

- Remohí J, Simón C, Pellicer A, Bonilla F, editores. Reproducción humana. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 2002. p. 235-45.
2. Barri PN, Balasch J, Romeo A, Ruiz Balda JA, Daya S, Auray JP, et al. Coste efectividad de la hormona foliculo-estimulante recombinante y urinaria en las técnicas de reproducción asistida en el sector sanitario privado español. *Rev Iber Fert.* 2002;19:195-202.
3. Mantovani LG, Belisari A, Szues TD. Pharmacoeconomic aspects of in vitro fertilization in Italy. *Hum Reprod.* 1999;14:953-8.
4. Balash J, Barri PN. Reflections on the cost-effectiveness of recombinant FSH in Assisted Reproduction. The clinician's perspective. *J Assist Reprod Genet.* 2001;18:45-55.
5. Expósito A, Castilla JA, Suárez I, Mendoza N, Castaño JL, Fontes J, et al. Aproximación a un análisis de costes por proceso y coste- efectividad en la Unidad de Reproducción del H.U. Virgen de las Nieves de Granada. *Rev Iber Fert.* 2000; 17:267-76.
6. Philips Z, Barraza M, Posnett J. Evaluation of the relative cost-effectiveness of treatments for infertility in the UK. *Hum Reprod.* 2000;15:95-106.
7. Matorras R. La reproducción asistida en el sistema sanitario público español. *Revista Iberoamericana de Fertilidad.* 2002;19:103-8.
8. Daya S, Ledger W, Auray JP, Duru G, Silverberg K, Wikland M, et al. Cost-effectiveness modelling of recombinant FSH versus urinary FSH in assisted reproduction techniques in the UK. *Hum Reprod.* 2001;16:2563-9.
9. Silverberg K, Daya S, Auray JP, Duru G, Ledger W, Wikland M, et al. Analysis of the cost effectiveness of recombinant versus urinary follicle-stimulating hormone in in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection programs in the United States. *Fertil Steril.* 2002;77:107-13.
10. Ardoy M. Recursos humanos y costes en el laboratorio de reproducción asistida. *Revistas ASEBIR 8 (2): Libro de comunicaciones y ponencias, 2.º Congreso ASEBIR.* Granada 11 y 12 de diciembre de 2003.
11. Oliva G. Ciclo de tratamiento en las técnicas de reproducción humana asistida. Delimitación del concepto. *Informatiui AATRM.* 2002;27:6-7.
12. SEDIGLAC. Metodología del cálculo de costes unitarios de las pruebas de laboratorio Grupo de Consenso, 1998. Disponible en: <http://www.sediglac.org>
13. Matorras R, Valladolid A, Rodríguez-Escudero FJ. El coste de las técnicas de reproducción asistida en el sistema público de salud. Experiencia en el Hospital de Cruces. *Rev Iber Fert.* 2001;18:146-50.
14. Goverde AJ. Intrauterine insemination or *in vitro* fertilization in idiopathic subfertility and male subfertility: a randomised trial and cost-effectiveness analysis. *Lancet.* 2000;1:355.
15. Peinado JA, Peiró S. Análisis coste efectividad de la reproducción asistida. *Revista de Administración Sanitaria.* 1997; 1:659-78.
16. Granberg M, Wikland M, Nilsson L, Hamberger L. Couples' willingness to pay for IVF/ET. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1995;74:199-202.
17. López ME, Pérez-Herrezuelo I, Ortiz-Galisteo JR, Aguilar J, Fontes J, Maldonado V, et al. Resultados ciclos ICSI según protocolos de estimulación y edad de la mujer. XXV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF). A Coruña. 13-15 de mayo de 2004.
18. Al-Inany H, Alboulghar M. GnRH antagonists in assisted reproduction: a Cochrane Review. *Hum Reprod.* 2002;17:874-85.
19. Ludwig M, Katalinic A, Diedrich K. Use of GnRH antagonists in ovarian stimulation for assisted reproductive technologies compared to the long protocol. Meta-analysis. *Arch Gyn Obst.* 2001;265:175-82.
20. Olivennes F, Cunha-Filho JS, Fanchin R, Bouchard P, Frydman R. The use of GnRH antagonists in ovarian stimulation. *Hum Reprod Update.* 2002;8:279-90.
21. Goldberg JM, Mascha E, Falcone T, Attaran M. Comparison of intrauterine and intracervical insemination with frozen donor sperm: a meta-analysis. *Fertil Steril.* 1999;72:792-5.
22. Fontes J, Castilla JA, Maldonado V, Suárez I, Núñez AI, Luceño F, et al. Inseminación artificial conyugal: evidencias clínicas. *Rev Iber Fer.* 2001;18:461-472.

Comentario. Sobre los estudios de costes de los procesos asistenciales

(Comment. On studies of the costs of healthcare processes)

Fernando Antoñanzas

Departamento de Economía y Empresa,
Universidad de La Rioja, Logroño, La Rioja, España.

El texto aborda los cálculos de los costes de una tecnología sanitaria novedosa y de la que apenas hay información económica, lo cual hace interesante su lectura. Además, se diseña un método específico para la obtención de los costes y se comparan los resultados obtenidos en un intervalo de 5 años, de modo que llega a unas conclusiones referentes a la evolución de los tratamientos y los resultados sanitarios.

Los métodos de cálculo de los costes de la atención sanitaria son variados y no están estandarizados. Aunque una parte de la atención sanitaria, la de carácter hospitalario para

pacientes ingresados, dispone de métodos de cálculo de costes desde hace algo más de una década (a raíz de la iniciativa «SIGNO» del INSALUD, fundamentalmente), el resto de la asistencia sanitaria apenas cuenta con una valoración sistemática de los costes incurridos.

Ello obedece a varias razones, entre las que podemos citar la propia falta de conocimiento respecto de las actuaciones sanitarias necesarias para el tratamiento de los pacientes de una cierta enfermedad, la variación de prácticas médicas dentro de un mismo centro sanitario –en función de los profesionales y de las especialidades médicas involucradas en el tratamiento de los pacientes–, la complejidad de los procesos asistenciales que requieren la participación de varias especialidades, la propia definición de la atención sanitaria, entre otros. De este modo, la atención sanitaria de la infertilidad, como es el caso del presente texto, admite varias interpretaciones, ya que requiere varias fases para su desarrollo o varias intervenciones médicas; el conjunto de todas esas intervenciones, algunas de ellas relacionadas entre sí en lo que podemos denominar un proceso –como el llamado de estimulación ovárica– constituyen la atención integral del paciente

no fértil. Así pues, algunos autores pueden calcular el coste de un determinado proceso, como el de la estimulación ovárica, otros pueden calcular el coste de las pruebas de laboratorio previas al diagnóstico o necesarias en toda la atención, y otros autores se pueden fijar más en los costes farmacéuticos requeridos para los fines perseguidos por esta atención sanitaria. Más aún, en cada centro puede haber un protocolo o unas guías de actuación según las características de las pacientes (precisando más o menos consultas, más o menos pruebas de laboratorio, etc.), por lo que los resultados de un centro sanitario no tienen por qué ser comunes o válidos para otras instituciones. Es decir, los costes o la valoración monetaria de la atención sanitaria requieren una definición y acuerdo previo de lo que se entiende por tal atención, ya que para unos autores sería válido calcular el coste de un proceso asistencial, de una intervención concreta –como la de la propiamente dicha fertilización *in vitro*– o la de una prueba de laboratorio concreta, y todos ellos estarían estudiando el asunto del tratamiento de la infertilidad desde diferentes ópticas.

En el caso del texto adjunto, los autores han optado por calcular los costes de un tratamiento integral de la infertilidad, esto es, de la atención sanitaria de la infertilidad, incluidos, por tanto, todos los costes de los procesos asistenciales y de las intervenciones más concretas necesarios para el fin buscado. De ahí que los autores hayan tenido que hacer un esfuerzo adicional en el sentido de analizar cuántas intervenciones configuran las diferentes formas sanitarias de tratar la infertilidad; a partir de esta información de base, han tenido que diseñar un método específico que engarce con la forma de contabilizar los costes de su propio hospital, ya que de esta

fuente obtendrán buena parte de sus datos (por lo que su método no tiene por qué ser válido para otro hospital), y, finalmente, han tenido que valorar los costes unitarios de cada una de las intervenciones en las que han dividido con fines contables la atención integral de este problema sanitario.

Como ellos mismos reconocen en su artículo, sus resultados difícilmente son comparables con los disponibles en otros estudios; en su honor hemos de reconocer que muestran claramente el método seguido, cosa que en otras publicaciones no suele suceder, y que además han aplicado su método en dos momentos diferentes del tiempo, lo cual da pie para efectuar unas comparaciones y análisis de la tendencia de las intervenciones ginecológicas para la infertilidad, además de para examinar la evolución de los costes.

De esta manera, en la tabla 3 elaborada por los autores destaca que los costes por parto logrado mediante el tratamiento de la infertilidad han pasado de 1998 a 2003 de unos 12.500 a 7.500 €, debido entre otras causas a la mayor utilización de la capacidad de la unidad de fertilidad del hospital. Por otra parte, la fertilización *in vitro* es la técnica cuyos costes más se han reducido, ya que han pasado en dicho período de 12.500 a 7.000 €. De los costes asistenciales, los de personal de la unidad, con unos 470.000 €, y los consumos de materiales y medicación, con unos 206.000 €, indican una proporción de estos consumos en el coste total superior a la comúnmente resultante de otros procesos asistenciales.

En definitiva, el texto muestra un procedimiento de cálculo que otros gestores sanitarios pueden adaptar a su entorno y unos resultados de interés para la aplicación de políticas de tratamiento de la infertilidad.

Se buscan

Revisores externos para GACETA SANITARIA. Queremos ampliar y renovar nuestra base de revisores. Si estás interesado/a envía tu nombre completo, lugar de trabajo, correo electrónico y 3-5 palabras clave definiendo tus áreas de conocimiento y experiencia a Maria Cinta Sabaté (msabate@doyma.es).

Gracias por tu colaboración.