

Los costes ocultos de los tratamientos de infertilidad

En un reciente artículo⁽¹⁾ publicado en el [British Medical Journal](#) se analizan algunas causas que, al parecer, pueden incrementar los costes originariamente atribuidos a la [fecundación in vitro](#).

Anualmente se estima que el sistema sanitario público de Inglaterra dedica a las prácticas de fertilización in vitro 78 millones de euros. Una primera cosa que sorprende es que los servicios públicos ingleses solamente permiten a las mujeres que acuden a la fertilización in vitro utilizar tres ciclos de fertilización, cuando la mayoría de las clínicas europeas privadas ofertan seis.

En 2016, el 59% de los ciclos de fertilización que se dieron en el Reino Unido se financiaron privadamente. El coste medio de cada ciclo es de 3.348 libras, aunque dichos costes varían ampliamente de una clínica a otra. Pero a ello hay que añadir otros costes por los fármacos utilizados, la sedación, los análisis de sangre y los costes administrativos, lo que puede aumentar la factura entre 655 y 2335 libras por ciclo. Pero, además, se pueden añadir otras 3.500 libras por diversos servicios médicos adicionales. Para calcular el coste total, hay que multiplicar lo que cuesta cada ciclo por el número de ciclos de fertilización a los que la mujer pueda acceder, que por media son seis.

¿Qué otros costes económicos se pueden añadir a la fecundación in vitro?

Uno de los principales, son los riesgos económicos derivados de los embarazos múltiples que se suelen dar secundariamente a la fecundación in vitro, como manifiesta la presidenta del Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos del Reino Unido, Lesley Regant.

El número de [embarazos múltiples](#) es cuatro veces mayor en las fecundaciones in vitro que en la vía natural y los mismos pueden asociarse con aumento de diabetes gestacional, hemorragias post-parto, bajo peso al nacimiento, nacimientos prematuros, y depresión post-natal⁽²⁾. También parece confirmado que los niños nacidos por fecundación in vitro presentan un mayor índice de defectos neonatales, 1,32 veces más que los nacidos por vía natural⁽³⁾. Incluso un 30% de las mujeres que acuden a la fertilización in vitro pueden padecer un síndrome de hiperestimulación

ovárica⁽⁴⁾ y es indudable que tratar todos los cuadros clínicos anteriormente citados implica un objetivo incremento de recursos económicos.

Otros campos menos explorados, pero del que cada vez se tienen más evidencias, son los trastornos mentales que pueden acompañar a la fecundación in vitro, que normalmente también requieren dedicación económica. Así, incluso a los 10 años de la fecundación in vitro, se pueden detectar en las mujeres elevados niveles de depresión y ansiedad. También un estudio llevado a cabo en 2011 en Dinamarca⁽⁵⁾ ha puesto de manifiesto que las mujeres que no consiguen tener el tan deseado hijo tienen el doble de riesgo de suicidio que las mujeres que sí lo han conseguido.

Por otro lado, otra razón por la que se pueden incrementar los costes de la fecundación in vitro es por la [propaganda engañosa](#) que a veces acompaña a estas prácticas, en las que se exageran las perspectivas de poder alcanzar el hijo y también porque el 30% de las clínicas europeas de procreación asistida informan a sus clientes tener mayor expectativa de conseguir el hijo que las que en realidad tienen⁽⁶⁾.

Asimismo, el uso de la fecundación in vitro, que hasta el año 2000 prácticamente solo se usaba para enfermedades de las trompas de Falopio, se ha extendido a un 60% de los casos de [infertilidad de causa desconocida o la subfertilidad masculina](#)⁽⁷⁾, lo que sin duda está contribuyendo a un incremento de los gastos, no estrictamente debidos a la técnica de fecundación in vitro.

Es decir, parece que los costes ocultos de la fecundación in vitro son bastante mayores de lo que en principio parecen atribuibles a este tipo de técnicas.

Referencias:

1. Excellence NfHaC. Fertility: assessment and treatment for people with fertility problems. ; 2013.
2. RCOG Scientific Impact Paper. Multiple Pregnancies Following Assisted Conception. Scientific Impact Paper. 2018; 22.
Hansen M, Kurinczuk JJ, Milne E, de Klerk N, Bower C. Assisted reproductive
3. technology and birth defects: a systematic review and meta-analysis. Human Reproduction Update. 2013; 19: p. 330-53.

- Olivennes F, Mannaerts B, Struijs M, Bonduelle M, Devroey P. Perinatal outcome of pregnancy after GnRH antagonist (ganirelix) treatment during ovarian stimulation for conventional IVF or ICSI: a preliminary report. *Human Reproduction*. 2001; 16: p. 1588-91.
4. Kjaer TK, Jensen A, Dalton SO, Johansen C, Schmiedel S, Kjaer SK. Suicide in Danish women evaluated for fertility problems. *Human Reproduction*. 2011; 26: p. 2401-7.
5. Boivin J, Bunting L, Koert E, Ieng UC, Verhaak C. Perceived challenges of working in a fertility clinic: a qualitative analysis of work stressors and difficulties working with patients. *Human Reproduction*. 2017; 32: p. 403-408.
6. Authority HFaE. Family treatment 2014-2016; trend and figures. [Online].; 2018.
7. Available from: <http://ifqtesting.blob.core.windows.net/umbraco-website/1783/fertility-treatment-2014-trends-and-figures.pdf>.

Justo Aznar

Instituto Ciencias de la Vida

Observatorio de Bioética

Universidad Católica de Valencia

