

Autonomía reproductiva desde la perspectiva biológica

HORACIO CROXATTO*

1. Introducción

Al analizar la autonomía reproductiva desde la perspectiva biológica, no puedo dejar de integrar el potencial biológico del ser humano con su creatividad e “industriosidad” ya que con ellas ha generado una inmensidad de herramientas que le han permitido expandir sin cesar sus capacidades básicas. La creación de estas herramientas seguramente tiene una historia tan larga como la de la especie, pero tuvo –y sigue teniendo– un desarrollo tan explosivo en los dos últimos siglos que dio origen a un nuevo mundo que nos rodea, llamado tecnología. Hoy no podemos pensar en el *homo sapiens* ignorando que el desarrollo tecnológico ha multiplicado sus capacidades, expandido su alcance, diversificado sus dominios y potenciado su autonomía en todo orden de cosas. La autonomía reproductiva no escapa a esta realidad. Por ello, la accesibilidad de cada individuo o pareja a la tecnología condiciona su autonomía reproductiva. Dicha accesibilidad está íntimamente ligada a la educación, los servicios de salud, la legislación y la distribución de la riqueza. Los servicios de salud tienen la misión de brindar la tecnología de su dominio a la población, pero aún distan mucho de dar la cobertura necesaria. En Salud Reproductiva, vemos que a veces se obstaculiza el acceso a la tecnología porque predomina el individualismo valórico o dictadura moral por sobre el bienestar de las personas.

2. El episodio reproductivo

Desde la perspectiva biológica, entendemos por reproducción, la generación de nuevos individuos a partir de otros individuos de la misma especie. Hay que advertir que esta definición dista de ser perfecta

* Horacio Croxatto se tituló de Médico Cirujano en la Universidad Católica de Chile en 1961. Luego se formó como investigador de la reproducción en mamíferos en la U. de California y en la U. Rockefeller. Regresó a la Universidad Católica donde estableció su laboratorio dedicado a investigar la fisiología del aparato reproductor femenino. Es cofundador y actual presidente del Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. Sus investigaciones sobre fisiología de la reproducción y la aplicación de sus hallazgos al desarrollo de métodos de regulación de la fertilidad en la mujer y en el hombre se han difundido en más de 200 publicaciones. Su experiencia en este campo la ha compartido como docente universitario, mentor, conferencista y asesor de agencias internacionales que se ocupan de la reproducción humana, población y salud reproductiva, tales como la Organización Mundial de la Salud, el Population Council y el Programa de Tecnología Apropriada para la Salud. Figura en los registros de patentes como inventor de algunos métodos anticonceptivos, uno de los cuales es actualmente usado por varios millones de mujeres alrededor del mundo. Fue agraciado con una Cátedra Presidencial en Ciencias por el Gobierno de Chile en 1999 y fue distinguido por la Gran Logia de Chile por su contribución a la libertad de conciencia y el libre pensamiento en 2002. El Dr. Croxatto es el creador del proyecto PROGRESAR que tiene por objetivo promover la formación de recursos humanos para la Salud Reproductiva y Sexual en América Latina y el Caribe.

Instituto Chileno de Medicina Reproductiva Santiago, Chile

ya que en biología todo tiene excepciones. En nuestra especie la reproducción involucra desigualmente a dos progenitores de sexos complementarios, está restringida a un período del ciclo vital, ocurre en forma episódica, generando habitualmente un solo individuo por episodio, los que pueden repetirse numerosas veces en la vida de un hombre o de una mujer.

En un episodio reproductivo exitoso, idealmente, un hombre y una mujer interactúan amorosamente, y él deposita sus espermatozoides en el interior de ella, donde se forma un cigoto que se desarrolla hasta un estado fetal viable. Luego de nacer el nuevo individuo, este es amamantado por la madre, y es apoyado por sus progenitores y la sociedad, hasta que alcanza autonomía para desarrollar su potencial biológico y humano en plenitud.

En términos simples, reproducirse es tener hijos biológicos. En la práctica, hasta ahora eso es asunto de dos, un hombre y una mujer, siendo la participación de ambos en el proceso muy desigual. El hombre aporta sólo sus espermatozoides y las acciones requeridas para depositarlos en la vagina. En cambio, la mujer aporta sus óvulos y todo su cuerpo mientras el futuro hijo o hija se desarrolla en su interior durante el embarazo. Luego del nacimiento es la mujer quien aporta la leche de sus pechos y los cuidados maternos esenciales para que sobreviva hasta que puede valerse por sí mismo. Esta realidad biológica crea una situación de dependencia mutua entre el hombre y la mujer, que automáticamente limita la autonomía de cada individuo para reproducirse. La autonomía según una definición de diccionario es “condición de quien, para ciertas cosas, no depende de nadie” y, en este caso, cada uno depende del otro. En el análisis de la autonomía reproductiva hay que distinguir, entonces, entre la autonomía de cada persona que está autolimitada por diseño, y la autonomía de la pareja que puede variar de un caso a otro o de un momento a otro del ciclo vital.

3. Autonomía reproductiva de las personas

Entiendo que la autonomía reproductiva de cada individuo sería la potestad que tiene para decidir mediante voluntad propia, si quiere o no quiere tener hijos, cuándo tenerlos, cuántos tener, y cómo llevar a cabo su decisión sin depender de la voluntad de otra persona.

Por diseño, el hombre no tiene autonomía para reproducirse, pero sí la tiene para no hacerlo. Su aporte biológico al proceso reproductivo es absolutamente insuficiente para reproducirse en forma autónoma. Depende inexorablemente de la disponibilidad de un óvulo que fecundar con sus espermatozoides y del cuerpo de una mujer donde pueda desarrollarse el cigoto que se forme. Depende, por tanto, de la voluntad y participación de otra persona de sexo femenino. Hasta ahora no existen en el mercado tecnológico productos que un hombre pueda adquirir y que le permitan sustituir su dependencia de una mujer para reproducirse. Aunque le fuera posible, por ejemplo, comprar en una tienda especializada un oocito enucleado de cualquier especie al cual pudiera él mismo insertar el núcleo de una de sus células somáticas, para generar un “clon-cigoto” aún necesitaría el concurso de un vientre natural o artificial en el cual éste pudiera desarrollarse. La tecnología está aún muy lejos de hacer realidad estas fantasías.

Por diseño, la mujer está mucho más cerca que el hombre de alcanzar autonomía reproductiva, pues para tener prole sólo depende de poder obtener un millar de espermatozoides o bien un oocito enucleado del que pueda obtener un “clon-cigoto” al inyectarle el núcleo de una de sus células somáticas. El nido para el desarrollo del cigoto lo lleva consigo.

4. Autonomía reproductiva de las parejas

Entiendo por autonomía reproductiva de las parejas, la potestad que ellas tienen para decidir mediante voluntad propia y consensuada, si quieren o no quieren tener hijos, cuándo tenerlos, cuántos tener, cómo tenerlos y cómo llevar a cabo su decisión sin depender de la voluntad de otra persona. Si la pareja es fértil, desea engendrar y puede hacerse cargo responsablemente de su progenie, tiene asegurada su autonomía reproductiva pues no depende de nadie más para lograrlo. La condición de autonomía se cumple también si la pareja no quiere tener hijos y cuenta con los conocimientos y acceso al acervo tecnológico que permite evitar el embarazo. La autonomía reproductiva está al alcance de una mayoría creciente de parejas, pero persisten limitaciones de los servicios y falta de educación en los grupos más desposeídos que no permite su ejercicio en todos los sectores de la población.

5. Ejercicio de la autonomía reproductiva

Los patrones sexuales y reproductivos han estado evolucionando a lo largo de toda la historia humana, pero la revolución anticonceptiva ocurrida durante el siglo pasado aceleró esta evolución más allá de cualquier expectativa anticipada por Sigmund Freud o incluso por el padre de la píldora, Gregory Pincus. El patrón sexual y reproductivo que ha estado emergiendo en los países a medida que avanza su desarrollo socioeconómico está condicionado por la masificación de la educación y el mayor conocimiento y acceso que tienen las personas a la tecnología anticonceptiva. Las parejas disocian voluntariamente la actividad sexual de la reproducción con el propósito de disfrutar la función unitiva y recreativa de la relación sexual sin riesgo de tener más progenie que la deseada. En la inmensa mayoría de los casos esto se logra porque uno de los dos miembros de la pareja usa uno o varios métodos anticonceptivos a lo largo de los años. Esta situación se ilustra parcialmente en la Fig. 1. La actividad sexual con riesgo de embarazo puede extenderse desde el comienzo de la pubertad hasta que la mujer llega a la menopausia, período que puede superar los 40 años. El equivalente masculino es aún más largo. Cada vez más parejas están escogiendo limitar el tamaño de su descendencia a uno o dos hijos, de lo que se deduce que practican la abstinencia sexual periódica o la anticoncepción por muchos años. La gran mayoría de las parejas prefieren disociar las relaciones sexuales de la reproducción en lugar de practicar la abstinencia. Por lo tanto, uno u otro, o ambos miembros de la pareja recurren a la tecnología anticonceptiva y la utilizan por muchos años. Idealmente, las parejas quisieran contar con distintas opciones anticonceptivas con el fin de escoger el método óptimo para cada etapa y estilo de vida, así como también para poder compartir la carga alternando la responsabilidad entre el hombre y la mujer. Inexorablemente la tecnología anticonceptiva avanza en esa dirección (Tabla 1), de modo que algún día esas expectativas se harán realidad.

6. Autonomía reproductiva de la pareja estéril

Habitualmente, la enfermedad resta autonomía a las personas, quienes pasan a depender del sistema de salud. La pareja estéril depende fuertemente de equipos de salud e infraestructura especializada para lograr tener los hijos deseados. Por tratarse de procedimientos de alto costo que no son cubiertos por los seguros de salud comunes, para la mayor parte de las parejas estériles la posibilidad de resolver la falta de autonomía reproductiva está íntimamente ligada a su potencial económico.

7. Autonomía reproductiva de la mujer embarazada

La autonomía reproductiva se ve severamente afectada cuando la mujer se embaraza accidentalmente (ej. falla de un método anticonceptivo) o contra su voluntad (ej. violación), problema que es más grave mientras más indeseado sea el embarazo. Los posibles desenlaces son la interrupción espontánea o provocada del embarazo, la entrega del hijo en adopción después del nacimiento o el ejercicio obligado o voluntario de la maternidad. Algunos de estos desenlaces son siempre indeseados y se viven con dramatismo. La situación a la que se enfrenta la mujer está condicionada por numerosos y complejos factores. Sus opciones personales en cuanto a llevar adelante el embarazo y hacerse cargo del hijo o la hija están condicionadas por su capacidad de ejercer la maternidad, su salud, la etapa en que se encuentra de su plan de vida, los factores sociales, económicos, familiares, escolares y legales prevalentes en su entorno, así como su accesibilidad a servicios de salud y servicios de adopción. Contrariamente, cuando la mujer busca el embarazo y lo logra está ejerciendo satisfactoriamente su autonomía reproductiva.

La limitación de la autonomía cuando se produce un embarazo indeseado nunca aqueja al hombre de la misma manera que a la mujer. Sin embargo, muchos pueden verse afectados al tratar de asumir la paternidad sin estar preparados psicológica o económicamente, o al verse enfrentados a sentimientos de culpa o a la sanción social por haber engendrado un hijo o hija sin estar preparados para hacerlo o sin querer asumir la responsabilidad.

8. Hacia la autonomía plena en la salud sexual y reproductiva

La salud sexual y reproductiva es aquella condición en la cual las personas tienen una vida sexual satisfactoria y logran sus episodios reproductivos exitosamente, o los previenen exitosamente, basándose en decisiones educadas, libres y responsables que no ponen en riesgo su bienestar físico, psicológico y social, ni el de su pareja, ni el de su prole. ¿Cuán lejos estamos de que este paradigma lo logren las parejas con autonomía, es decir, sin depender de la voluntad de otras personas? Las últimas generaciones han experimentado una progresiva tendencia a independizar su visión de la vida de las grandes corrientes de pensamiento. En la práctica, las personas son más autónomas en sus decisiones y se rigen menos por dogmas y más por su conciencia individual. Por otra parte el progreso del conocimiento durante el siglo XX, condujo a notables desarrollos tecnológicos que permitieron disociar voluntariamente el acto sexual de la reproducción. En este escenario, la Salud Reproductiva y Sexual y los Derechos Sexuales y Reproductivos emergen como un nuevo paradigma que integra los aspectos biomédicos y psicosociales, centrándose en el bienestar del ser humano, más allá de las doctrinas que lo dividen o que le restan independencia.

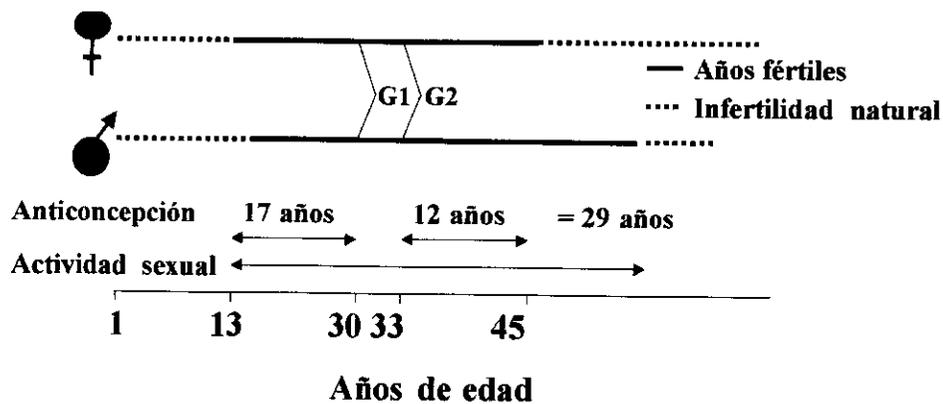


Fig. 1. Representación esquemática de los segmentos de la vida de un hombre y una mujer, en los cuales se pueden presentar la fertilidad e infertilidad naturales, la actividad sexual y el uso de métodos anticonceptivos, cuando no se desea más de dos hijos (G1, G2). Los años indicados marcan hitos biológicos en la función reproductiva y están dispuestos en una escala no lineal. El patrón reproductivo representado requiere practicar la abstinencia sexual periódica o usar métodos anticonceptivos por tiempos prolongados.

DESARROLLO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

MÉTODO	AÑO DE INTRODUCCIÓN
DIU INTERES Y CON COBRE	1950
ORALES	1960
INYECTABLES	1975
HORMONALES INTRAUTERINOS	1976
IMPLANTES	1983
DE EMERGENCIA	1984
ABORTO MÉDICO	1988
ANILLOS VAGINALES	1998
PARCHES	2001
ESPERMICIDAS/MICROBICIDAS	2006*
HORMONALES MASCULINOS	2008*

* Estimación