

Comentario sobre el artículo de Pitanguy

Comment on the paper by Pitanguy

Comentário sobre o artigo de Pitanguy

<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XCO080516>

Florencia Luna ¹

¹ Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales – CONICET, Buenos Aires, Argentina. florlunaflaco@gmail.com

Zika y embarazo: repensar ciertas herramientas

El planteo de la Dra. Jacqueline Pitanguy es claro, relevante y necesario. En este breve comentario querría señalar la pertinencia de este tipo de planteos para la población argentina y en segundo lugar destacar la importancia que tiene una comprensión adecuada de las herramientas actualmente existentes para brindar una respuesta ética a esta epidemia.

En primer término, el planteo de la Dra. Pitanguy es un relato de situación compartido ya que si bien en la Argentina el virus de Zika no tiene las mismas dimensiones que en Brasil, no estamos ni exentos ni tan lejos. Es más, este año el dengue (transmitido por el mismo vector: el mosquito *Aedes aegypti*) llegó hasta la ciudad de Buenos Aires. Tenemos ahora una gran cantidad de casos y varias muertes por esta enfermedad. En consecuencia los problemas que en este momento está afrontando Brasil no pueden resultarnos indiferentes.

Tal como lo plantea la Dra. Pitanguy, el Zika involucra a mujeres embarazadas. Afecta a las mujeres más pobres, aquellas del norte de Brasil. La Dra. Pitanguy relata los desafíos que padece esta población, la pobreza en la que está inserta y la falta de respeto a sus derechos básicos. Nuevamente, vale la pena mencionar que en Argentina también padecemos de la misma situación de violación de los derechos sexuales y reproductivos de nuestras mujeres, especialmente de aquellas más pobres. También nuestro Norte es un territorio olvidado en el que reinan pobreza, olvido y desidia por igual. Preocupantes y significativas resultan las diferencias internas que presenta nuestro país respecto de la muerte materna. Por ejemplo, en el 2012 la ciudad de Buenos Aires registraba 13/100.000 de mortalidad materna, mientras que la provincia de Formosa (una provincia pobre del Norte) presentaba sumas exorbitantes de mortalidad materna 123/100.000 y Jujuy (provincia lindera con Bolivia) 115/100.000. Nótese que en tales provincias las complicaciones por abortos inseguros se mantienen en primer lugar como causa directa de mortalidad

que el aborto es la primera causa individual de muerte en 17 de las 24 jurisdicciones de la Argentina ¹. ¡Lamentablemente compartimos ciertas realidades con nuestras hermanas brasileras! Frente a estas situaciones no podemos evitar señalar la injusticia y las grandes desigualdades como problema de fondo. Y, como en nuestros países, algunas mujeres y sus padecimientos son completamente ignorados.

En segundo término, debemos reflexionar acerca de la situación que se enfrenta. Este virus parece estar asociado al síndrome congénito secundario al virus de Zika. Esto implica a fetos que no llegan a sobrevivir, abortos espontáneos y otros que lo logran pero con una cantidad de malformaciones y neuropatías. Estos problemas y malformaciones pueden ser leves o muy graves (no existe una sintomatología uniforme). El diagnóstico de Zika es muy difícil (hay muchos casos asintomáticos) pero además hay muchos elementos que no permiten identificarlo claramente ya que se confunde con otras enfermedades, sumado a esto el diagnóstico de microcefalia en general se da a partir de muy avanzado el embarazo. Indudablemente se trata de una situación que plantea serios problemas éticos. Sin embargo, contamos con algunos elementos para poder resolverlos. En lo que sigue deseo reforzar con otros argumentos, algunos de los puntos ya formulados por la Dra. Pitanguy.

Para brindar una respuesta ética, en primer lugar, se debe aclarar que frente a esta problemática no hay una respuesta única. Esto significa que cada mujer sabrá valorar si quiere continuar ese embarazo y está dispuesta a tener un hijo con el riesgo de padecer ese síndrome o si no puede someterse a ello. Habrá algunas que por creencias religiosas, por proyecto de vida, por edad o por la razón que fuera querrán continuar sin importar qué suceda; pero habrá otras para las cuales esta situación y espera implicará grandes angustias y percibirán su embarazo como una tortura. En segundo lugar implica reconocer que nos encontramos frente a agentes morales, debemos tener en cuenta sus valores, sus expectativas, sus miedos y sus sueños. Estas mujeres tienen capacidad de decisión -resulta increíble tener que argumentar por el respeto a la autonomía de las mujeres en pleno siglo XXI- pero dadas ciertas conductas habituales resulta necesario. Y cabe agregar que el hecho de ser pobres, no educadas o analfabetas de ninguna manera las inhabilita a tomar decisiones (se trata de un prejuicio que muchas veces funciona soterradamente) ^{2,3}. En tercer lugar, vale la pena recordar la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud que incluye la salud mental. Así hay que tener en cuenta que “*la depresión que afecta en los países*

de bajos y medianos ingresos entre el 15 y el 40% de mujeres embarazadas es un trastorno mental con base neurobiológica, incapacitante, de curso recidivante, que se acompaña de otras condiciones físicas y mentales y que puede dar lugar a la muerte por suicidio” 4. Que la depresión a su vez está muy ligada a cuestiones medio ambientales y de exclusión de la mujer. Finalmente, cabe destacar que hay estudios que muestran el suicidio en mujeres embarazadas se relaciona con el embarazo no deseado 5,6. En este sentido, el sufrimiento psíquico que un embarazo de este tipo puede tener un fuerte peso en la salud mental de estas mujeres.

¿Qué implica esto a nivel de políticas públicas? (1) Que -tal como también lo plantea la Dra. Pitanguy- se debe entender que son las mujeres las que deben decidir si continuar o no con el embarazo. (2) Que esto no implica que todas las mujeres tengan que hacer un aborto, sino sólo aquellas para las cuales la ansiedad, angustia y temor de tener un niño con el síndrome congénito puede afectar seriamente su salud mental. (3) Que la mujer y la sociedad deben contar con in-

formación exhaustiva y neutral de los riesgos de estar infectada con Zika. (4) Que se debe reconocer la causal de aborto por motivos terapéuticos ya que ésta es absolutamente relevante frente al Zika. (5) Que aún si no se quiere ampliar la actual interpretación restrictiva de la legislación brasileña respecto de la despenalización del aborto basada en el riesgo de vida para la gestante, que señala la Dra. Pitanguy, se debe considerar la pertinencia de la causal de riesgo de vida ya que como se argumentó la salud mental en un embarazo no deseado percibido por la gestante como sumamente angustiante puede, efectivamente, implicar un riesgo para su vida. (6) Que finalmente el estado y la sociedad deben acompañar la decisión de la mujer ya sea a través del acceso al aborto seguro, ya sea proveyendo servicios adecuados para familias con niños microcefálicos o con otras discapacidades asociadas al virus del Zika.

Indudablemente los desafíos que plantea el Zika debe hacernos repensar nuestras legislaciones, nuestras políticas públicas y el trato que brindamos a nuestras mujeres.

1. Luna F. Entre el tabú y el doble estándar: aborto, derechos de las personas LGBT y técnicas de reproducción asistida en Argentina. *Revista de Bioética y Derecho* 2016; (36):5-22.
2. Luna F. Paternalism and the argument of illiterate people. *Bioethics* 1995; 9:283-90.
3. Luna F. Los analfabetos y el respeto a las personas. In: Platts M, editor. *Dilemas éticos*. México DF: Fondo de Cultura Económica/Instituto de Investigaciones Filosóficas; 1997. p. 151-61.

4. Rondón M. Salud mental y aborto terapéutico. *An Fac Med (Perú)* 2015; 76:407-11.
5. Brockington L. Suicide in women. *Int Clin Psychopharmacol* 2001; 16 Suppl 2:S7-19.
6. Frautschi S, Ceruli A, Maine D. Suicide during pregnancy and its neglect as a component of maternal mortality. *Int J Gynaecol Obstet* 1994; 47:275-84.