutricionista y psicólogo en el correspondiente pliego de prescripciones técnicas en el apartado propuestas que suponen una mejora de la oferta (D1), se indicaba disponer de otros profesionales asistenciales complementarios, sin especificar la categoría profesional. En lo que respecta a las ofertas presentadas por Fresenius y Braun, indican que disponen de los profesionales de nutricionista y psicólogo sin especificar que forman parte de la plantilla (en su oferta no constan dentro de la plantilla estructural), ni la modalidad de atención (presencial o telemática). En su oferta incidieron en que el asesoramiento se prestaría según las necesidades que se detectaran.

Según la información aportada por las empresas durante la auditoría de la Sindicatura de Cuentas, Fresenius informó de que disponía de estos profesionales a nivel centralizado y Braun mediante la asociación de pacientes ADER, por lo que darían cumplimiento a la oferta presentada dado que, ni por parte del Servicio Catalán de la Salud ni por parte de la empresa, se había determinado cómo se prestaría el servicio.

Por otra parte, es necesario contextualizar las consecuencias que la situación de pandemia provocó. En este contexto Braun informa, de acuerdo a la demanda de información por parte de Sindicatura, de la suspensión del servicio de nutrición y la prestación del servicio de atención psicológica de forma telemática, en época de pandemia.

Punto 38 Alegación: La Sociedad Catalana de Nefrología expone que la personalización del tratamiento requiere un ejercicio organizativo y de logística importante flexibilizando la duración de la diálisis en función de las necesidades del paciente. En el contexto de los centros de diálisis la personalización del tratamiento tiene un encaje más difícil. En este punto es importante remarcar que los centros de diálisis hospitalaria ambulatoria también funcionan por turnos de hemodiálisis. Además, la derivación a un centro de diálisis y la prescripción de la hemodiálisis la determina el hospital de referencia, no el centro de hemodiálisis.

Punto 40 Mejora: En el nuevo concurso el centro de diálisis tendrá que evaluar anualmente la satisfacción de los pacientes siguiendo la encuesta PREM Kidney Care UK.

Punto 41 Mejora: En el nuevo concurso se evaluará anualmente la satisfacción del paciente. Además, los centros de diálisis, en la contraprestación por resultados tendrán dos indicadores relacionados con la satisfacción del paciente. En el nuevo concurso se pide que anualmente el proveedor debe presentar las acciones de mejora implementadas a partir del resultado de las encuestas de satisfacción.

Punto 42 Alegación: Se propone el siguiente redactado: La gestión del transporte sanitario de los pacientes con tratamiento por insuficiencia renal crónica es uno de los aspectos que más incidencias y problemas genera en la atención a estos enfermos. La prestación del servicio de transporte de estos pacientes es responsabilidad de la empresa pública Sistema d'Emergències Mèdiques, *adscrita al Servicio Catalán de la Salud, que ha recibido el encargo del CatSalut para llevar a cabo la gestión, coordinación, control y seguimiento del servicio de transporte sanitario, licitado y adjudicado por el propio CatSalut* que en el año 2014 adjudicó la prestación del servicio de transporte a varias empresas que licitaron los diferentes lotes territoriales en los que se dividió el objeto del contrato. De acuerdo con los pliegos de prescripciones técnicas del contrato, el establecimiento de las rutas necesarias es competencia del adjudicatario del servicio en el territorio, y la puntualidad de estos vehículos es un aspecto esencial en la evaluación de la ejecución del contrato.

Punto 43 Alegación: En este punto es necesario matizar y desglosar por partes los cálculos de los tiempos. En el mismo informe en la explicación del gráfico 14 del punto 5.3.6, que se considera el tiempo total de traslado, incluyendo la ida, la estancia y la vuelta, se identifica que la duración media de las sesiones de hemodiálisis ambulatoria es de unas 4 horas. Considerando este valor como correcto e interpretando el histograma presentado en el gráfico 14, puede deducirse que el tiempo atribuible al transporte para los percentiles más altos, oscilan entre las 3,4 horas y las 3,7.

En cuanto a estos valores, debemos disgregarlos todavía más, ya que aquí intervienen diferentes aspectos que pueden tener causas y soluciones diferentes, y que también menciona la Sindicatura en su punto 5.3.6, como son las rutas, puntualidades y tiempo de desplazamiento.

En primer lugar los tiempos mencionados incluyen la ida y la vuelta del servicio y tanto en un como en otro, pueden ser tributarios de aspectos a considerar.

En primer lugar, hacemos referencia a las rutas.

Estas se basan en la instrucción 07/2017 del CatSalut en su punto 7.2 que dice:

El transporte sanitario no urgente debe realizarse preferentemente mediante vehículo de transporte sanitario colectivo.

(...)

El trayecto para realizar un transporte colectivo hasta el destino tiene un tiempo para recoger pacientes o tiempo de recogida.

El tiempo de recogida máximo en cada ruta no puede ser superior a 1 hora. El mismo criterio debe aplicarse a la vuelta.

La duración del trayecto del transporte colectivo no podrá exceder en más de una hora de la duración del traslado en caso de que sea individual, tanto para la ida como para la vuelta.

(...)

Este aspecto es relevante porque en un servicio colectivo, y más especialmente en los casos de hemodiálisis en que el destino en la ida y el origen en la vuelta es el mismo, el objetivo principal es que todos los usuarios estén a la hora de inicio, que es la misma para todos, en su sitio y que para la vuelta, todos los pacientes estén en la unidad para iniciar el trayecto hacia el domicilio.

Aquí, y sin ánimo de buscar pretextos, se debe ser consciente de que hay un tiempo atribuible a la bajada y subida de pacientes. A mayor colectivización, más tiempo, pero también más eficiencia del servicio (en este sentido la colectivización de esta tipología de servicios es variada, ya que en zonas urbanas como Barcelona podemos estar hablando de entre 4 y 6 pacientes, mientras que en zonas más aisladas estaríamos hablando de 2), pero podríamos considerar de media para subir o bajar a los pacientes y acompañarlos hasta el lugar donde realizan la sesión, un tiempo alrededor de 15-20 minutos.

En segundo lugar, las puntualidades en el servicio.

En cuanto al TSNU, existen dos modalidades de servicio, el programado (TSNU-P) que es aquel en el que la petición del servicio se ha realizado con más de 24 horas a su realización y el no programado (TSNU-NP), que es aquel en que la petición se ha realizado con menos de 24 horas de su realización.

En cuanto a los servicios de hemodiálisis siempre son servicios programados (a excepción del primer tratamiento o si existe alguna sesión adicional, pero en irrelevantes

ocasiones), ya que deben realizarse tres días por semana durante todo el año. Los servicios TSNU-P, tal y como indica el pliego de prescripciones técnicas del transporte sanitario vigente (TS/14), en su apartado 2.2.2. Prestación del servicio y en el punto de puntualidad, dice:

(...)

Se considera una respuesta óptima si el 95% del traslado de transporte sanitario programado tiene lugar con una puntualidad que, la hora de llegada sea con una antelación máxima de 30 minutos de la hora programada para el tratamiento, prueba o alta hospitalaria y la recogida sea a la hora prevista de finalización de tratamiento, prueba o alta hospitalaria.

(...)

Punto 47 Alegación: De acuerdo con los convenios de vinculación del CatSalut con las entidades sanitarias, estas deben aportar, antes del 30 de junio de cada año, las cuentas anuales, del año anterior, auditadas de acuerdo con el marco normativo de información financiera que le sea aplicable.

El CatSalut dispone de todas las cuentas anuales auditadas de los años 2014 a 2022 de todas las entidades referenciadas.

En relación con las cuentas anuales auditadas disponibles de los años 2014 a 2022, la opinión del auditor no presenta salvedades, es decir, según los auditores de cuentas, las cuentas anuales expresan, en todos los aspectos significativos, la imagen fiel del patrimonio y de la situación financiera, así como de sus resultados y flujos de efectivo correspondientes a los ejercicios finalizados en los años comentados, de conformidad con el marco normativo de información financiera que resulta de aplicación y, en particular, con los principios y criterios contables contenidos en el mismo.

Por este motivo, el CatSalut no ha tenido que realizar ninguna inspección de carácter economicofinanciero en las mencionadas entidades.

En cuanto a la empresa B.Braun Avitum Servicios Renales, SA, en las cuentas auditadas de 2016 a 2022, aunque no presentan salvedades significativas, sí que constan las siguientes:

Descripción de los hechos de las auditorías con opinión con salvedades		
Nombre Entidad	Año	Descripción de los hechos
B-Braun Avitum Servicios Renales SA	2016	1.- Las cuentas anuales auditadas no incluyen información relativa al importe de los sueldos, dietas y remuneraciones de cualquier clase, así como anticipos, créditos o garantías concedidas, obligaciones en materia de pensiones y seguros de vida para el personal de alta dirección y los miembros del órgano de administración, tal y como exige el artículo 260 de la LSC (ley de Sociedades de Capital).

		2.- No se ha obtenido evidencia de auditoría respecto a si los administradores de la Sociedad han incurrido o no en situaciones de conflicto de intereses, tal y como indica el artículo 229 de la LSC. 3.- Los auditores fueron nombrados con fecha 24 de noviembre de 2015 e informan de que no pudieron presenciar el recuento físico de las existencias iniciales de la Sociedad B. Braun Avitum Servicios Renales SAU, ni de las existencias incorporadas a 1 de enero de 2015 de las sociedades B. Braun Avitum Canarias SLU, B. Braun Avitum Galicia SLU y el centro de diálisis de Martorell. Tampoco pudieron satisfacerse por medios alternativos de las cantidades de existencias a 31 de diciembre de 2014. Concluyen que no pueden determinar si hubiera sido necesario realizar ajustes al beneficio del año 2015 y en los flujos de efectivo netos procedentes de las actividades de explotación.
B-Braun Avitum Servicios Renales SA	2017	1.- Las cuentas anuales auditadas no incluyen información relativa al importe de los sueldos, dietas y remuneraciones de cualquier clase, así como anticipos, créditos o garantías concedidas, obligaciones en materia de pensiones y seguros de vida para el personal de alta dirección y los miembros del órgano de administración, tal y como exige el artículo 260 de la LSC (ley de Sociedades de Capital). 2.- No se ha obtenido evidencia de auditoría respecto a si los administradores de la Sociedad han incurrido o no en situaciones de conflicto de intereses, tal y como indica el artículo 229 de la LSC.
B-Braun Avitum Servicios Renales SA	2018	1.- Las cuentas anuales auditadas no incluyen información relativa al importe de los sueldos, dietas y remuneraciones de cualquier clase, así como anticipos, créditos o garantías concedidas, obligaciones en materia de pensiones y seguros de vida para el personal de alta dirección y los miembros del órgano de administración, tal y como exige el artículo 260 de la LSC (ley de Sociedades de Capital). 2.- No se ha obtenido evidencia de auditoría respecto a si los administradores de la Sociedad han incurrido o no en situaciones de conflicto de intereses, tal y como indica el artículo 229 de la LSC.
B-Braun Avitum Servicios Renales SA	2019	1.- Las cuentas anuales auditadas no incluyen información relativa al importe de los sueldos, dietas y remuneraciones de cualquier clase, así como anticipos, créditos o garantías concedidas, obligaciones en materia de pensiones y seguros de vida para el personal de alta dirección y los miembros del órgano de administración, tal y como exige el artículo 260 de la LSC (ley de Sociedades de Capital).

		2.- No se ha obtenido evidencia de auditoría respecto a si los administradores de la Sociedad han incurrido o no en situaciones de conflicto de intereses, tal y como indica el artículo 229 de la LSC.
B-Braun Avitum Servicios Renales SA	2021	1.- No se ha obtenido evidencia de auditoría respecto a si los administradores de la Sociedad han incurrido o no en situaciones de conflicto de intereses, tal y como indica el artículo 229 de la LSC.
B-Braun Avitum Servicios Renales SA	2022	1.- No se ha obtenido evidencia de auditoría respecto a si los administradores de la Sociedad han incurrido o no en situaciones de conflicto de intereses, tal y como indica el artículo 229 de la LSC.
B-Braun Avitum Servicios Renales SA	2023	1.- No se ha obtenido evidencia de auditoría respecto a si los administradores de la Sociedad han incurrido o no en situaciones de conflicto de intereses, tal y como indica el artículo 229 de la LSC.

Punto 48 Alegación: Cabe señalar, como punto inicial, que el CatSalut realiza revisión y control para prevenir, evitar o revertir la posibilidad de que las unidades proveedoras (UP) puedan facturar actividad que no sea correcta. Esta revisión y control se realiza mensualmente, a través de una aplicación de facturación diseñada para validar la información de actividad que entregan los proveedores y, en su caso, rechazar o poner incidencia a aquella actividad que no sea correcta. Esta actuación se realiza por cada UP de modo independiente.

El documento de “Prestación del Servicio Extrahospitalario para la Atención de la Insuficiencia Renal”, indica, en este punto, que se han detectado 31.574 sesiones incluidas en facturas que potencialmente pueden ser duplicadas. Sin embargo, la Sindicatura de Cuentas entregó al Servicio Catalán de la Salud, un fichero Excel en el que se recogían estos registros duplicados, pero se incluyeron 31.626 registros. Como sea que esta diferencia no es un número sustancial, se han trabajado las alegaciones a partir del fichero de Excel con un volumen total de 31.626 sesiones.

En cuanto al análisis de los datos, en primer lugar, se ha incorporado tres tipos de información en los datos:

- Tipo de UP: diferencia a las unidades proveedoras del ámbito hospitalario de las empresas de atención a la insuficiencia renal (AIR), en este último caso corresponden al ámbito extrahospitalario.
- Motivo duplicidad: indica qué información de cada registro es igual a su duplicado.
- Correcto: indica si la sesión de diálisis, aun siendo duplicada, es correcto facturarla.

En cuanto a las sesiones potencialmente duplicadas, el mayor número de registros duplicados se produce en el año 2014, tal y como se expresa en el documento.

Tabla 1.- Registros potencialmente duplicados por años

AÑO	EXTRAHOS- PITALARIA	HOSPITALARIA	NÚMERO TOTAL
2014	3.321	8.840	12.161
2015	474	5.003	5.477
2016	581	1.515	2.096
2017	512	950	1.462
2018	553	1.321	1.874
2019	582	1.962	2.544
2020	497	1.601	2.098
2021	607	1.607	2.214
2022	771	929	1.700
TOTAL	7.898	23.728	31.626

En la Tabla 1 se muestran los registros duplicados diferenciados por tipo de UP, es decir, si la UP es de extrahospitalaria o es un hospital, y se puede ver que el mayor volumen pivota sobre el ámbito hospitalario.

En cuanto al ámbito extrahospitalario y al ejercicio 2014, de las 3.321 sesiones duplicadas hay 2.583 sesiones que la duplicidad se produce concretamente entre 2 proveedores, que corresponden a las unidades proveedoras números 2012 y 7522 y a sesiones realizadas en abril, mes en que se inició el nuevo contrato. La primera, la UP 2012, corresponde a la empresa que deja de prestar los servicios y la segunda, UP 7522, a la nueva empresa que se le adjudica el contrato.

Aunque en los datos de facturación están estos registros duplicados, desde un punto de vista contable, el CatSalut pagó a la UP 2012 la factura de abril en el documento contable número 650065570 línea 4 y número financiero 4000009837, pero posteriormente se procedió a su descuento a través del documento contable número 650067016 línea 1 y número financiero 4000021014. Por lo tanto, debe concluirse que efectivamente no se pagó esta duplicidad.

En el caso del ámbito hospitalario, de las 8.840 sesiones duplicadas, 8.046 corresponden a hospitales del ICS y 794 registros a hospitales no ICS.

Aunque se ha explicitado el caso concreto del año 2014, atendiendo a su gran volumen, seguidamente las alegaciones van dirigidas al volumen total de registros.

Como se ha dicho anteriormente, se ha analizado qué información es la que provoca los registros duplicados y, en este sentido, se han encontrado 5 casuísticas:

Tabla 2.- Motivos de la duplicidad y descripción

TIPUS DE MOTIU	DESCRIPCIÓ
DUPLICAT EXACTE	Mateix NIA-DATA-UP-MODALITAT DE DIÀLISI
DIFERENT CONCEPTE DE FACTURACIÓ	Mateix NIA-DATA-UP DIFERENT MODALITAT DE DIÀLISI
DIFERENT TIPUS UP	Mateix NIA-DATA DIFERENT TIPUS UP
MATEIX TIPUS UP I DIFERENT CONCEPTE DE FACTURACIÓ	Mateix NIA-DATA-TIPUS UP DIFERENT UP-DIFERENT MODALITAT DE DIÀLISI
MATEIX TIPUS UP I MATEIX CONCEPTE DE FACTURACIÓ	Mateix NIA-DATA-TIPUS UP-MATEIXA MODALITAT DE DIÀLISI DIFERENT UP

En la Tabla 2, se explica qué información es igual y cuál es distinta para cada uno de los motivos.

Seguidamente se muestra la tabla del número de registros en función del tipo de motivo por el que es duplicado:

Tabla 3.- Número de sesiones duplicadas por motivo

MOTIU DUPLICAT	NOMBRE
DUPLICAT EXACTE	2.501
DIFERENT CONCEPTE DE FACTURACIÓ	9.624
DIFERENT TIPUS UP	10.198
MATEIX TIPUS UP+DIFERENT CF	4.638
MATEIX TIPUS UP+MATEIX CF	4.665
TOTAL	31.626

DUPLICADO EXACTO

Corresponde a registros que son iguales y, en este sentido, debe manifestarse que esta casuística no debería haberse producido. Sin embargo, si el sistema hubiera detectado la duplicidad, aceptaría una sesión como correcta y pondría la segunda con incidencia. Por lo tanto, en la tabla siguiente se muestra, por años, este motivo de duplicidad y también se indica el número de sesiones que serían correctas ("Sí") y las que serían incorrectas y que no deberían haberse pagado ("NO").

Tabla 4.- Número de sesiones por año duplicadas

ANY ACTIVITAT	EXTRAHOSPITALÀRIA		HOSPITALÀRIA		NOMBRE		TOTAL
	NO	SI	NO	SI	NO	SI	
2014	2	2	958	894	960	896	1.856
2015	1	1	308	247	309	248	557
2017	1	1			1	1	2
2018	2	2			2	2	4
2021			41	41	41	41	82
TOTAL	6	6	1.307	1.182	1.313	1.188	2.501

De acuerdo con los datos de la tabla, en el ámbito extrahospitalario las sesiones exactamente iguales son muy pocas y donde se ve más incidencia es en el ámbito hospitalario y sobre todo en los ejercicios 2014 y 2015. Además son los hospitales del ICS los que tienen más duplicados, concretamente en 2014 hay 1.794 sesiones sobre las 1.856 y en 2015, 386 sobre las 557.

Teniendo en cuenta los datos, de las 2.501 sesiones duplicadas, 1.188 serían correctas y estarían bien pagadas.

DIFERENTE CONCEPTO DE FACTURACIÓN

De acuerdo con la Tabla 2, estos registros solo tienen la modalidad de la sesión de diálisis diferente, es decir, una misma UP ha facturado al mismo paciente por el mismo día, dos modalidades diferentes de diálisis.

En general, esta casuística no debería producirse y toda ella se concentra en el ámbito hospitalario, sin embargo hay algunas modalidades de terapia que podrían facturarse conjuntamente. Es el caso del inicio de tratamiento de diálisis domiciliaria con una sesión de diálisis DPCC o DPAC, puesto que el inicio del tratamiento es una sesión de formación al paciente para poder dializarse en su domicilio.

También del análisis se desprende que la duplicidad se produce en muchos casos entre diálisis hospitalaria y diálisis domiciliaria, es decir, el paciente ha sido ingresado en el hospital e igualmente se ha facturado la sesión de la diálisis domiciliaria. Este caso puede darse cuando la facturación de la diálisis domiciliaria y la hospitalaria coinciden solo en el día del ingreso en el hospital.

Por este último supuesto, no se ha realizado un análisis exhaustivo buscando la fecha de inicio del ingreso, por lo tanto una de las sesiones de diálisis se ha considerado correcta y la otra no.

En el siguiente cuadro se especifica por años el número de sesiones y también se indica cuáles serían las correctas, dado que una de las sesiones estaría correctamente facturada.

Tabla 5.- Número de sesiones por año con diferente concepto de facturación

ANY ACTIVITAT	ÀMBIT HOSPITALARI		TOTAL
	NO	SI	
2014	2.866	2.899	5.765
2015	1.733	1.724	3.457
2016	27	27	54
2017	9	9	18
2018	64	64	128
2019	39	39	78
2020	5	5	10
2021	29	37	66
2022	1	47	48
TOTAL	4.773	4.851	9.624

Cabe destacar que del volumen total de 9.624 sesiones con esta incidencia, 8.676 corresponden a hospitales del ICS.

DIFERENTE TIPO UP

La casuística en este caso se da cuando se han facturado 2 sesiones de diálisis por parte de dos UP diferentes y de distinto ámbito. Esto normalmente responde a que el paciente se deriva del centro de extrahospitalaria al hospital porque su estado de salud así lo requiere.

Como sea, que se ha iniciado la sesión de diálisis en el centro de extrahospitalaria, se considera que este centro ha realizado el servicio y por lo tanto esta sesión es correcta. De la misma manera cuando el paciente se traslada al hospital, es posible que sea necesario realizar una nueva sesión de diálisis y por lo tanto también es una sesión facturable.

Otra casuística, corresponde a pacientes que realizan diálisis domiciliaria y que necesiten alguna sesión de diálisis ambulatoria.

Tabla 6.- Número de sesiones por año en diferente tipo de UP

ANY ACTIVITAT	EXTRAHOSPITALÀRIA		HOSPITALÀRIA	TOTAL
	NO	SI	SI	
2014	1	731	729	1.461
2015		468	467	935
2016		577	577	1.154
2017		508	508	1.016
2018		547	547	1.094
2019		580	580	1.160
2020		497	497	994
2021		599	599	1.198
2022		593	593	1.186
TOTAL	1	5.100	5.097	10.198

En este caso, habría que dar como correctas 10.197 sesiones y, puede verse que la incidencia anual es muy similar en todos los ejercicios.

MISMO TIPO UP DIFERENTE CONCEPTO DE FACTURACIÓN

Las sesiones incluidas en este apartado corresponden a facturación de 2 sesiones de diálisis de modalidades diferentes por parte de 2 UP distintas, por el mismo paciente y día.

En este caso, solo sería correcta la facturación de una sesión de diálisis de una de las UP cuando ambas UP corresponden al ámbito de extrahospitalaria, ya que el paciente tiene asignada la UP a la que debe asistir para dializarse.

En cuanto al ámbito hospitalario, la casuística es diversa, puede darse el caso de que el paciente realice una sesión de diálisis y posteriormente se traslade a un hospital de mayor nivel como consecuencia de un empeoramiento de su salud, y en ambos hospitales se hubiera realizado la sesión de diálisis. También, existe un volumen elevado de sesiones domiciliarias facturadas el mismo día y sesiones de diálisis hospitalarias facturadas por otra UP. En este caso se considera que ambas sesiones serían correctas, ya que el paciente puede acudir a urgencias a un hospital distinto al que factura la diálisis domiciliaria.

Tabla 7.- Número de sesiones por año con mismo tipo de UP y diferente concepto de facturación

ANY ACTIVITAT	EXTRAHOSPITALÀRIA		HOSPITALÀRIA	TOTAL
	NO	SI	SI	
2014	1	1	244	246
2015			458	458
2016			716	716
2017	1	1	364	366
2018			412	412
2019			502	502
2020			1.018	1.018
2021	1	1	674	676
2022	8	8	228	244
TOTAL	11	11	4.616	4.638

MISMO TIPO UP Y MISMO CONCEPTO DE FACTURACIÓN

Corresponden a sesiones de la misma modalidad que se han facturado por 2 UP diferentes pero que pertenecen al mismo ámbito.

En este caso, las UP que corresponden al ámbito extrahospitalario no es correcto, ya que el paciente tiene asignada la UP en la que se debe dializar, por lo tanto solo una de las dos sesiones sería correcta.

En el caso del ámbito hospitalario, también puede darse la misma casuística que en el apartado D), pero mayoritariamente la tipología de diálisis no es hospitalaria, lo que significa que el paciente no ha acudido de urgencia al centro hospitalario. La casuística responde más a cambios de domicilio del paciente, y por lo tanto se produce un cambio en el centro que debe dializar al paciente. El problema es que el centro que ya no dializa al paciente sigue facturando sobre todo en lo que se refiere a sesiones domiciliarias.

En este caso, se dan como correctas una de las 2 sesiones por tipo de UP.

Tabla 8.- Número de sesiones por año con mismo tipo de UP y mismo concepto de facturación

ANY ACTIVITAT	EXTRAHOSPITALÀRIA		HOSPITALÀRIA		TOTAL
	NO	SI	NO	SI	
2014	1.292	1.291	127	123	2.833
2015	2	2	33	33	70
2016	2	2	84	84	172
2017			30	30	60
2018	1	1	117	117	236
2019	1	1	401	401	804
2020			38	38	76
2021	3	3	93	93	192
2022	81	81	30	30	222
TOTAL	1.382	1.381	953	949	4.665

CONCLUSIÓN:

De acuerdo con las consideraciones previas, del total de 31.626 sesiones potencialmente duplicadas, se ha identificado que 8.433 son efectivamente duplicadas y, por lo tanto, no facturables. De estas, 5.909 corresponden al ICS y no tienen implicación económica.

Cabe destacar que la mayor parte de estas incidencias potencialmente duplicadas se concentran en los años 2014 y 2015, con una disminución significativa en años posteriores, fruto de las acciones correctivas implementadas por CatSalut.

Como se ha dicho anteriormente, el sistema de incidencias funciona por UP, y es en este punto donde se han localizado muchas de las sesiones potencialmente duplicadas. El resumen detallado del número total de sesiones correctas y las que no deberían haberse facturado se presenta en la Tabla 9.

En la tabla 9, se encuentra el resumen del número total de sesiones correctas y las que no deberían haberse facturado:

Tabla 9.- Número total de sesiones por año correctas e incorrectas

ANY ACTIVITAT	EXTRAHOSPITALÀRIA		HOSPITALÀRIA		NOMBRE		TOTAL
	NO	SI	NO	SI	NO	SI	
2014	1.296	2.025	3.951	4.889	5.247	6.914	12.161
2015	3	471	2.074	2.929	2.077	3.400	5.477
2016	2	579	111	1.404	113	1.983	2.096
2017	2	510	39	911	41	1.421	1.462
2018	3	550	181	1.140	184	1.690	1.874
2019	1	581	440	1.522	441	2.103	2.544
2020		497	43	1.558	43	2.055	2.098
2021	4	603	163	1.444	167	2.047	2.214
2022	89	682	31	898	120	1.580	1.700
TOTAL	1.400	6.498	7.033	16.695	8.433	23.193	31.626

Finalmente, como parte del compromiso para mejorar la calidad de la información, CatSalut está trabajando en el desarrollo e implantación de un ERP (Enterprise Resour-

ce Planning) que está actualmente en fase inicial. Este sistema optimizará procesos esenciales, incluyendo la facturación, y permitirá consolidar la información en una plataforma única y automatizar procedimientos.

COMENTARIOS ALEGACIONES OTRAS PARTES DEL DOCUMENTO

Apartado 2.1 Objeto y alcance

Párrafo 4 – “Aunque el objeto de la fiscalización...”

Se habla de fiscalización *del servicio extrahospitalario de la atención a la insuficiencia renal* cuando debería especificarse que es el tratamiento de hemodiálisis realizado de forma extrahospitalaria.

Se especifica que para poder llevar a cabo el primer punto es necesario fiscalizar *la planificación del servicio en el conjunto de la política de atención al enfermo renal* pero no consideran en ningún momento el trasplante renal que también forma parte de la política de atención al enfermo renal, tal y como se describe en la *Resolución 77.4 de la Asamblea Mundial de la Salud, adoptada en mayo de 2024, insta a los Estados Miembros, entre otros, a que integren el trasplante en el continuo de la atención sanitaria de los pacientes, apliquen ordenamientos que promuevan el acceso equitativo a la terapia del trasplante y promuevan la seguridad y eficacia de los trasplantes mediante la recopilación de datos relativos a sus resultados*. [Resolución 77.4 de la Asamblea Mundial de la Salud sobre el aumento de la disponibilidad, el acceso ético y la supervisión del trasplante de células, tejidos y órganos humanos <https://www.transplant-observatory.org/download/resolution-wha77-4-increasing-availability-ethical-access-oversight-transplantation-spanish/>]

Gráfico 6 En el título debería cambiarse la expresión *hemodiálisis peritoneal* por *diálisis peritoneal*.

Escándalo de costes de la tarifa de hemodiálisis ambulatoria extrahospitalaria 2024:

Concepto de coste	Hemodiálisis ambulatoria extrahospitalaria 2024 (Coste por sesión)
1. Gastos de personal	107,12 €
2. Material sanitario	38,26 €
3. Farmacia	25,71 €
4. Pruebas diagnósticas	2,38 €
5. Amortización aparatos	8,48 €
6. Fístulas	3,57 €
(A) Costes directos (€)	185,52 €
(B) Costes indirectos (10,56%)	19,59 €
Coste total (A*(1+B))	205,11 €
(C) Beneficio industrial (7%)	14,36 €
(D) Incremento tarifas 2024 (0,32%)	0,65 €
Coste total (A*(1+B+C))	220,12 €

La **tarifa** incluye todos los costes que se generan desde el inicio del tratamiento de hemodiálisis del paciente hasta el momento del alta, los cuales incluyen: gastos de personal, material sanitario, farmacia (MHDA y recetas médicas), pruebas diagnósticas, amortización de los aparatos (monitores de diálisis y planta de tratamiento de aguas) y todo el resto de los elementos necesarios para realizar las sesiones de hemodiálisis ambulatoria.

7.2. TRATAMIENTO DE LAS ALEGACIONES

Las alegaciones formuladas han sido analizadas y valoradas por la Sindicatura de Cuentas. Como consecuencia de las alegaciones presentadas se han modificado o introducido aclaraciones en las observaciones incluidas en los apartados 5.1.3, 5.2.1, 5.3.1, 5.3.2, 5.3.3, 5.3.5 y 5.4.2 del informe. Estos cambios han motivado también modificaciones en el texto de las conclusiones 7, 10, 13, 16, 30, 38, 42 y 48 del proyecto de informe.

APROBACIÓN DEL INFORME

Certifico que en Barcelona, el 19 noviembre de 2024, reunido el Pleno de la Sindicatura de Cuentas, presidido por el síndico mayor, Miquel Salazar Canalda, con la asistencia de los síndicos Manel Rodríguez Tió, Llum Rodríguez Rodríguez, Maria Àngels Cabasés Piqué, Ferran Roquer Padrosa y Josep Viñas Xifra, y de la secretaria general de la Sindicatura, Marta Junquera Bernal, actuando como ponente la síndica Maria Àngels Cabasés Piqué, previa deliberación se acuerda aprobar el informe de fiscalización 20/2024, relativo a Servicio Catalán de la Salud: prestación del servicio extrahospitalario para la atención a la insuficiencia renal, ejercicio 2022.

Y, para que así conste y surta los efectos que correspondan, firmo esta certificación, con el visto bueno del síndico mayor.

[Firma digital de Marta Junquera Bernal]

La secretaria general

Visto bueno,

[Firma digital de Miquel Salazar Canalda]

El síndico mayor

The first part of the paper discusses the importance of the research and the objectives of the study. It then moves on to a literature review, which provides a background on the topic and identifies the gaps in the existing research. The methodology section describes the research design, data collection, and analysis. The results section presents the findings of the study, and the conclusion summarizes the main points and offers suggestions for future research.

The research was conducted in a systematic and rigorous manner, following the principles of good research practice. The data was collected from a representative sample of the population, and the analysis was carried out using appropriate statistical methods. The results of the study are presented in a clear and concise manner, and the conclusions are based on the evidence gathered.

The findings of the study have important implications for the field of research, and they provide valuable insights into the issues being studied. The research also highlights the need for further investigation in this area, and it offers suggestions for how this can be achieved.

In conclusion, the research has shown that there is a need for further investigation in this area, and it has provided valuable insights into the issues being studied. The findings of the study have important implications for the field of research, and they provide valuable insights into the issues being studied.