

La infertilidad en Costa Rica debe abordarse como un problema de salud pública

Infertility in Costa Rica must be tackled as a public health issue

Alberto Ferrero Aymerich

Resumen

Según la Organización Mundial de la Salud, la infertilidad afecta a una de cada cuatro parejas en los países en desarrollo, en Costa Rica su incidencia se estima alrededor del 10% entre las parejas en edad fértil. En momentos en que la tasa de fecundidad en Costa Rica ha caído por debajo de su tasa de reemplazo, la infertilidad debe abordarse como un problema de salud pública prioritario. Por lo tanto, la Asamblea Legislativa de Costa Rica, en vez del inútil debate que ha sostenido por la aprobación de una técnica en particular como es la fecundación in vitro, debe enfocarse en aprobar una legislación sanitaria comprensiva que tome en cuenta el enfoque poblacional y establezca la creación de un Sistema Integrado de Atención de la Infertilidad. Este Sistema debe impulsar el abordaje interdisciplinario y la atención expedita y debe ofrecer terapias costo-efectivas que garanticen su sostenibilidad.

Descriptor: Infertilidad, salud pública, legislación sanitaria, sistema integrado de atención de la infertilidad

Abstract

Infertility affects one out of four couples in developing countries according to the World Health Organization, while its incidence in Costa Rica is estimated to be 10% in couples in reproductive age. While the fertility rate in Costa Rica has fallen under the replacement rate, infertility must be approached as a public health priority. Therefore, instead of having the pointless discussion about approving a particular technique such as In vitro fertilization, the Costa Rican Legislative Assembly should focus on approving comprehensive health legislation. This legislation should be based on a population health approach and establish the creation of an Integrated System to Assist Fertility Problems. This System must thrust an interdisciplinary approach and prompt attention. It should also offer cost-effective therapies that guarantee its sustainability.

Keywords: Infertility, public health, health legislation, Integrated System to Assist Fertility

Fecha recibido: 14 de setiembre de 2011

Fecha aceptado: 26 de enero de 2012

Afiliación de los autores:
Cooperativa Autogestionaria de
Servicios Integrales de Salud
(COOPESALUD, R.L.)
Correspondencia:
aferreroa@yahoo.com

Según lo establecido por la Organización Mundial de la Salud, se considera infértil a una pareja cuando la misma no logra un embarazo después de dos años de vida sexual activa sin la utilización de métodos anticonceptivos y en ausencia de otras condiciones naturales que pudieran impedir la concepción, tales como la amenorrea postparto o la lactancia. Esta condición no implica necesariamente una

condición irreversible como la esterilidad y, según datos de esta misma organización, una de cada cuatro parejas de los países en desarrollo ha padecido algún tipo de infertilidad.¹ En Costa Rica se estima que su incidencia ronda el 10% en parejas en edad fértil.²

Costa Rica debe abordar la infertilidad como un problema de salud pública con carácter

de prioridad, sobre todo tomando en cuenta que su tasa de fecundidad, esto es, la cantidad de hijos nacidos por mujer en edad fértil, ha caído por debajo de 2.1, que es la cifra mínima necesaria para el reemplazo poblacional en países con una baja mortalidad prematura. Este fenómeno implica el inicio del envejecimiento de su sociedad e implicará, a juicio de los expertos, un inevitable impacto negativo sobre la sostenibilidad de su economía y de su sistema de seguridad social. Si bien es cierto que dicha disminución obedece, en gran parte, al impacto de las corrientes demografistas en la decisión de las familias costarricenses de disminuir su cantidad de hijos en relación con las de sus padres y abuelos, es previsible que la incidencia de la infertilidad adquiera cada vez mayor relevancia en dicho fenómeno, en parte como resultado de conductas prevenibles, como lo es la decisión de ciertos grupos poblacionales de intentar procrear hasta después de los 30 años de edad.

Para facilitar la comprensión del abordaje propuesto, vale mencionar que la Organización Mundial de la Salud entiende la Salud Pública como los esfuerzos organizados de la sociedad para desarrollar políticas de salud, promover la salud, prevenir enfermedades y trabajar por la existencia de la seguridad social en el marco del desarrollo sostenible. Esta definición es enriquecida y complementada por otros autores, entre ellos Álvarez-Dardet, quien establece que la Salud Pública es el resultado social de la relación dialéctica entre tres elementos: ciencia, ética y voluntad política.³

El abordaje de los problemas de salud de las poblaciones, como es comprensible, ha evolucionado de la mano del conocimiento de sus factores etiológicos y condicionantes, así como de las mejores terapias costo-efectivas disponibles. Es así cómo hacia la mitad del siglo XIX prevaleció un enfoque basado predominantemente en la medicina clínica que ha sido conocido como movimiento sanitarista, el cual cedió su lugar a la teoría del germen a finales del siglo XIX, al énfasis en la higiene a comienzos del siglo XX, a la era terapéutica a partir de 1950 y a lo que se ha denominado la nueva Salud Pública en la década de los años 80 y 90 del siglo pasado.⁴ Esta última etapa ha enfatizado en la importancia de los factores socio-ambientales y conductuales como determinantes en el proceso salud-enfermedad. Como resultado de esta evolución, la Salud Pública se ha enriquecido con estrategias como la Atención Primaria en Salud -impulsada mundialmente en Alma Ata (URSS) en 1978 pero que en Costa Rica se aplicaba exitosamente desde inicios de esa década-, así como con el informe Lalonde de 1974, el cual aportó una visión innovadora de la prevención médica y con la Carta de Ottawa de 1984, la cual hace especial énfasis en el impacto de los estilos de vida y de la participación ciudadana en la resolución de los problemas de salud. La Salud Pública, como puede verse, ha dependido de la medicina y se ha desarrollado con base en la investigación científica, pero además ha incluido, como un componente de gran importancia, la investigación social, lo cual ha posibilitado el enfoque integral de los problemas de salud.

Con base en un enfoque de Salud Pública y en la concepción de un Estado que procura el bienestar del mayor número se ha forjado el Sistema de Salud costarricense, el cual ha enfatizado en la educación sanitaria, en la atención primaria, en el control

epidemiológico, en la medicina social y, más recientemente, en la promoción de la salud. Ha sido precisamente este enfoque lo que, en mayor proporción, ha contribuido al logro de sus indicadores de salud reconocidos a nivel mundial.

El abordaje del problema de la infertilidad no debe ser la excepción y debe incorporar un componente dirigido al ámbito poblacional, con un enfoque integral y moderno de Salud Pública que tome en cuenta sus factores etiológicos y condicionantes, a la vez que promueva acciones que favorezcan conductas asociadas a la fertilidad. De igual manera, en aras de una eficiente utilización de los recursos, debe procurar que el Sistema de Salud adopte tratamientos costo-efectivos y fomente el desarrollo de investigación clínica y social que genere progresos en la eficacia de su abordaje.

Para ejemplificar sucintamente las implicaciones de un abordaje como al que hago referencia, vale mencionar que la experiencia clínica ha logrado determinar, entre otras cosas, que una edad superior a los 30 años, así como la postergación de la resolución de un problema de infertilidad por más de 3 años son factores pronósticos negativos de gran importancia en la resolución de este problema.⁵ Desde un enfoque de salud pública, este conocimiento debería dar paso a una estrategia de comunicación social dirigida a los grupos poblacionales en los cuales se ha identificado la tendencia a postergar el intento de procreación para después de los 30 años de edad, al tiempo que se impulsara legislación y políticas en las áreas académica y laboral que generen condiciones favorables para que las parejas se vean estimuladas a procrear antes de esa edad sin tener que pagar por ello un precio en su proyección académica y laboral. Por otra parte, se han determinado otros factores relacionados con la infertilidad que son prevenibles, a saber, secuelas de enfermedades de transmisión sexual, nutrición inadecuada y obesidad, consumo de alcohol o drogas, enfermedades crónicas, la esterilización quirúrgica voluntaria y el estrés. A la luz del abordaje propuesto, esta situación debería generar o reforzar esfuerzos dirigidos al desestímulo de aquellos comportamientos que desfavorecen la fertilidad y, en oposición a ello, al estímulo de los que la favorecen.

Es claro; sin embargo, que para enfrentar con éxito el problema de la infertilidad no basta con un abordaje enfocado solamente al ámbito poblacional. También es necesario delinear las acciones a seguir en el ámbito clínico para la atención humanizada de los casos debidamente identificados. En este sentido, vale anotar que cuando se analiza el problema de la infertilidad se encuentra que la misma es el resultado de una suma de causas que intervienen en el proceso procreativo de una pareja, lo cual depende de la salud individual de dos personas, pero también de aspectos relacionados con su capacidad conjunta de procreación. Las causas de la infertilidad no se limitan a aspectos estrictamente anatómicos ni fisiológicos, sino que incluyen aspectos propios de la dimensión psicológica de las personas, así como de algunas características del ámbito genético. En esta tesitura, el diagnóstico de cada caso de infertilidad, así como sus causas, deben determinarse con precisión, incluyendo el factor genético, y asignarle el tratamiento específico para dicha causa, tratamiento que debe mantener una relación razonable de costo-efectividad y que, en la mayoría de los casos, en contraposición a falsas expectativas

que se han generado durante los últimos meses en la población costarricense, de seguirse los pasos debidos, no necesitarían ser resueltas con la aplicación de una técnica en particular, como es el caso de la fecundación in vitro.

Lamentablemente, la necesidad de enfrentar oportunamente el problema de la infertilidad en Costa Rica se ha visto desplazada como resultado de la presión política internacional para que su Asamblea Legislativa legalice la técnica de fecundación in vitro, lo cual ha desatado una prolongada e infructuosa discusión que ha impedido una debida valoración por parte de los legisladores acerca del problema que, se supone, se pretende enfrentar con dicha legislación, a saber, la infertilidad que presenta un porcentaje significativo de costarricenses. Al girar la discusión en torno a la aprobación de una técnica en particular, se ha obviado la necesidad de emprender un esfuerzo integrado y sistemático que garantice un abordaje eficaz de la problemática. Como factor agravante, la técnica cuya aprobación se discute es poco costo-efectiva y genera riesgos demostrados para la madre pero sobre todo para los embriones, al presentar estos una alta mortalidad⁶ y, en caso de llegar a alcanzar una determinada edad gestacional, al exponerlos a un mayor riesgo de condiciones como parto prematuro y bajo peso al nacer,⁷ situaciones que implican atenciones especializadas que se traducen en costos adicionales para los pacientes en particular y para el Sistema de Salud en general, un aspecto de particular sensibilidad en la coyuntura que actualmente atraviesa la seguridad social costarricense.

En contraposición a los esfuerzos desplegados hasta ahora por los señores legisladores, el auténtico interés por enfrentar el problema de la infertilidad en la población debe traducirse en la elaboración de una legislación sanitaria comprensiva que garantice un abordaje seguro e integral para todos los involucrados y que armonice, sin dejar lugar a dudas, con los requerimientos bioéticos y con el marco jurídico nacional. Ello es posible si, además del necesario enfoque poblacional, el componente relativo a la atención y a la terapia incluyen el establecimiento de un *Sistema integrado de la atención de la infertilidad* que garantice un abordaje integral, interdisciplinario y expedito de la pareja, que se encuentre debidamente reglamentado, protocolizado, cuyos procedimientos sean realmente susceptibles de supervisión y que incluya tecnologías costo-efectivas que garanticen su sostenibilidad, tales como la educación y el autoconocimiento de la pareja en lo que respecta a sus períodos de fertilidad, la terapia hormonal, la investigación y el desarrollo de la genética de la infertilidad, la atención psicológica y las resoluciones quirúrgicas y microquirúrgicas de las condiciones que impidan la concepción, entre otras.

Este Sistema, en lo que respecta al sector público, debe aprovechar al máximo los recursos existentes, de manera que funcione dentro de la Red de Servicios de Salud de la Caja Costarricense del Seguro Social y se determine la función de cada nivel de atención en la detección y referencia expedita de los casos. De manera complementaria, en lo que respecta a la atención especializada con tecnología más compleja, la misma debería reorganizarse aprovechando el recurso humano y tecnológico existente en diferentes unidades de la Institución que han desarrollado esfuerzos valiosos, aunque aislados y de cobertura limitada. Este recurso existente debe reforzarse con la incorporación de nuevas tecnologías y con el aporte de otras instituciones, públicas y privadas, las cuales deberían participar en el sistema, aportando, especialmente, en los componentes de investigación y de formación del recurso humano requerido.

En conclusión, el abordaje del problema de la infertilidad en Costa Rica no debe ser orientado con base en presiones políticas o en afinidades o intereses particulares, sino con una buena dosis de patriotismo, reconociéndolo como un problema de salud pública y, a partir de ello, fundamentándose en una valoración apropiada del mismo, aprovechando el conocimiento y la experiencia existentes y optando por soluciones eficaces y, sobre todo, costo-efectivas.

Referencias

1. World Health Organization-Demographic and Health Surveys: Comparative reports: Infecundity, Infertility and Childlessness in developing countries. 2004.
2. Mata M, Sáenz G, Ramírez, R. Infertilidad y control del estrés: una visión desde la medicina conductual. *Rev Reflexiones*, 2007; 86:77-86.
3. Álvarez-Dardet C. Proyecto docente-Investigador. Universidad de Alicante, Departamento de Salud Pública, 2001; 13.
4. Franco G, Álvaro. Tendencias y teorías en salud pública. *Rev Fac Nac Salud Pública*, 2006; 24:119-130.
5. Cendars M, *Infertility*. New York: Mc Graw Hill, 2005.
6. Patrizio P, Sakkas D. From oocyte to baby: a clinical evaluation of the biological efficiency of in vitro fertilization. *Fertil Steril*. 2009; 91:1061-6.
7. Koivurova S, Hartikainen AL, Gissler M, Hemminki E, Sovio U, Jarvelin MR. Neonatal outcome and congenital malformations in children born after in vitro fertilization. *Hum. Reprod*. 2002; 17:1391-8.