

# **Aborto Ilegal Seguro: Un Estudio Entre Islas del Caribe Nororiental**

Gail Pheterson<sup>\*</sup> y Yamila Azize<sup>\*\*</sup>

**Un Documento de Trabajo de la Iniciativa del Caribe Sobre Aborto y Anticoncepción**

**\*Departamento de Psicología, Universidad de Picardie Jules Verne, Amiens, Francia**

**\*\**Saludpromujer*, Departamento de Ginecología y Obstetricia  
Escuela de Medicina, Universidad de Puerto Rico**

## **ABORTO ILEGAL SEGURO: Un Estudio Entre Islas del Caribe Nororiental<sup>1</sup>**

### Legado Colonial de Leyes de Aborto

Las leyes del aborto a través la mayor parte del Caribe reflejan la relación histórica y contemporánea de la región con Europa Occidental y Estados Unidos. El Código Penal Francés de 1810 sigue siendo la ley operativa que prohíbe el aborto en Haití, así como el Código Napoleónico Francés de 1832 en la República Dominicana, la Ley Inglesa de Delitos Contra la Persona de 1861 en Jamaica, y el Derecho Común Holandés de 1881 en Curaçao. Existen otros países no independientes, cuyos gobiernos fueron obligados a incorporar las reformas de aborto legal europeas o estadounidenses en el decenio de los setenta, como por ejemplo, Guadalupe y Puerto Rico. Algunos países independientes legalizaron el aborto por cuenta propia, principalmente Cuba, la primera en institucionalizar la reforma, así como Barbados y Guyana (ambos usaron modelos del norte para diseñar su nueva legislación).<sup>2</sup>

El dominio de Europa y Estados Unidos en el Caribe ha moldeado una gran parte de la ley sobre aborto en la región. No obstante, la práctica del aborto no necesariamente sigue la ley oficial. ¿Hasta qué grado siguen promulgadas las prohibiciones del siglo 19? ¿Hasta qué grado se han puesto en la práctica las reformas europeas y estadounidenses de fines del siglo 20, aunque se hayan impuesto o no oficialmente como ley? ¿Cómo inciden las antiguas prohibiciones coloniales y el derecho moderno sobre las actitudes, las conductas y las regulaciones locales?

Investigaciones realizadas en Puerto Rico encontraron que el gobierno, el sistema de salud, así como el público en general, todavía no se han apropiado plenamente de la reforma de aborto impuesta en 1973, por el Tribunal Supremo de Estados Unidos. Atribuyen esta

---

<sup>1</sup> La investigación fue autorizada por el Consejo de Revisión Institucional del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico (#9080105), así como apoyada por un donante anónimo y la Fundación Noyes. El financiamiento de apoyo se otorgó a *Saludpromujer*, un programa en el Departamento de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad de Puerto Rico. La investigación debe toda la información y análisis que ofrece a la generosidad y honestidad de profesionales de la salud, que trabajan representando a mujeres en Anguilla, Antigua-Barbuda, San Martín, San Maarten y San Kitts y Nevis.

<sup>2</sup> La información sobre países independientes proviene de Naciones Unidas. *Abortion Policies. A Global Review*. Vol.1, 2, 3. Economic and Social Affaire, New York, 2001. La información sobre países no independientes proviene de diferentes fuentes citadas en este texto, principalmente en la sección sobre Leyes Actuales de Aborto.

resistencia a “los límites de una legalidad colonial”. Específicamente, el gobierno puertorriqueño prohíbe abortos electivos en hospitales públicos. Por lo tanto, la gran mayoría de abortos (97%) se hace en clínicas privadas. Más aún, el desconocimiento y desinformación sobre el aborto en Puerto Rico prevalece, tanto entre mujeres y proveedores de servicios de salud. En 2001, una encuesta reveló que 26% de una muestra representativa de mujeres que buscaron abortar, creía que el acto era ilegal; otra encuesta documentó la misma idea falsa entre 50% de una muestra representativa de profesionales que trabajan en el Programa Título X, un programa de planificación familiar del gobierno federal de Estados Unidos. Estas investigaciones demostraron que la falta de educación pública y de información confiable, junto con la escasez de médicos calificados y disponibles, obstaculizan la accesibilidad al aborto.<sup>3</sup> Sin embargo, las mujeres no están muriendo de abortos inseguros, y existe evidencia de que las mujeres en islas vecinas, que viven bajo leyes penales, viajan a Puerto Rico para obtener interrupciones de embarazo anónimas.<sup>4</sup>

¿Cuál ha sido el impacto de la ley del aborto europea y estadounidense en otros gobiernos caribeños, en sus sistemas de atención a la salud y en las mujeres que buscan abortos? Si Puerto Rico ilustra una incorporación limitada de reformas legales coloniales, ¿podría también haber una incorporación limitada de prohibiciones legales coloniales en países donde todavía estas continúan vigentes? ¿Cómo es que la contradicción entre antiguas leyes europeas, así como las influencias europeas contemporáneas, afectan la práctica del aborto? Puesto que el aborto es legal en algunos países caribeños, pero no en otros, ¿emigran entre las islas las poblaciones de esos lugares, para acceder a servicios que no están disponibles en sus naciones? Dos investigadoras, una que vive en Puerto Rico y otra en

---

<sup>3</sup> Dos importantes investigaciones, así como varios estudios interinos, proporcionan estos datos. Ver: Azize-Vargas, Yamila y Avilés, Luis Alberto, Mayo 1997. *Abortion in Puerto Rico: The Limits of a Colonial Legality. Reproductive Health Matters*, 9: 56-65; Azize-Vargas, Yamila y Henshaw, Stanley. *Abortion in Puerto Rico: Rates, reasons, and characteristics of abortion clients*. Presentación en la 130 Reunión Anual de APHA (Asociación Estadounidense de Salud Pública), Noviembre 11, 2002; Azize-Vargas, Yamila. *Abortion in Puerto Rico: A Comprehensive Overview*. Fundación Ford, 2002.

<sup>4</sup> Los informes de investigación arriba mencionados no distinguen entre mujeres inmigrantes que viven en Puerto Rico (18% de la muestra de 541 mujeres en el estudio más reciente) y mujeres que llegan del extranjero, específicamente para hacerse abortos. Conocido por excelentes instalaciones hospitalarias y desarrollo médico, Puerto Rico es un recurso caribeño de atención a la salud no sólo para abortos, sino también para tratamientos y diagnósticos avanzados, como por ejemplo, cirugía cardiovascular u oncología pediátrica. (Taina Rosa. “Healing near home” (*Caribbean Business*. Jueves, 9 de enero, 2003, páginas 18, 20, 22). Históricamente, antes de la legalización del aborto por parte del Tribunal Supremo de Estados Unidos, las mujeres estadounidenses acudían a médicos puertorriqueños para hacerse un aborto seguro. Para ellas, durante los sesenta, un *fin de semana en San Juan* era lo que ir a Londres era para las francesas antes de la *Ley Veil*, o lo que hasta ahora sigue siendo para las irlandesas (Marchand-Arias, Rosa. *Clandestinidad legal: El aborto en Puerto Rico de 1937 a 1970. Puerto Rico Health Science Journal*. Vol 17, no. 1, 1998:15-26).

Francia, organizaron la Iniciativa Caribeña<sup>5</sup>, con el propósito de plantear estas preguntas y sus implicaciones para entender las realidades del aborto de un grupo de islas caribeñas, dentro de una perspectiva histórica y un contexto regional en el que frecuentemente se cruzan las fronteras. Este artículo analiza un estudio de caso regional dentro de esa Iniciativa más amplia.

## **Marco de Investigación**

### **Objetivos**

1. Documentar las leyes de aborto en varios países caribeños no independientes e independientes.
2. Examinar la relación entre las leyes de aborto (*de jure*) y sus aplicaciones (*de facto*).
3. Analizar la continua influencia del derecho colonial en la política y práctica del aborto en el Caribe.
4. Documentar los patrones migratorios de poblaciones caribeñas, con el propósito de asegurar servicios de aborto.
5. Diseñar una metodología adecuada para recabar la información arriba mencionada en contextos criminales, así como legales.

### **Hipótesis**

1. La liberalización de las leyes de aborto en Francia, Gran Bretaña, los Países Bajos y Estados Unidos favorece las prácticas de aborto seguro en (ex) colonias del Caribe, incluso cuando siguen vigentes leyes penales a nivel local.
2. Cuando existe el aborto seguro a pesar de las prohibiciones, el acceso a servicios y atención de alta calidad se ven comprometidos por altos costos, tabúes sociales y aislamiento de los médicos.
3. Los patrones migratorios, entre mujeres y sus proveedores de salud, funcionan para crear redes de información y servicios de aborto.

---

<sup>5</sup> La Iniciativa Caribeña del Aborto y Anticoncepción es coordinada conjuntamente por la Universidad de Puerto Rico (Yamila Azize-Vargas) y la Universidad de Picardie Jules Verne, Amiens, Francia (Gail Pheterson).

4. La información existente sobre el aborto en el Caribe no sólo no es confiable, sino que es parcial y sesgada, debido a la exclusión de países no independientes de documentos internacionales, a una falta de información sobre aborto seguro en contextos criminales, así como a ignorancia sobre redes de servicios entre islas.

## **Primera Fase: Hacia una Nueva Metodología de Investigación**

La selección de los sitios y las poblaciones constituyó una primera e importante fase de la investigación. Debido a la complejidad del contexto político, la información disponible en documentos existentes sobre las situaciones locales, no se podía tomar al pie de la letra. Puesto que la metodología estructura el proyecto de investigación y lo distingue de estudios existentes, los parámetros se analizan detalladamente aquí. Esta sección se divide en cuatro temas: (1) Selección de sitios de investigación (2) Tratado del Mapa del Caribe (3) Rastreo de una red isleña de servicios de aborto (4) Selección de informantes.

### **Selección de los sitios de investigación**

Los criterios iniciales, para la selección de los sitios de investigación, fueron los siguientes: (1) Un pequeño número de islas para hacer viable el estudio (2) Países gobernados actualmente –o en el pasado reciente- por diversas ecuaciones coloniales, para permitir comparaciones entre las islas y varias influencias metropolitanas (3) Países ubicados en una proximidad geográfica cercana, a fin de optimizar la posibilidad de migración, incluida la atención a la salud (4) Representación de legislación de aborto que abarca desde prohibiciones estrictas a autorizaciones liberales (5) Una carencia de información previa sobre el país o el grupo de países, de modo que aporte a los estudios caribeños.

La investigación se centró no sólo en un pequeño número de islas, sino también en islas con poblaciones pequeñas. Esto facilitó un análisis más completo de países individuales, así como un entendimiento más accesible de las interacciones entre islas. Con el fin de asegurar una diversidad de ecuaciones coloniales, tomamos en cuenta las siguientes fórmulas básicas: (1) La integración formal con la Metrópoli, como son los Departamentos Franceses de Ultramar (2) La no independencia de gobiernos europeos o estadounidense, pero una autogobernabilidad en asuntos internos (negociada o impuesta), como es el caso de los Territorios de Ultramar de Gran Bretaña y las Antillas Holandesas (3) La independencia,

como es el caso de la mayoría de las ex colonias británicas de las *Indias Occidentales*, actualmente todas miembros de la “Commonwealth” Británica.<sup>6</sup>

Decidimos centrarnos en el Caribe británico, holandés, francés, y el ahora independiente, pero anteriormente Caribe británico, dejando a un lado los territorios estadounidenses de Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estados Unidos, así como los desde hace tiempo países independientes de Haití, República Dominicana y Cuba. Puerto Rico no se incluyó debido a que ya existen investigaciones sobre el tema, pero se utilizó como referente analítico y base institucional para nuestro estudio. Haití y la República Dominicana fueron excluidos, porque no encajan en las fórmulas coloniales arriba mencionadas y porque su sistema de atención a la salud está básicamente separado de la influencia estadounidense o europea, al igual que el de Cuba. No obstante, la población migrante haitiana y dominicana constituye un gran grupo en toda la región. Los países del Caribe en el continente sudamericano y centroamericano no se incluyeron, debido a la naturaleza del enfoque isleño de la investigación.

### **Tratado del Mapa del Caribe**

Los países del Caribe se clasifican generalmente dentro de las siguientes categorías: (1) Dentro de América Latina: la Organización de Naciones Unidas clasifica a Sudamérica, Centroamérica y el Caribe como tres subdivisiones de América Latina; la OMS reporta estadísticas caribeñas sobre aborto bajo América Latina, así como el Instituto Alan Guttmacher (2) Dentro de América Latina y el Caribe: El Centro de Derechos Reproductivos usa esta categoría (3) Como apéndice de las estadísticas de Francia o Gran Bretaña o los Estados Unidos a las que se añaden sus Territorios o Departamento en Ultramar (en el caso de Francia) (4) Conglomerados selectos de países caribeños, tales como el Caribe angloparlante, el Caribe de la Commonwealth o las Antillas Holandesas (5) Clasificación como países individuales, donde se excluyen los países con menos de 300,000 habitantes.<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> En todo este documento, la designación *Commonwealth* se referirá a la *Commonwealth Británica*: una Federación de 50 Estados soberanos anteriormente colonizados bajo el Imperio Británico. Esta alianza, “más moral que jurídica” (*Petit Le Robert*, 1994: 490) se debe diferenciar de la *Commonwealth Asociada con los Estados Unidos*, como se designa a Puerto Rico.

<sup>7</sup> Por ejemplo, estimaciones de aborto inseguro en categorías subregionales de la Organización Mundial de la Salud se derivan sólo para países con una población de 300,000 o más. Ver División de Salud Reproductiva de la OMS. *Unsafe abortion: Global and regional estimates of incidence of and mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data*. Third Edition (OMS/RHT/MSM/97.16). Ginebra, Suiza. Organización Mundial de la Salud, 1998.

Estos sistemas de clasificación distorsionan las realidades en el Caribe. La mayoría de los países caribeños están ausentes de documentos internacionales, debido a su status no independiente o a sus poblaciones relativamente pequeñas. Y, cuando sí hay representación, frecuentemente es un país para representar a todo el Caribe, lo cual allana las diferencias regionales sobre las leyes y sus aplicaciones. Dos ejemplos contundentes ilustran esta situación.

En la publicación sobre *Mujeres del Mundo: Leyes y Políticas que Afectan sus Vidas Reproductivas en América Latina y el Caribe*, el Centro de Derecho y Política Reproductiva informa datos sobre aborto en nueve países, ocho en Centro y Sudamérica y uno en el Caribe.<sup>8</sup> Jamaica se usa como país representativo del Caribe. El aborto es *prima facie* ilegal en Jamaica, aunque oficialmente el gobierno permite la interrupción de embarazo en instalaciones del sistema público de salud, si el embarazo representa un riesgo para la salud física o mental de la mujer. Según este informe, la prohibición se aplica estrictamente, de modo que el aborto legal resulta ampliamente inaccesible y las complicaciones que surgen del aborto inseguro siguen siendo una de las principales causas de mortalidad materna. En otra publicación, *Aborto Clandestino: Una Realidad Latinoamericana* (en la cual se incluye 1 país del Caribe), publicada por el Instituto Alan Guttmacher, se señala en la introducción que, en toda la región, excepto Cuba,<sup>9</sup> el aborto es castigado por ley, excepto por razones estrictamente médicas. El primer ejemplo es engañoso; el segundo inexacto. El aborto es oficialmente legal sin restricciones no sólo en Cuba, sino también en Guyana, Puerto Rico, las Islas Vírgenes Estadounidenses, los Departamentos de Guadalupe, Martinica, Guiana y, por razones socioeconómicas, en Barbados, lo cual hace que la población caribeña total que vive bajo leyes liberales de aborto equivale a aproximadamente 16,500.000 habitantes.<sup>10</sup> De utilizar un país como representativo de toda la región del Caribe (en este caso Jamaica) y compararlo con un país excepcional (Cuba), no se pueden apreciar las diversas realidades sobre el aborto en el Caribe.

---

<sup>8</sup> El Programa Internacional del Centro de Ley y Política Reproductiva (CRLP, por sus siglas en inglés). Nueva York: 1997. Nótese que, desde entonces, el CRLP ha cambiado su nombre a Centro de Derechos Reproductivos (CRR, por sus siglas en inglés).

<sup>9</sup> El Instituto Alan Guttmacher. *Aborto Clandestino: Una Realidad Latinoamericana*. Nueva York y Washington: AGI, 1994:5.

<sup>10</sup> Por supuesto, las más afectadas son mujeres en edad reproductiva, pero las leyes son pertinentes para todos los sectores de la sociedad, incluyendo profesionales de la salud, educadores, funcionarios gubernamentales, líderes religiosos, la pareja masculina de las mujeres y los miembros de la familia. Los datos de población provienen de *The World Factbook 2002*, [www.cia.gov/cia/publications/fact](http://www.cia.gov/cia/publications/fact).

Los promedios regionales, de datos sobre aborto recolectados en diferentes países caribeños, tampoco aclaran el asunto. Para Jamaica, la Organización Mundial de la Salud reporta una razón de mortalidad por abortos inseguros de 74 mujeres por 100,000 partos de nacidos vivos, así como de 9 por 100,000, para Cuba. Por otro lado, reporta una razón de 1 para Puerto Rico y un espacio en blanco para Haití. Da una razón general de mortalidad de 71 por 100,000 nacidos vivos debido a abortos inseguros en el Caribe, considerablemente por encima del 57 a nivel mundial.<sup>11</sup> ¿Qué nos dice esta tasa general? El Caribe incluye países con prácticas de más riesgo en el mundo y otros con las más seguras. Los promedios estadísticos de tasas de complicación de abortos, que combinan las cifras más bajas y las más altas, son difíciles de interpretar, incluso donde hay información confiable disponible.

¿Cómo podemos trazar el mapa del Caribe para evitar las distorsiones de categorías continentales masivas, apéndices coloniales periféricos, exclusión debida al tamaño o status, y estadísticas incomprensibles o incompletas? ¿Cómo podemos ilustrar las especificidades, la diversidad, las redes de seguridad y las zonas de peligro en el Caribe? Esta investigación se propone diseñar y aplicar una metodología regional apropiada para el Caribe. Al rastrear los movimientos de poblaciones locales en un subconjunto de islas, podemos tratar de trazar el mapa del Caribe de acuerdo con las políticas, prácticas e influencias verdaderamente operativas en la región. El tema del aborto es particularmente ilustrativo en este sentido.

### **Rastreo de una red isleña de servicios de aborto**

Las comunidades países pequeños con fronteras móviles, disparidades económicas y diversas ofertas de servicio, crean sus propios sistemas informales de atención a la salud, también – y quizá especialmente - para el aborto. Si esta dinámica existe en el Caribe, como hay razón para creerlo, entonces esos sistemas pueden ofrecer un suministro invisible de servicios de aborto seguro.

No existe ningún mapa de una red de servicios de aborto entre estas islas. Para rastrear ese tipo de red, necesitamos delinear una especie de subregión del Caribe y luego hacer la investigación por pasos, según datos recolectados en el campo. Se escogieron las islas al este de Puerto Rico y al norte de Guadalupe, puesto que no sólo coinciden con los criterios de investigación, sino que vinculan el estudio geográfica y políticamente con sus bases coordinadoras en Puerto Rico y Francia. Dentro de esta área nordeste del Caribe hay territorios británicos, holandeses y estadounidenses, un Departamento Francés de Ultramar,

---

<sup>11</sup> OMS. *Unsafe Abortion, Op.cit.*, p. 4.



así como varias naciones de la Commonwealth Británica, que recientemente lograron su independencia.

La primera visita de investigación se hizo a San Martín (Antillas Francesas) y San Maarten (Antillas Holandesas), dos pequeños países que comparten una misma isla. Las entrevistas preliminares con doctores revelaron inmediatamente un alto grado de movilidad de poblaciones entre el lado francés y holandés de la isla. Sin embargo, esta movilidad no la comparten los profesionales, cuya mayoría no tiene contacto con el otro lado de la isla y, por lo tanto, disponen de poca información específica sobre las prácticas de aborto entre ambas fronteras.

Mientras que una gran parte de las mujeres locales en ambos lados de la isla hablan inglés y español, los profesionales del lado francés son predominantemente francoparlantes<sup>12</sup> y los profesionales del lado holandés son bilingües en holandés e inglés. Los profesionales saben que las mujeres cruzan la frontera francesa-holandesa, según sus posibilidades de seguro médico y preferencias de atención a la salud, porque sus pacientes lo informan. Estos mismos profesionales identificaron otras dos pequeñas islas cercanas, desde las cuales las cuales las mujeres viajan para obtener servicios de aborto no disponibles en su país: Anguilla y San Kitts-Nevis. Una primera ronda de entrevistas en esas islas nos llevó a otra isla, que sirve como sitio de referido, y que es también la sede de la Asociación Caribeña de Planificación Familiar: Antigua-Barbuda.

Después de una serie de entrevistas en Antigua, decidimos regresar a las islas ya visitadas, para hacer estudios de mayor profundidad, así como de sus interacciones y relaciones con sus centros metropolitanos europeos. Seguramente, esta pequeña red de países no es exclusiva, tal como lo evidencia una presencia migrante caribeña altamente diversa<sup>13</sup>, pero nos ofreció las características necesarias para probar nuestra hipótesis de investigación.

La investigación se definió, por lo tanto, como un estudio de caso regional de cinco países, incluyendo Anguilla (británica, población 13,254), Antigua-Barbuda (un estado de dos islas, independiente desde 1981, población 68,722), San Kitts-Nevis (también un estado de dos islas, independiente desde 1983, población 38,958), San Martín (comuna del Departamento Francés Antillano de Guadalupe, población 31,397; población francesa

---

<sup>12</sup> Casi todos hablaban francés en sus círculos personales y profesionales, aunque su práctica médica los obligaba a aprender por lo menos un mínimo de inglés, para trabajar con la población local.

<sup>13</sup> Se ha documentado que personas de más de 80 nacionalidades viven en la isla de San Martín-San Maarten, según datos de censo del gobierno de la isla de San Maarten.

antillana total, 821,136) y San Maarten (gobierno isleño del Reino de las Antillas Holandesas, población 30,597; población total de las Antillas Holandesas 213,900).<sup>14</sup> El país de dos islas de San Martín y San Maarten, como también el país de dos islas de Antigua-Barbuda son importantes centros de tránsito y migración de toda la región caribeña.

Sin contar a migrantes no registrados, o el alto número de turistas en las islas en cualquier momento dado, la población total de las cinco islas identificadas es de aproximadamente 196,000 personas. Durante cualquier año, la circulación de migrantes no registrados puede incluso duplicar esa población, aumentando el volumen a 300,000 personas, cantidad que constituye el criterio de inclusión para países en informes globales.<sup>15</sup> Y, si se dibujara una línea desde cualquiera de esos países a sus socios políticos o aliados dentro del Caribe, la red se extiende a otros territorios británicos y holandeses, otros Departamentos Franceses de Ultramar y a los estrechamente asociados países angloparlantes de la región, que pertenecen a la Commonwealth. Estas redes sugieren la pertinencia del estudio de caso para la región.

### **Selección de Informantes**

La fuente principal de información fue entrevistas a profundidad con proveedores de servicios de aborto. Además, se consultaron textos de legislación, documentos internacionales y múltiples fuentes secundarias. En general, las estadísticas de aborto en el Caribe, así como en los cinco sitios de investigación en particular, son escasas y poco disponibles. Casi todas se basan en datos gubernamentales y también puede obtenerse la información limitada sobre aborto inseguro en registros de las Salas de Emergencia. Sin embargo, los abortos seguros hechos ilegalmente no se contabilizan. Puesto que nuestro interés fue todo el sistema de provisión de abortos, no sólo las bajas del sistema, necesitábamos un método cualitativo capaz de dar un informe más completo sobre las prácticas locales, incluyendo los parámetros de interrupciones del embarazo seguras en contextos criminalizados.

Casi todos los abortos involucran dos partes imprescindibles: quienes los hacen -o supervisan- y a quienes se los hacen. Una gran parte de las investigaciones se ha llevado a

---

<sup>14</sup> Los datos de censo de Anguilla, Antigua-Barbuda, y San Kitts-Nevis provienen del *The World Factbook 2005*: [www.cia.gov/cia/publications/fact](http://www.cia.gov/cia/publications/fact). Para San Maarten (censo 2001): [www.central-bureau-of-statistics.an](http://www.central-bureau-of-statistics.an). Para San Martín (censo 2002): [www.saint-martin-online.com/fr](http://www.saint-martin-online.com/fr). Las cifras totales para las Antillas Holandesas y las Antillas Francesas son cifras compuestas, país por país, de las fuentes arriba mencionadas.

<sup>15</sup> No hay cifras exactas disponibles. Según autoridades locales, esta circulación es significativa en Antigua, San Martín y San Maarten.

cabo sobre las mujeres que tienen abortos.<sup>16</sup> Invariablemente, los resultados muestran que las mujeres de todos los grupos sociales interrumpen embarazos independientemente de su edad, origen, estado civil, historia anticonceptiva o satisfacción en la relación. Aunque existe una amplia gama de índices de aborto en el mundo dependiendo de condiciones complejas, un estimado global anual de 32 a 46 abortos por 1,000 mujeres en edad reproductiva, representa entre 36 y 53 millones de abortos inducidos en todo el mundo al año,<sup>17</sup> dato que ilustra que el aborto es una experiencia común y una necesidad para las mujeres. No hay razón para esperar alguna desviación de esta norma en la región del Caribe. Sin embargo, mientras que la búsqueda de servicios de aborto no es excepcional para las mujeres, en una gran parte del mundo, la provisión del aborto distingue a unos médicos de otros. Especialmente en contextos criminales, la decisión de los médicos de ofrecer servicios, a pesar de las sanciones legales y sociales, requiere de investigación y análisis científicos. Sólo quienes ofrecen abortos regularmente conocen los detalles de la práctica y su entorno. Ellos/ellas son los mejores informantes de lo que realmente sucede, puesto que son los operadores del sistema. Este enfoque en los médicos coloca a nuestro estudio en una categoría de investigación del aborto reconocida por la Organización Mundial de la Salud, principalmente: PRS (*por sus siglas en inglés*)=*Estudio de Proveedor*.<sup>18</sup>

## **Segunda Fase: Revisión de Leyes de Aborto Actuales**

Las leyes de aborto de las cinco islas de nuestra investigación, reflejan la historia colonial y el status político actual de cada país. Como Comuna del Departamento en Ultramar de Guadalupe, San Martín es gobernado por la ley francesa actual. Como gobierno isleño, bajo la administración de Curaçao, San Maarten es parte del Reino de las Antillas Holandesas; las leyes de política exterior se fijan en los Países Bajos y, para casi todos los demás asuntos en Curaçao, incluyendo la legislación de salud. Antigua-Barbuda y San Kitts y Nevis, ambas independientes, cuentan con autogobierno. En tanto que ex colonias británicas, ambas funcionan como un trasfondo de antiguas leyes del derecho común inglés, algunas de las cuales se han repensado y cambiado, mientras que otras se han conservado. Como

---

<sup>16</sup> En Francia, el estudio reciente más extenso lo hizo el INSERM: Bajos, Nathalie, Ferrand, Michèle y el Equipo GINÉ. *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues. Collection Questions en santé publique* París: Inserm: 2002.

<sup>17</sup>S.K.Henshaw, "Induced abortion: A world review, 1990". *International Family Planning Perspectives*, 16 (199), 59-65.

<sup>18</sup> OMS, *Unsafe Abortion, Op. cit.*17.

miembros de la Commonwealth, pueden aplicar ciertas decisiones judiciales tomadas en otras partes del mundo, principalmente Inglaterra. Anguilla, un Territorio de Ultramar de Gran Bretaña, en gran parte autónomo para decidir sus propias leyes, con la excepción de su política exterior y ciertas exigencias del Consejo Británico.

A continuación siguen extractos claves y explicaciones mínimas que bosquejan las leyes de aborto vigentes en cada país:

***San Martín (Las Antillas Francesas):*** En 1975, después de una primera ley provisional, llamada la Ley Simone Veil, la ley francesa sobre Interrupción Voluntaria de Embarazo, adoptada en 1979 y posteriormente enmendada varias veces, estipula que:

Una mujer embarazada, cuya condición la coloca en una situación de angustia, puede solicitar a un doctor la interrupción de su embarazo. La interrupción se puede llevar a cabo sólo antes del fin de la doceava semana de embarazo.

Sólo el doctor puede llevar a cabo una interrupción voluntaria de embarazo.

El procedimiento se puede llevar a cabo en las instalaciones de un hospital público o de un hospital privado, en conformidad con las disposiciones...

En 1988, después de que el aborto farmacológico se introdujo, la ley se enmendó para asegurar que las mujeres pudieran auto administrarse fármacos abortivos legalmente, aunque en presencia de un doctor en una instalación hospitalaria autorizada. Otras enmiendas recientes abolieron el requisito de consentimiento parental para menores, así como el requerimiento de residencia para extranjeras.<sup>19</sup> En el momento de esta investigación, no se permitían abortos fuera del hospital. Poco después, en 2004, se aprobó una enmienda para permitir que médicos generalistas, con afiliación hospitalaria, proporcionaran aborto farmacológico hasta 49 días LMP, usando un protocolo fijo de mifepristona (RU486) y misoprostol (Cytotec).

***San Maarten (Antillas Holandesas):*** La ley del aborto en San Maarten se diseñó según el derecho común holandés de 1886, que se incorporó en el código penal de las colonias de ultramar

---

<sup>19</sup> Ver especialmente: La ley No.75-17 del 17 de enero, 1975, *Journal Officiel*, del 18 de enero, 1975, p. 739 ; la ley No. 79-1204 del 31 de diciembre, 1979, *Journal Officiel*, No.1 de enero 1, 1980, p. 3 ; la ley No. 2001-588 del 4 de julio, 2001, en relación con la interrupción voluntaria del embarazo y con la anticoncepción (1), *Journal Officiel*, No. 156 del 7 de julio, 2001.

de los Países Bajos en 1918. El aborto *per se* nunca se permite, aunque los principios generales de derecho criminal de “necesidad” permitirían el acto, si fuese requerido para salvar la vida de una mujer embarazada.<sup>20</sup> Fuera de esa arbitraria justificación, el código penal especifica sanciones de tres a quince años de encarcelamiento para una mujer o cualquier otra persona que cause la expulsión o muerte del “fruto del vientre”, dependiendo de si la mujer misma u otra persona comete el acto, si el acto es intencional, si la mujer consiente o si muere. Un siglo después, esa anticuada ley se revisó radicalmente en los Países Bajos, para convertirse en una de las más liberales en Europa, pero la reforma no se adoptó en el Caribe. El antiguo derecho común, que sigue en los libros en las ex colonias holandesas – incluyendo las Antillas Holandesas, Aruba and Surinam –, dice lo siguiente:

#### Artículo 308

La mujer que intencionalmente cause la expulsión o la muerte de su fruto <*vrucht*>, o permita que alguien más lo haga, será castigada con encarcelamiento por un término de no más de tres años.

#### Artículo 309

Aquel que intencionalmente cause la expulsión, o la muerte del fruto de una mujer sin su permiso, será castigado con encarcelamiento por un término de no más de 12 años. Si la mujer muere como resultado de esto, será castigado con encarcelamiento por un término de no más de quince años.

#### Artículo 310

Aquel que intencionalmente cause la expulsión, o la muerte del fruto de una mujer con su consentimiento, será castigado con encarcelamiento por un término de no más de cuatro años y seis meses. Si la mujer muere como resultado de esto, será castigado con encarcelamiento por un término de no más de seis años.

#### Artículo 311

En caso de que un doctor, partera o farmacéutico sea cómplice del delito en el Artículo 308, o culpable o cómplice de uno de los delitos en los Artículos 309 y 310, las sentencias determinadas se pueden elevar en un tercio, y puede ser impedido de ejercer la profesión que ejercía cuando cometió el delito.

***Antigua-Barbuda y San Kitts-Nevis:*** La mayoría de los países de la Commonwealth del Caribe han retenido la prohibicionista ley del aborto inglesa de 1861, llamada la Ley de Delitos Contra la Persona. Barbados y Guyana son excepciones notables en donde se

---

<sup>20</sup> El Artículo 42 del Código Penal de las Antillas Holandesas estipula: “*No es punible quien comete un acto al que fue irresistiblemente impulsado*” (Original en holandés: *Niet ustrafbaar is hij die een feit beaat waartoe hij door overmacht is gedrongen*). Bajo esta noción de un ‘poder superior’, la Suprema Corte de los Países Bajos, las Antillas Holandesas y Aruba desarrollaron la teoría de la ‘necesidad’, que es válida cuando un doctor interrumpe un embarazo para salvar la vida de una mujer. La información e interpretación fueron gentilmente proporcionadas por un especialista en Derecho de las Antillas Holandesas, el Profesor Jan Reijntjes.

promulgaron leyes liberales en 1983 y 1995, respectivamente.<sup>21</sup> En Antigua y Barbuda, así como San Kitts y Nevis sigue vigente la ley del siglo diecinueve. La Ley Británica del Aborto de 1967, la Ley India de Interrupción Médica del Embarazo de 1971 y la Ley del Aborto de Singapur de 1974, fueron las primeras leyes del aborto más progresistas en sentar las bases legales necesarias para la interrupción del embarazo en la Commonwealth. Estas leyes se convirtieron en modelos, a ser considerados en otras jurisdicciones de la Commonwealth. Sin embargo, una gran parte de la Commonwealth no ha ido más allá de la Ley de Delitos Contra la Persona, que prescribe que:

Toda mujer, quien con la intención de procurar su propia aborto espontáneo, se autoadministre ilícitamente cualquier veneno u otra cosa nociva, o que ilegalmente use cualquier instrumento u otros medios con intención similar, y quien, con la intención de procurar el aborto espontáneo de cualquier mujer, sea que esté o no embarazada, que administre ilegalmente o haga que tome cualquier veneno u otra cosa nociva, o use ilegalmente cualquier instrumento u otro medio con intención parecida, será culpable de delito mayor, y al ser declarada culpable, estará sujeta a ser encarcelada por un término de no más de diez años, con o sin trabajo forzado. (Sección 58)

Además:

Quienquiera que suministre u obtenga ilegalmente cualquier veneno u otra cosa nociva, o cualquier instrumento o cosa, a sabiendas de que se piensa usar o emplear ilegalmente con la intención de procurar el aborto espontáneo de cualquier mujer, sea que esté o no embarazada, será culpable de un delito menor, y, al ser declarada culpable, será sujeta a ser encarcelada por un término de no más de diez años, con o sin trabajo forzado. (Sección 59)

Los debates se centran en qué constituye una *interrupción del embarazo legal* contra una *ilegal*. Dos decisiones judiciales inglesas ayudan a clarificar esto: la Ley de 1929 para la Preservación de la Vida del Infantes y el caso de *Rex vs. Bourne* 1938. La Ley de 1929 para la Preservación de la Vida del Infantes permite que uno “destruya la vida de una criatura capaz de nacer viva”, si se comprueba que ese acto se “hizo en buena fe con el propósito sólo de preservar la vida de la madre”. Ulteriormente, esa ley se aclaró en el caso *Rex vs. Bourne* de 1938, en el cual un médico, el Dr. Bourne, fue absuelto por interrumpir el embarazo de una mujer con el argumento de que, si su embarazo continuaba, ella se convertiría en “una ruina mental”. Según Cook y Dickens<sup>22</sup>, el caso *Bourne* argumenta “que si la preservación de la vida de la madre justifica sacrificar la vida del niño en el momento del nacimiento, también

---

<sup>21</sup> En Barbados: *Medical Termination of Pregnancy Act*, 1983; en Guyana: *Medical Termination of Pregnancy Bill*, 1995.

<sup>22</sup> Cook, Rebecca J. & Dickens, Bernard M. Abortion Laws in Commonwealth Countries. *International Digest of Health Legislation*. 30 (3), 1979: 395-502. Cita, p. 402.

justifica tal sacrificio en cualquier etapa anterior del embarazo. Sin embargo, el caso fue más allá, al dictaminar que una interrupción temprana es legal para preservar no sólo la vida de la madre, sino también su calidad de vida. La calidad de vida se describe como salud e incluye aspectos tanto físicos y mentales.”

La decisión del caso Bourne se ha citado y aprobado en cortes de apelación en la Commonwealth, y casi todos los Procuradores Generales del Caribe de la Commonwealth han reconocido explícitamente su aplicabilidad (incluyendo San Kitts y Nevis, pero no Antigua y Barbuda<sup>23</sup>). No obstante, primero tendría que haber un enjuiciamiento para que el caso se convirtiera formalmente un argumento de defensa. Sin embargo, aparte de Bourne, la ley prohibitiva se refiere a actividades *ilegalmente* cometidas. Es significativo que los tribunales han reconocido que la palabra *ilegal* implica la posibilidad de abortos *legales*.<sup>24</sup>

**Anguilla (Territorio en Ultramar de Gran Bretaña):** Aunque los británicos reformaron su ley del aborto en 1967, no dictaminaron si -o no- sus territorios (dependientes) en ultramar debían adoptar la revisión. Anguilla decidió no hacerlo y, por tanto, siguió vigente la antigua ley básica. Sólo en 2000 fue que el gobierno de Anguilla decidió modificar la Ley de Delitos Contra la Persona. El cambio se inspiró en un proyecto de revisión del derecho caribeño de la Commonwealth, financiado por Gran Bretaña. ¿Por qué esa revisión en ese momento? En 2002, la ciudadanía británica se iba a extender a la población de Anguilla (así como a la de otros Territorios Dependientes en Ultramar); para esta extensión, la condición era la abolición de la pena de muerte y la despenalización de la actividad homosexual. La pena de muerte ya se había abolido en Anguilla. No obstante, los líderes religiosos se oponían vehementemente a despenalizar la actividad homosexual por acuerdo propio y, por ende, prefirieron la ruta alternativa, por medio de la cual el gabinete británico le pediría al Parlamento que extendiera su ley para Anguilla. Y así sucedió. La liberalización de la ley del aborto no fue una condición de ciudadanía, ni tampoco ocurrió ninguna prórroga paralela. Sin embargo, los códigos de aborto se incluyeron en la revisión legal y se adoptó una reforma. Según algunos informantes, ante las presiones por un cambio, esa reforma se aprobó como una concesión menos aborrecible, que la aceptación de la homosexualidad. Asimismo, también parece que la nueva ley dejó margen para múltiples interpretaciones, como que ciertas personas ahora

---

<sup>23</sup> Ver Cook, Rebecca J. & Dickens, Bernard M. *Issues in Reproductive Health Law in the Commonwealth*. Londres: The Commonwealth Secretariat, 1986.

<sup>24</sup> *op.cit.* 406.

consideran que el aborto es legal en la isla, mientras que otras consideran que sigue siendo ilegal.

Según el Procurador General de Anguilla<sup>25</sup>, la nueva ley es una “codificación del derecho penal”, pero de ninguna manera una revocación. Esta incorpora aspectos tanto de la Ley de 1929, para la Preservación de la Vida de Menores, como del caso de *Rex vs. Bourne*. Bajo las cláusulas anteriormente citadas, en la Sección 58 de la Ley de Delitos Contra la Persona, la nueva codificación prescribe que:

(1) Una persona no será declarada culpable por un delito... cuando un médico interrumpe un embarazo en un hospital, si 2 médicos son de la opinión, formada en buena fe, de que:

(a) la continuidad del embarazo implicaría riesgo para la vida de la mujer embarazada, mayor daño o perjuicio para la salud física de la mujer embarazada, que si se interrumpiera el embarazo, o grave daño o perjuicio de duración prolongada para la salud mental de la mujer embarazada; o

(b) existe un riesgo sustancial de que, si naciera la criatura, sufriría de tal anomalía física o mental, que estaría seriamente incapacitada.

(2) La referencia a la opinión de 2 médicos, así como a un hospital aprobado, no se debe aplicar a la interrupción del embarazo por un médico registrado, en algún caso en que, formada en buena fe, su opinión sea que la interrupción es inmediatamente necesaria para salvar la vida o prevenir daño permanente grave a la salud física o mental de la mujer embarazada. (Artículo 183, Código Penal de Anguilla, R.S.A.c.C140, p. 72, Parte 15: Aborto)

### **Tercera Fase: Definición del Aborto (Criminal) Seguro**

Las leyes arriba mencionadas penalizan ciertas o todas las interrupciones de embarazo. Nuestro estudio examina la gama total de prácticas de aborto y, por tanto, examina la conducta legal e ilegal. Significativamente, los sujetos de nuestra investigación son principalmente profesionales de la salud, autorizados por el Estado a practicar la medicina, así como calificados como médicos seguros. Por consiguiente, investigaremos las prácticas ilegales de personas autorizadas en instalaciones autorizadas.

Existen pocos precedentes para el estudio del aborto seguro en contextos criminales. Los expertos están conscientes de que, en cualquier parte del mundo, las mujeres pueden obtener abortos seguros si cuentan con los medios para viajar, pagar altos honorarios o convencer a doctores locales para que las atiendan. Asimismo, las mujeres sin medios pueden tener acceso a interrupciones seguras en contextos penales bajo términos eufemísticos, como por ejemplo, *regulación menstrual o atención posaborto*,<sup>26</sup> o bajo condiciones nefastas más

---

<sup>25</sup> Comunicación personal con el Procurador General Ronald Scipio, 5 de agosto, 2003.



allá de su control, como embarazos que amenazan la vida, deformidad fetal o embarazos que resulten de violación o incesto. Dependiendo de las especificidades de la legislación local, se puede autorizar a los doctores a hacer abortos en esos casos. Haciendo a un lado estas excepciones, se supone que el aborto es inseguro cuando es ilegal, principalmente por la Organización Mundial de la Salud de Naciones Unidas.

Por lo tanto, el término de *aborto criminal seguro* es una contradicción jurídica, aunque no clínica. Tal como se señaló, la investigación sobre aborto en contextos ilegales generalmente se centra en las complicaciones de interrupciones de embarazo inseguras, proporcionando así datos sobre mortalidad y morbilidad. Los protocolos para la atención eficaz, cómoda, segura y accesible –temas de investigación típica en contextos legales-, raras veces son –si es que alguna vez- el enfoque de investigación sistemática donde las leyes prohíben el aborto electivo. Oficialmente, los profesionales autorizados dentro de un país deben cumplir con la ley estatal. De modo que no pueden legítimamente hacer procedimientos ilegales, independientemente de sus destrezas o tecnologías disponibles. Los funcionarios gubernamentales saben que a veces existen también riesgos clínicos en contextos legales. Asimismo, saben que puede existir capacidad clínica en contextos criminales. Sin embargo, aunque tienen la responsabilidad de denunciar la práctica insegura en contextos legales, no tienen la responsabilidad –ni el derecho- de asegurar o reforzar la “práctica criminal segura”.

La lógica es clara, aunque trágica. La ONU, respetuosa de la ley estatal individual, no elabora lineamientos de seguridad para actos no autorizados. Esencialmente, estos lineamientos legitimarían el delito. En 1994, en la Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo en Cairo, los gobiernos acordaron que:

“...Cualesquiera medidas o cambios, relacionados con el aborto dentro del sistema de atención a la salud, sólo se pueden determinar a nivel nacional o local, según el proceso legislativo nacional. En circunstancias donde el aborto no es contra la ley, dicho aborto debe ser seguro.”<sup>27</sup>

---

<sup>26</sup> Para una discusión sobre regulación menstrual, ver Begum FS, 1993. Saving lives with menstrual regulation. *Planned Parenthood Challenges*, 1:30-31. Para experiencias con “atención posaborto”, ver Greenslade FG et. al., 1993. *Manual Vacuum Aspiration: A Summary of Clinical and Programmatic Experience Worldwide*. IPAS: Chapel Hill, Carolina del Norte.

<sup>27</sup> Informe de la Conferencia Internacional Sobre Población y Desarrollo, Cairo, septiembre 5-13, 1994. Nueva York, Naciones Unidas. (No. 95.XIII.18).

Según esta declaración, sólo mujeres que viven bajo un sistema de aborto legalizado tienen el derecho de interrumpir un embarazo de manera segura. No todos estarían de acuerdo. Los abogados de derechos humanos, doctores activistas y reformadores legales, entre otros, se movilizan fuertemente en defensa de los derechos al aborto para todas las mujeres.<sup>28</sup> Sin embargo, la comunidad internacional de gobiernos no está preparada para hacer un llamado a la despenalización de la práctica segura. Esta misma comunidad estima que, a nivel mundial, el número de muertas por abortos inseguros es de 80,000 mujeres al año o más de 200 al día.<sup>29</sup>

¿Cuál sería una definición clínica, y no legal, de aborto seguro? Una inversión de la definición de la OMS de aborto inseguro nos ofrece una guía. En la publicación *Global and Regional Estimates of Incidence of and Mortality Due to Unsafe Abortion (Estimados Globales y Regionales de Incidencia de Mortalidad Debido a Aborto Inseguro)*, la División de Salud Reproductiva de la OMS explica la definición de aborto inseguro usada para tabular los datos:

“Los abortos inseguros se caracterizan por la falta o insuficiencia de capacidades del proveedor, técnicas peligrosas e instalaciones insalubres. Aunque la legalidad o ilegalidad de los servicios puede no ser el factor definitorio de su seguridad, para fines de estas tabulaciones, el aborto ilegal se ha definido como ‘aborto no proporcionado por instalaciones y/o personas aprobadas’. Lo que constituye ‘instalaciones y/o personas aprobadas’ variará según las normas legales y médicas de cada país. La definición no toma en consideración diferencias de calidad, servicios disponibles u otras diferencias sustanciales entre sistemas de salud.”  
(*Op. cit.*, p. 3)

Al invertir la fórmula, llegamos a la siguiente definición de aborto seguro:

“Los abortos seguros se caracterizan por la adecuación de destrezas del proveedor, técnicas e instalaciones sanitarias autorizadas. Aunque la legalidad o ilegalidad de los servicios quizá no sea el factor definitorio de su seguridad..., el aborto seguro se puede definir como ‘un aborto proporcionado por medio de

---

<sup>28</sup> Modelos sobresalientes de este compromiso incluyen a los académicos jurídicos de derechos humanos Rebecca Cook y Bernard Dickens, (ver Cook, R.J. & Dickens, B.M. *Issues in Reproductive Health Law in the Commonwealth*. The Commonwealth Secretariat. Londres, 1986; ver Cook, R.J., Dickens, B.M. & Fathalla, M.F. *Reproductive Health and Human Rights. Integrating Medicine, Ethics, and Law*. Oxford: Clarendon, 2003); la médica activista por los derechos de aborto de los doctores, Rebecca Gomperts, que fundó Women on Waves, para defender servicios de aborto para mujeres que viven en territorios con leyes criminales (ver <http://www.womenonwaves.org>); el activista para la reforma legal del aborto en Guyana, Fred Nunes (Reproductive Health Matters, mayo 1997) y la organización ASPIRE, con sede en Trinidad-Tobago, Santa Lucía y Antigua (ver website <http://www.ttaspire.org>).

<sup>29</sup> Aborto Inseguro, *Op. cit.*

instalaciones y/o personas aprobadas'. Lo que constituye 'instalaciones y/o personas aprobadas' variará según las normas legales y médicas de cada país. La definición no toma en consideración diferencias de calidad, servicios disponibles u otras diferencias sustanciales entre sistemas de salud".

Para fines de este estudio, usaremos la definición arriba mencionada de "aborto seguro". Asimismo, definimos aborto inseguro "por la falta o insuficiencia de destrezas del proveedor, técnicas peligrosas e instalaciones insalubres", independientemente de la posición del Estado sobre el aborto. Nos preocupan los abortos inseguros de acuerdo con esa definición, pero nuestro objetivo primario es identificar las personas y contextos con mayor probabilidad de ofrecer atención adecuada, principalmente trabajadores de la salud capacitados e instalaciones aprobadas.

Esencialmente, estamos cambiando el enfoque del concepto del aborto (un *derecho* en algunos países, un *crimen* en otros, una *libertad vigilada*<sup>30</sup> en otros) a la práctica del aborto, por personas competentes con instalaciones adecuadas a su disposición. Este cambio permite una investigación sin censura de las más seguras prácticas de aborto disponibles, independientemente de la ley. Una vez identificadas, estas prácticas podrían luego mejorarse y, probablemente, hasta legitimarse para el bien de la supervivencia, la salud y la autonomía de las mujeres.

#### **Cuarta Fase: Entrevistas con Profesionales de la Salud**

Se entrevistó a una amplia gama de profesionales de la salud, incluyendo a ginecólogos, doctores de familia, parteras enfermeras, trabajadores de planificación familiar, funcionarios de salud gubernamentales y farmacéuticos. A cada persona se le pidió que recomendará a otros profesionales, hasta poder trazar una red de proveedores de servicio entre islas. Cuando fue necesario, se repitieron algunas entrevistas, como información complementaria. Asimismo, nos reunimos con directores de oficinas gubernamentales de mujeres y grupos comunitarios. Se hizo un esfuerzo especial por reunirse con mujeres migrantes. Casi todas las entrevistas se llevaron a cabo individualmente, aunque las organizaciones de mujeres y departamentos de salud a veces se reunieron con nosotros con dos, tres o, en un caso, veinte personas interesadas.

---

<sup>30</sup> *Liberté surveillée* en francés es un término jurídico que significa *libertad condicionada* en español. En relación con el aborto, el Código Penal Francés permite que los embarazos se interrumpan "libremente" bajo vigilancia estatal, según estrictos lineamientos penales.

### ***Guías para las Entrevistas***

Las entrevistas con los médicos, principales informantes de esta investigación, se centró en los siguientes temas: (1) Antecedentes profesionales (2) Ley y política de aborto (3) Contexto y técnica de práctica de aborto, incluyendo métodos quirúrgicos y farmacológicos (4) Riesgos y/o complicaciones debido al aborto inseguro, instalaciones inadecuadas o restricciones gubernamentales (5) Asuntos especiales relacionados con migrantes y adolescentes (6) Referidos dentro y fuera de los bordes estatales estatales. Aunque el aborto fue el tema central, también se planteó el tema de la anticoncepción, incluyendo la esterilización. Las entrevistas con los/las no-médicos siguieron la misma entrevista básica, con énfasis particular en el conocimiento y experiencia del entrevistado/a. Aquí sólo se presentarán los datos directamente pertinentes a nuestra hipótesis de investigación.

### ***Recolección de Datos***

El trabajo de campo se hizo de octubre 2001 a agosto 2003. Las entrevistadoras empezaron cada conversación introduciendo tanto investigación, como la meta de cooperación regional futura para la capacitación, abogacía e intercambio. Por ende, las conversaciones fueron indagaciones e invitaciones para colaboración en el futuro. Todas las entrevistas las hicieron dos personas, ambas catedráticas universitarias, que viven en países con leyes liberales de aborto. Sus credenciales profesionales y residencia en países con aborto legalizado, uno caribeño y otro europeo, pueden haber facilitado la revelación de prácticas de aborto en contextos penalizados. La actitud de las entrevistadoras fue claramente favorable para servicios de seguros y disponibles de aborto para las mujeres. Juntas, las entrevistadoras hablan holandés, inglés, francés y español, de modo que para las entrevistas y los documentos pertinentes se utilizaron todos estos idiomas.

Casi todas las entrevistas se grabaron con el permiso de los entrevistados. Si no se grabaron, las respuestas se anotaron a mano. Ochenta por ciento de los doctores, así como casi todos los demás profesionales de la salud, se sintieron cómodos con la grabación, una vez que se les aseguró confidencialidad y anonimato. En este informe no se usarán nombres, a fin de proteger a los informantes y los servicios de aborto, de los que las mujeres dependen.

### ***Muestra de Investigación***

Se entrevistó a un total de veintiséis doctores una o más veces, en los cinco países isleños: doce especialistas en ginecoobstetricia, once doctores de familia y tres doctores

administradores gubernamentales. Dieciséis de los veintiséis doctores practican abortos, siete sólo en consultorios privados. De los diez doctores que no hacen abortos, cinco han sido entrenados para interrumpir embarazos y lo han hecho en el pasado. Cinco hospitales gubernamentales y dos hospitales privados proporcionan los contextos institucionales. De los dieciséis proveedores de aborto, nueve son especialistas en ginecología y obstetricia y siete son doctores de familia. Estos doctores hacen una gran parte de los abortos en los cinco sitios de investigación, de cada uno de los países. Sólo a dos se les permite legalmente hacer abortos electivos. Cinco más tienen la venia informal de autoridades gubernamentales locales, a pesar de las leyes criminales. Estas autoridades establecen la reglamentación y, periódicamente, inspeccionan las instalaciones donde se practican abortos.

Además de los doctores, entrevistamos a más de treinta profesionales, asesores o funcionarios gubernamentales de la salud. Estos incluyen a cinco trabajadores de planificación familiar (tres de los cuales son parteras enfermeras), siete funcionarios gubernamentales (incluyendo un Ministro de Salud y un Procurador General), cinco farmacéuticos, así como siete grupos de mujeres (entrevistas de grupo).

Aproximadamente, el mismo número de personas en todas las categorías arriba mencionadas, incluyendo doctores, fueron entrevistadas en cada una de las cinco islas. Este artículo evita especificar explícitamente el número de doctores que hacen abortos en cada isla o la ubicación de procedimientos ilegales, cuando dicha información podría ser incriminadora. El aborto electivo es legal y disponible en sólo uno de los cinco países, la parte francesa de San Martín. Sin embargo, también en ese contexto legal, los abortos hechos fuera de la reglamentación vigente son ilegales; y nótese que también en contextos altamente restrictivos, ciertos abortos considerados médicamente necesarios son legales. Por lo tanto, algunos de los procedimientos ilegales aquí narrados tienen lugar en un país con leyes de aborto liberales, y algunos de los procedimientos legales en países con leyes restrictivas.

### ***Antecedentes de los Entrevistados***

Todos los doctores entrevistados en el país holandés antillano de San Maarten nacieron en otro lugar, algunos en el Caribe (en un territorio británico, un Departamento Francés, Cuba y Surinam), así como algunos en Europa, principalmente en los Países Bajos. Todos los doctores entrevistados en la isla franco-antillana de San Martín también nacieron en otro país, principalmente en Francia o en ex colonias francesas; ninguno nació en el Caribe. En Antigua, todos, menos uno de los doctores entrevistados, nacieron en esa isla. Todos los doctores entrevistados en San Kitts eran oriundos de allí. Todos, menos uno de los

entrevistados en Anguilla, eran anguillanos. De los veintiséis doctores, cerca de la mitad estudió en Europa o Norteamérica en diferentes universidades o centros médicos; la otra mitad estudió en el Caribe en la Universidad de las Indias Occidentales (en los recintos de Barbados y Jamaica). Casi todos los doctores que estudiaron en el Caribe hicieron parte, o casi todos sus estudios de postgrado, en Europa o Estados Unidos. De los europeos franceses en San Martín, varios tienen historias de práctica clínica en otros territorios, departamento o ex colonias francesas de ultramar. Algunos de los doctores nacidos en Europa, que ahora están en San Marteen, han estado allí durante décadas. Muchos de los caribeños han estado en el extranjero estudiando, antes de regresar a su país para practicar la medicina. Estos médicos mantienen afiliaciones profesionales en otros países y continúan asistiendo a seminarios y conferencias internacionales. Varios doctores tienen experiencia de investigación y clínica. Todos disfrutaban de un alto status social como especialistas, doctores de familia, médicos administradores o funcionarios gubernamentales. Las edades fluctúan entre los treinta a los setenta años; más de la mitad son caribeños de nacimiento y herencia. Las mujeres representan una cuarta parte de la muestra.<sup>31</sup> Todos los profesionales de la salud, que no son doctores y son citados aquí, excepto por la partera francesa de planificación familiar, son mujeres caribeñas con diplomas de la Universidad de las Indias Occidentales (la mayoría) o diferentes instituciones en Gran Bretaña.

## **LAS ENTREVISTAS**

### **Ley, Política y Práctica**

#### ***San Marteen***

San Maarten fue el lugar donde comenzó la investigación. Puesto que nuestra red de informantes no estaba constituida todavía, empezamos con llamadas telefónicas a hospitales, doctores, centros de planificación familiar, organizaciones de mujeres y departamentos gubernamentales de salud. Hicimos la primera llamada al Hospital del Centro Médico de San Maarten y pedimos hablar con la persona responsable del Servicio de Interrupciones de Embarazo. La pregunta tomó por sorpresa a la operadora (que hablaba inglés, no holandés), quien nos puso en espera un largo rato, para luego regresar y decirnos que no existía ese tipo de servicio. Después de más indagaciones, nos volvió a poner en espera y eventualmente dirigió la llamada a la Sala de Emergencia. De allí, nos pasaron al Departamento de

---

<sup>31</sup> El pronombre genérico masculino se usará para reportar todos los datos de entrevistas con doctores, independientemente de la identidad del género de quien habla, a fin de garantizar el anonimato.

Ginecología y Obstetricia, donde hablamos con un especialista que nos ofreció una cita. De ahí partimos para organizar una ronda preliminar de entrevistas. Al llegar a San Maarten, empezamos con una reunión en la Oficina de las Mujeres, un centro gubernamental que se convertiría en nuestra base central de investigación. Allí, el personal respondió a nuestras preguntas sobre aborto en la isla, de la siguiente manera:

*“El aborto es ilegal en San Maarten...No, la ley no es problema. Lo que hacen las mujeres es ir al lado francés de la isla o, si ya tienen muchos meses de embarazo, van a... <otra isla >. Aquí, el aborto...como la homosexualidad...es un tabú. Nadie habla de eso....”*

Esa tarde, en el hospital gubernamental, el especialista con el que habíamos hablado telefónicamente, contradijo lo dicho por la Oficina de las Mujeres:

*“Las Antillas Holandesas no han elaborado ninguna ley específica sobre aborto. Por tanto, rige la ley holandesa. No obstante, nosotros somos más conservadores: limitamos los abortos a menos de 12 semanas y, personalmente, yo desaliento el aborto con un embarazo de más de 10 semanas. Asimismo, no tenemos RU486 en las Antillas Holandesas, aunque se permite en los Países Bajos.”*

¿Es legal o ilegal el aborto en San Maarten? ¿Se practica o no se practica? La Oficina de las Mujeres dijo que no, pero obviamente el ginecólogo sí los hacía en el hospital gubernamental y ofreció sin dificultad los nombres de otros doctores con quienes podíamos hablar. Así lo hicimos. Un doctor de familia nos ayudó a aclarar la confusión:

*“El aborto es ilegal, pero tolerado. Cuando Holanda cambió la ley, las Antillas Holandesas nunca pusieron en vigor la nueva ley, pero el aborto es muy tolerado...., porque los doctores conocen la ley holandesa.”*

Otro doctor, que practica abortos quirúrgicos en su consultorio todos los días, habló de cómo el gobierno central de las Antillas Holandesas no sólo tolera el aborto, sino que también visita las instalaciones que los hacen, para asegurar una atención de calidad:

*“Tenemos un acuerdo verbal con el Ministerio de Salud de Curaçao. Un inspector de Curaçao vino a visitarnos, para asegurarse de que estuviéramos haciendo el procedimiento adecuadamente. Yo había estado muy preocupado por la visita, pero luego lo único que hicieron fue revisar mi clínica y preguntar sobre mi técnica. Ellos saben que es un servicio necesario.”*

Aunque extraoficial, esta sistemática vigilancia gubernamental también la verificó otro doctor que favorece y sospecha de la ambigüedad legal:

*“Todo el mundo sabe que se hace. Es un sistema de tolerancia institucionalizada. Los abortos seguros están disponibles y los hacen ginecólogos en el hospital. Ahora, Curaçao incluso lo controla. Ellos supervisan el protocolo y uno establece las reglas. Yo los hago hasta de 12*

*semanas de embarazo, otros sólo hasta las 8. Un inspector viene periódicamente y me pregunta mis protocolos. Aquí, el Departamento de Salud está totalmente consciente de la situación, pero no la reconocen. Les gusta conservar la situación ilegal, porque así lo pueden pescar a uno. Si pasa algo malo, podrían enjuiciarnos....Es una situación tabú...Pero no, no estoy a favor de la legalización, pues eso significaría más controles y retrasos. El sistema funciona bien tal como está.”*

No todos los doctores están satisfechos con la situación. Otro doctor, quien también es administrador de una oficina de planificación familiar, encuentra el arreglo volátil:

*“Yo no hago abortos y no hay ningún movimiento para legalizarlo, pero debería ser legal. La ley no se ha puesto en vigor. Por lo tanto, nunca ha sido un problema. Sin embargo, algún día algo va a suceder y las cosas van a explotar. Temo que algo suceda a una paciente y luego: primera plana, enjuiciamiento, proceso legal.”*

Otros consideran que ellos y sus colegas están totalmente protegidos contra alguna acción policíaca:

*“La única persona, que la policía nunca cuestionaría, es un doctor. Ningún policía puede venir aquí. Sólo al juez, con una carta oficial, se le permite pedir información sobre algún paciente.”*

Entrevistamos a una abogada, sobre los riesgos que corren los doctores que practican abortos. Ella a su vez interrogó a las autoridades públicas para nosotras y nos reportó que el Fiscal había dicho:

*“El aborto es un delito criminal en las Antillas Holandesas, pero su enjuiciamiento no es una prioridad, puesto que es difícil saber quién lo está practicando”.*

Para cuando escuchamos eso, ya habíamos elaborado una lista de doctores que hacían abortos, nombres dados más fácilmente por los doctores que por los funcionarios gubernamentales. Al hablar otra vez con la Oficina de las Mujeres, nos enteramos que el personal si sabía que se hacían abortos en San Maarten:

*“Todos saben quién los está haciendo”, <pero> “no hablamos sobre eso, no podemos hablar de eso, porque es ilegal y somos una agencia gubernamental”.*

Sin embargo, no sabían que el Ministerio de Salud de Curaçao inspeccionaba regularmente los servicios. Un empleado se indignó cuando se enteró que funcionarios de fuera de la isla venían a San Maarten a revisar las instalaciones de aborto, sin informarles a ellos: el centro gubernamental de la isla para las mujeres.

A pesar de la vigencia del Derecho Penal Holandés prohibitorio, actualmente se prestan servicios de aborto en el hospital y en consultorios privados en San Maarten, que son supervisados por el departamento central de salud de las Antillas Holandesas en Curaçao. ¿Es



este un « sistema de tolerancia institucionalizada », como un doctor lo llamó, igual en la práctica al sistema legal? Le preguntamos a dos de los ginecólogos del hospital si establecen ciertas condiciones para que una mujer interrumpa un embarazo y, de ser así, qué condiciones. El ginecólogo, para quien “la ley holandesa sí es válida”, dijo:

*“Yo trato de desalentar a las mujeres de tener un aborto, a menos que tengan razones sociales de peso. Si una mujer tiene 6 u 8 niños, bien, pero si sólo tiene 2 ó 3, entonces no hago el aborto”.*

Otro especialista de ginecología y obstetricia explicó cómo, en el hospital gubernamental, las mujeres lidiaban con el acceso limitado al aborto:

*“Oficialmente, no lo podemos hacer a menos que haya una razón médica seria...Por ende, algunas mujeres acuden a doctores de familia externos...Algunas van al lado francés donde es legal y, frecuentemente en estos días, lo que más se ve es que usan Cytotec – hoy por hoy, los doctores están dando Cytotec...Actualmente, estamos recibiendo a muchas pacientes con abortos incompletos...”*

Cuando se le preguntó si estaba a favor de la legalización, el mismo doctor declaró:

*“Pienso que una mujer tiene el derecho a decidir y si uno piensa que la mujer tiene ese derecho, entonces más vale legalizarlo, para que lo pueda hacer de mejor manera....”*

Una “mejor manera” para este doctor se refiere a una manera mejor, que usar Cytotec. Cytotec es el nombre de marca de *misoprostol*, un análogo sintético de prostaglandina E1, desarrollado por G D Searle & Company en la década de los setenta para tratamiento de ciertos tipos de úlceras gástricas y duodenales. Actualmente, está aprobado y disponible para su prescripción en más de 80 países. También se usa rutinariamente para inducir el parto y abortos hasta de 49 días de embarazo, en combinación con la RU486 (mifepristona). Tomado solo, el fármaco puede inducir completa –o incompletamente- abortos, aunque es menos eficaz y cómodo que cuando está precedido por la RU486. Administrado según varios protocolos establecidos, los abortos completos ocurren hasta en 80% de los casos para embarazos de primer trimestre e inicios del segundo.<sup>32</sup> A aquellas mujeres sin acceso a servicios de aborto legal o que enfrentan otras barreras sociales, el Cytotec les ofrece la posibilidad de una interrupción de embarazo autoinducida o como un “aborto espontáneo”, con su debido seguimiento médico dentro de la ley. El uso extendido del fármaco como

---

<sup>32</sup> Para una variedad de referencias excelentes sobre misoprostol, ver el Special Issue “Medical Abortion”, *Journal of the American Medical Women’s Association*, 55 (3), Suplemento 2000.

abortivo se documentó por primera vez en Brasil, a inicios del decenio de los ochenta.<sup>33</sup> Actualmente, en muchos países se usa extensamente por mujeres, tanto por su cuenta, como bajo supervisión de doctores, que no tienen acceso a la RU486. Estos doctores pueden o no proporcionar la aspiración necesaria en caso de expulsiones incompletas. El último entrevistado favorecía el aborto, a fin de reducir el número de abortos incompletos con Cytotec. Según se desarrolló nuestra investigación, documentamos que el uso de Cytotec se ha convertido en un indicador clave del contexto social, económico, clínico y (i)legal del aborto en el Caribe.

### **Cruzar la Frontera a San Martín**

En San Maarten, la gente parece estar consciente de que el aborto en el hospital es legal y está disponible a sólo un paso de la frontera con San Martín (francés). Sin embargo, mientras que los profesionales tienen poco o ningún contacto con sus colegas en el otro lado de la isla, las mujeres van y vienen. Un doctor de familia en el lado holandés explica las opciones médicas de las mujeres, determinadas por su situación económica:

*“El lado holandés y francés jamás trabajan juntos, excepto por las pacientes, que van a ambos lados. Si la población va al lado francés u holandés, depende de su sistema de seguro de salud. Si las mujeres trabajan en el lado holandés, van al doctor holandés, aun si viven en el lado francés. La mayoría de la isla trabaja en el lado holandés, pero eso no significa que la mayoría tiene atención médica holandesa. Puesto que el lado francés tiene leyes sociales mucho más liberales y está muy bien organizado, también le brinda atención a la salud a mucha gente desempleada. En el lado holandés tenemos desempleados que no pueden contar con atención médica. Además, toda la gente indocumentada va al lado francés. Definitivamente, ninguna mujer embarazada va al lado francés –si no cuenta con el seguro holandés-, porque lo hacen gratis o es más barato.”*

Para las mujeres que van al hospital en San Martín, la ley y política francesa del aborto determinan el servicio que recibirán. En nuestra primera visita, el Jefe de Ginecología y Obstetricia del Centro Hospitalario, explicó el sistema en San Martín:

*“La ley francesa es muy clara: Todas las interrupciones de embarazo se hacen en el hospital. Nuestra única desviación es permitir a las mujeres tomar en casa el segundo medicamento, misoprostol. Esto se justifica por nuestra carencia de instalaciones hospitalarias adecuadas, para supervisar la expulsión. La expulsión en la casa es totalmente segura y eficiente. Las mujeres deben regresar 5 días después para un sonograma, pero realmente nadie regresa a menos que tenga algún problema...en ese caso, hacemos una aspiración...También somos*

---

<sup>33</sup> Costa, SH. & Vessey, MP, 1993. Misoprostol y sonograma ilegal en Río de Janeiro, Brasil. *The Lancet*. Vol. 341. Mayo 15, 1993, 1258-1261; Arilha M. & Barbosa RM. Noviembre 1993. Cytotec en Brasil: “At least it doesn’t kill”. *Reproductive Health Matters*, no. 2, 41-52.

*flexibles con relación a reducir el tiempo de reflexión... Todas las mujeres elegibles reciben el procedimiento farmacológico -30 a 40 por ciento-, a menos que vengan de fuera de la isla. La mayoría lo prefiere, aunque algunas prefieren el método quirúrgico temprano, porque saben que las píldoras no son tan fáciles. Todas las aspiraciones se hacen con succión eléctrica bajo anestesia general. La local es mejor y es totalmente legal, pero el personal de enfermería objeta. Están acostumbradas a anestesia general y oponen mucha resistencia al cambio.”*

Durante una visita posterior, un nuevo Jefe de Servicio hizo algo de historia:

*“Tenemos que respetar la ley. No podemos hacer interrupciones después de las 14 semanas <12 semanas de embarazo =14 semanas del Último Periodo Menstrual > y nunca en consultorios privados. Anteriormente, había problemas, prácticas prohibidas, pero la policía fue tras estos doctores y, desde ese entonces, ya no se hacen muchos abortos en la práctica privada..., no tantos como en el otro lado <el lado holandés>, aunque a veces pensamos que podría ocurrir, pero no tanto como antes.”*

Ninguno de estos dos especialistas conocía a ninguno de los doctores del lado holandés que hacían abortos, aunque sí sabían a dónde podían ir las mujeres fuera de la isla, para abortos de segundo trimestre:

*“Después de 14 semanas, sólo les decimos que no los podemos hacer aquí, pero en la ley inglesa lo pueden hacer después que en la ley francesa. Por lo tanto, quizá en <nombre de la isla>, no estamos seguros, quizá pueden ir a...”*

Las mujeres sí podían “ir a” y lo hacían, como nosotras también lo hicimos, para descubrir que, de hecho, la ley inglesa no era válida en esa vecina isla independiente. El ginecólogo de San Martín nos ofreció sin dificultad el nombre del médico fuera de la isla y fueron los mismos doctores, en otras islas, los que eventualmente nos dieron los nombres de doctores que practicaban abortos ilegales en San Martín.

Obviamente, los servicios de aborto en consultorios privados transgredían la ley francesa. Hasta cierto punto, sus actos eran más transgresores que los del lado holandés de la isla, porque “*La ley francesa <a diferencia de aplicaciones en la ley de las Antillas Holandesas> es muy clara*”. Sin embargo, pronto nos enteramos de que esta trasgresión no tenía el mismo significado para el doctor -¿tampoco quizá para el gobierno?-, si el aborto se hacía quirúrgica o farmacológicamente. Un doctor, que permitió que se le grabara, estuvo vehementemente en contra de hacer aspiraciones en consultorios privados, pero complacido de ayudar a las mujeres a abortar –con Cytotec bajo supervisión cuidadosa, aun si implicaba conseguir los fármacos bajo pretensiones falsas:

*“El RU, quisiera que lo pudiéramos dar en la oficina, pero nunca una aspiración en un consultorio privado, nunca, porque es demasiado peligroso... ¿Cytotec? Sí, es un problema porque la caja tiene 60 tabletas...Doy sólo 2 ó 3 ó 4, no quiero que compre toda la caja,*

*porque nunca sé si se la va a dar a alguien más. Por eso soy yo quien lo compra en la farmacia, como si fuera para mí (risa)... Cuando el embarazo es de 10, 11, 12 semanas, funciona muy bien. A las 5, 6, ó 7 semanas, es mucho mejor con RU.... Les digo que se coloquen las tabletas de Cytotec vaginalmente... mañana, noche, mañana, noche, durante dos días, luego regresen a verme para que las revise y usualmente están listas. Así, ya no tienen que ir al hospital.”<sup>34</sup>*

Otro doctor privado vaciló en recibirnos y se negó a que lo grabáramos. Hacía aspiraciones rutinarias en su consultorio. Una vez que le aseguramos que nos interesaba analizar opciones de aborto seguro proporcionadas por profesionales competentes, independientemente de la ley, “admitió” su práctica y nos mostró sus instrumentos:

*“Hago aspiraciones por succión eléctrica aquí en mi consultorio, tengo la máquina, es rápida... Sólo las hago cuando tienen 8 semanas. Si ya están más avanzadas, las mando al hospital.”*

Una enfermera francesa nos confesó su horror y curiosidad sobre estas prácticas en el lado francés y holandés de la isla:

*“Hay muchas prácticas incorrectas en la isla, en el lado holandés, en el lado francés, se hacen cosas ilegales, pero son tan ilegales que uno no puede hablar de ellas... Los abortos se hacen en consultorios privados, también en el lado francés, y las reglas, los límites en las semanas que lleva el embarazo, no siempre se respetan. Existe Cytotec; de eso no hay duda... Se me ha dicho que existe el método americano, ustedes saben, en consultorios, el método manual, la anestesia local –y todo, todo-, ustedes saben, como cuando uno ve esas películas americanas donde se les hacen abortos a las mujeres, las ve uno entrar, hacer así (separa y levanta las piernas) y luego salen caminando, diez minutos después....”*

Mientras que esta enfermera, entre otros médicos franceses, se sentía horrorizada ante la idea del “método americano”, es decir, la aspiración bajo anestesia local en un consultorio privado, los profesionales en el lado holandés de la isla a veces también se sentían horrorizadas ante lo que consideraban como una rutina francesa de anestesia general, hospitalización y sobre medicación innecesarias. Estas polémicas médico-culturales bien pueden recordar a los europeos de las continuas rivalidades continentales entre Francia y Holanda.

Un doctor privado, que hace abortos en San Maarten, criticó la práctica médica al otro lado de la frontera:

---

<sup>34</sup> En el momento de esta entrevista, el doctor no tenía acceso a mifepristona. Una de las razones dadas para la autorización del aborto farmacológico en el consultorio del médico (ver Sección Leyes), fue controlar y mejorar las prácticas vigentes dándole a los doctores, con afiliación hospitalaria, la autoridad de suministrar una dosis inicial de RU486, antes de misoprostol (comunicación personal).

*“En el lado francés, prescriben píldoras y no hay seguimiento. O, para aspiraciones, dan anestesia general. ¡Ridículo!”*

Un doctor de familia francés, cuya práctica tiene lugar en San Martín, fue virulento en su condena de la práctica holandesa, ya sea en San Maarten o en los Países Bajos:

*“Los abortos en el lado holandés no son seguros. Los doctores generalistas los hacen <aspiraciones> en consultorios privados. Sencillamente, no son los suficientemente estériles y, por lo tanto, se corre el riesgo de infección, pues no usan anestesia general y es muy doloroso. Los holandeses lo hacen sólo por el dinero. Es inseguro. <Y, ¿en Europa, en los Países Bajos?> Lo mismo, inseguro, porque lo hacen sólo por el dinero... Antes del RU486, las mujeres iban al lado holandés, para evitar hospitalizarse. Ahora, con RU y un mejor seguro, no pagan nada y no tienen que internarse...”*

Dejando los criterios clínicos a los inspectores de salud de Curaçao, así como las polémicas entre franceses y holandeses a los europeos, estas palabras sirven como bosquejo útil de contextos y protocolos alternativos para la práctica del aborto seguro a nivel mundial: el hospital contra el contexto de la oficina, la anestesia general contra la local, el especialista contra el médico, el método quirúrgico contra el farmacológico, el pago privado contra el público.

Evitar los hospitales es un tema que surge una y otra vez en cada isla. De hecho, se presenta como la razón por la que las mujeres parecen preferir abortos en consultorios privados, independientemente del método, o abortos con Cytotec auto administrado. Los hospitales son prohibitivos, en primer lugar, porque frecuentemente son muy costosos para las mujeres que no tienen seguro de salud, que es el caso de casi todas las migrantes y de todas las personas desempleadas en el lado holandés de la isla (hay cobertura de salud universal en el lado francés). En segundo lugar, el hospital es un lugar público y muchas mujeres (según entrevistas con proveedores de servicio y grupos de mujeres) temen a la visibilidad social. Por lo tanto, en la isla o el extranjero, buscan una alternativa al hospital. Finalmente, otras mujeres sencillamente quieren evitar internarse en un hospital y recibir anestesia general. En San Martín, el único lugar de nuestro estudio donde el RU486 está disponible, el protocolo de fármacos también requiere una o más consultas y una mujer es elegible sólo si tiene menos de 49 días de embarazo. Por ende, muchas acuden a doctores privados. Si el procedimiento de consultorio también es muy costoso para ellas, o si quieren evitar la aspiración, entonces pueden optar por tomar Cytotec, bajo supervisión médica o por su cuenta..., si pueden conseguir el fármaco. Un farmacéutico francés explicó:

*“Las mujeres piden Cytotec, pero nunca lo doy sin prescripción, porque es muy peligroso. He oído que muchos doctores generales sí lo dan...Las mujeres prueban Cytotec, porque*

*puede ser más fácil..., entonces, vale la pena probarlo. De esa manera se evita el hospital y la anestesia general”.*

Los doctores confirmaron que, en los últimos años, el fármaco había cambiado el rostro de los servicios y atención del aborto. Algunos lo consideran como un acontecimiento positivo y otros como un peligro contra la salud. Mientras que la práctica fue mencionada por doctores, en el lado holandés como en el francés de la isla, varios proveedores de aborto quirúrgico, en el lado holandés, objetan fuertemente contra la técnica y atribuyen la práctica, exclusivamente, a médicos franceses. Un doctor en San Maarten dijo: *Estoy en contra de dar Cytotec...Los franceses lo dan.*” Otro, también del lado holandés, fue más específico:

*“Estoy fuertemente en contra, tanto sangrado...Las mujeres no se están muriendo, pero hay complicaciones, riesgo de infecciones, riesgo de esterilidad.”*

Sin embargo, muchos doctores parecieron sentirse cómodos con la opción de Cytotec. Este es el caso, anticipo de nuestro siguiente sitio de investigación de un ginecólogo que admitió que sus servicios de aborto son “*careros*” y no vaciló en aconsejar a las mujeres que probaran Cytotec:

*“Las mujeres han venido donde mí y me dicen, ‘Doctor, quiero interrumpir mi embarazo, pero no puedo pagar los 1400 dólares <moneda del Este Caribeño= 560 dólares estadounidenses>, ¿qué puedo hacer?’ Y les he dicho, ‘Esto es lo que pueden hacer, pueden ir al farmacéutico, que les puede dar estas tabletas y, si tienen algún problema, regresen a verme.’”*

En San Maarten, incluso los ginecólogos cautos de estas prácticas, explican que los desarrollos profesionales y científicos están avanzando hacia una mayor aceptación de la utilización de Cytotec para una variedad de usos ginecológicos, incluyendo la interrupción del embarazo:

*“En Washington, D.C., hubo una conferencia de FIGO, la Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras. Hablaron mucho de Cytotec y, más o menos, existe cierto consenso...En la revista Journal of Ob-Gyn, también leí de usar misoprostol sólo para interrumpir embarazos...”*

Ciertos doctores pueden haber tomado la idea en reuniones y publicaciones profesionales y, según algunos informantes, los farmacéuticos pueden haber favorecido la venta del fármaco “debajo del mostrador”. Sin embargo, la mayoría acredita la llegada del fármaco principalmente al ingenio de mujeres migrantes. La mayoría de estas migrantes en San Maarten/San Martín son de la República Dominicana o Haití.

Decidimos solicitar a la Oficina de las Mujeres de San Maarten, que nos organizara reuniones con grupos de mujeres migrantes dominicanas y haitianas. Debido a la delicadeza – e ilegalidad – de este asunto, las conversaciones que brindaron más información tuvieron lugar posteriormente en privado, a cargo de una enfermera dominicana de mucho respeto en su comunidad, quien solicitó a algunas mujeres que nos transmitieran su experiencia. Hubiéramos querido conocer personalmente estas mujeres, pero la enfermera explicó que la mayoría de ellas “*no quieren dar la cara*” para hablar sobre aborto, puesto que es ilegal. Pero ella misma entrevistó a diez mujeres que habían tenido de uno a cuatro abortos auto administrándose Cytotec. Usualmente, las mujeres indocumentadas en San Maarten/San Martín compran las pastillas de personas comerciantes, frecuentemente de Santo Domingo, mientras que las residentes migrantes con seguro de salud frecuentemente trataban de conseguir el fármaco de doctores. A cada una se le habían hecho recomendaciones precisas sobre cuántas pastillas tomar y a qué intervalos. Una mujer le dijo a la enfermera cuánto había sangrado durante todo un día, otra durante dos días, y ambas dijeron que habían tenido mucho dolor (“*sangró mucho*”... “*mucho dolor*”). Otras dos mujeres le comentaron a la enfermera que temían quedar estériles, como resultado de múltiples abortos con Cytotec:

*“Dos de las diez mujeres, dos de ellas quedaron prácticamente estériles, según lo que dicen, porque ahora quieren embarazarse, pero no pueden...Piensan que es porque usaron la píldora, pues se trata de dos mujeres que la han usado más de una o dos veces...”*

La experiencia de las mujeres con el fármaco es un tema extremadamente importante para una futura investigación a fondo. Por ahora, baste decir que hay evidencia de un circuito de base de “comerciantes de maleta”<sup>35</sup> de Cytotec. Las mujeres entrevistadas explicaron que otras opciones de aborto son muy caras o demasiado visibles, especialmente para migrantes indocumentadas. Un ginecólogo reportó que mientras que hace unos años casi todas las mujeres que usaban Cytotec eran migrantes dominicanas, ahora “*todas lo usan, incluso las adolescentes.*”

### **Anguilla , Antigua, San Kitts**<sup>36</sup>

Los doctores y otros profesionales de la salud en San Martín y San Maarten hacen referidos fuera de la isla, a la vez que también los reciben del extranjero, ya sea por medio de

---

<sup>35</sup> Término usado para referirse a quienes transportan el fármaco en maletas, de isla a isla, para su venta clandestina (comunicación personal).

<sup>36</sup> De este punto en adelante, Antigua y San Kitts se analizarán sin referencia alguna a sus islas socias, Barbuda y Nevis, puesto que las entrevistas se hicieron exclusivamente en esas partes de los dos estados isleños.

redes de grupos de mujeres o, menos comúnmente, de colegas profesionales. Usualmente, estos referidos son servicios no muy disponibles, tales como abortos de segundo trimestre, o servicios anónimos lejos de casa. Seguimos la red según los nombres ofrecidos y organizamos entrevistas, en varios de los países independientes de la Commonwealth, Antigua y San Kitts, así como en Anguilla, un Territorio Británico en Ultramar. Puesto que esos tres países tienen contextos jurídicos, religiosos y sociales comparables, los hallazgos de las entrevistas se presentarán juntos.

Un especialista en ginecología y obstetricia de Antigua describió cómo la ley, la religión y la práctica del aborto coexisten en su país:

*“Técnicamente, el aborto es ilegal en Antigua, pero la ley no ha sido problema...Sabemos que hay algunas leyes en los libros que estipulan que si la vida de una mujer está en peligro, entonces dos doctores pueden recomendar que se interrumpa el embarazo. Eso es básicamente en lo que trabajamos. Nosotros, los <doctores> hemos acudido al gobierno tratando de buscar legislación, y básicamente el gobierno se ha desentendido. Dijeron, ‘Miren, no ha sido problema, lo que hacemos es hacernos de la vista larga, pero legislar que el aborto sea legal, causaría demasiados problemas con la Iglesia.’ Esta es una sociedad muy cristiana.”*

Un especialista de San Kitts se refirió a esas “leyes en los libros”:

*“Si alguna vez te acusan de un delito <aborto>, tienes el derecho a hacer referencia a la ley británica y te absolverán.”*

Se refería al precedente en el Commonwealth establecido por el caso de Angleterra, Rex vs. Bourne (ver Sección Leyes), que permite el aborto como prevención de que la mujer se convierta en una *ruina mental*. En aquellas islas que siguen bajo el régimen británico, los Territorios en Ultramar, como Anguilla, la referencia a la ley británica es más explícita, aunque no necesariamente más clara en su aplicación. Un ginecólogo, que ha trabajado en diferentes islas, explicó:

*“Básicamente hay dos conjuntos de leyes. Los territorios <británicos> dependientes tienen sus propias leyes intrínsecas, aprobadas por el gobierno de la isla. Y luego, uno puede medio funcionar bajo las leyes de la madre patria. Por lo tanto, para que yo pueda interrumpir un embarazo, tengo que hacerlo bajo la ley británica...En lo que a los países caribeños anglófonos independientes concierne, pues ellos también provienen del legado británico. No es legal en casi ninguno de ellos, excepto Barbados y Guyana, pero se tolera, porque nadie va a enjuiciar a un doctor...”*

Y si lo enjuiciaran, aparentemente el doctor podría respaldarse en el caso Bourne. No obstante, los doctores nos dieron a entender que preferirían no enfrentarse a un escándalo de ese tipo. ¿Fue la ley británica un respaldo legal o una inmunidad permanente para la sanción penal? En Anguilla, le planteamos a un ginecoobstetra que no nos quedaba claro cuándo la



ley británica era válida y cuándo lo era la ley anguillana. Con franqueza, respondió que: “*A nadie le queda claro.*” Para complicar las cosas aún más, nos enteramos de que en el año 2000 el gobierno de la isla de Anguilla había adoptado una ley de aborto más liberal. El Director Médico del hospital gubernamental confirmó que: “*Sí, aquí hay una nueva ley, pero no se ha puesto en práctica.*”

En principio, la nueva ley debe flexibilizar el acceso al aborto. Para aclarar este asunto, logramos una entrevista con el Procurador General del gobierno de la isla, en la que pudimos constatar cómo el clima social y religioso prevaleciente afecta las interpretaciones legales e interfiere con la implementación:

*“Aquí, el cambio de la ley no tenía como objetivo liberalizar el aborto para las mujeres. Se reconoció que hay ciertas circunstancias que pueden ser peligrosas para la madre...La cultura de Anguilla no permitiría el aborto efectivo. Esta es una sociedad cristiana. Las leyes de Gran Bretaña no son nuestras leyes. Ellos no deciden por nosotros, porque nosotros tenemos una sociedad diferente. No legalizaremos quitar una vida.”*

En cada isla, los trabajadores de la salud vincularon la retención de antiguas leyes de aborto, o la no implementación de nuevas leyes, a la oposición de la Iglesia. De hecho, algunos consideraron que sería mejor dejar el asunto en paz. El administrador de salud de una ONG expresó su preocupación de que movilización política podría poner en peligro los servicios existentes:

*“Si tratamos de promover este asunto de la legalización, sólo vamos a movilizar a la Iglesia, a los conservadores, a toda la sociedad, contra nosotros y, los abortos seguros que están haciéndose, van a desaparecer...La Iglesia sabe de esto...No voy a dañar lo que funciona bien aquí, porque nuestra preocupación es la salud de nuestras mujeres...En el futuro: legal. Por ahora: seguro. Este es nuestro máximo principio moral...”*

Una enfermera reiteró esta misma forma de pensar:

*“Todos pretenden que no está sucediendo. La Iglesia no dice nada al respecto, porque no es legal...No, realmente no es legal, pero tampoco se hace a capa y espada, sino que se hace de manera más o menos abierta y segura...”*

Asimismo, nos narró la práctica del aborto en la isla años atrás:

*“Metían a la gente a la cárcel. Hubo un tiempo en que había todos esos abortistas de callejón. ¡Una señora me dijo que acudió a un pescador! ¿Qué sabe un pescador de la anatomía humana? Así de desesperada estaba la mujer....La gente terminaba con sepsis, muy enferma y, cuando digo enferma, he presenciado situaciones en que uno tenía que quedarse fuera del cuarto por el olor tan horrendo. Eso ya no se ve. Los doctores se dieron cuenta de que la gente se estaba muriendo – o quedando estéril- y decidieron que era, pues, inhumano, dejar que la gente sufriera de esa manera...Ahora la gente acude a los doctores y los doctores la ayuda...”*

Preguntamos a los proveedores cuándo y por qué comenzaron a hacer abortos, a pesar de las leyes criminales y la fuerte crítica social y religiosa. En San Kitts, un ex Director de Ginecología y Obstetricia, nos mostró con orgullo uno de los muchos diplomas en su oficina:

*“Vean esta fecha. Terminé mi residencia en ginecoobstetricia en la Ciudad de Nueva York, el 1 de julio, 1970. ¿Les dice eso algo? Fue la fecha en que el Estado de Nueva York legalizó el aborto.”*

Por otro lado, narró detalladamente la capacitación, experiencia y compromiso que desarrolló durante esos años formativos, así como su posterior provisión de servicios de aborto para mujeres de su isla e islas vecinas.

En otra isla, un doctor de familia contó cómo había estado haciendo abortos durante muchos años, primero legrado uterinos y ahora aspiraciones. Recordó el horror de la Sala de Emergencia “S&S: *Slip and Slide*” (“Resbalarse y Deslizarse”), el término que los residentes de la Facultad de Medicina, de la Universidad de Las Indias Occidentales, usaban para referirse a los pisos sangrientos asociados con complicaciones de aborto. Expresó orgullo por sus talentos clínicos y continua práctica de abortos tempranos en su consultorio, durante el primer trimestre. También manifestó consternación por el aumento en el uso de Cytotec:

*“Cuando era residente, era bueno y rápido <haciendo abortos >. Decían que tenía un talento innato...El aborto es más seguro que cruzar la calle...Yo hacía hasta 6 al día, pero ahora se ha reducido a la mitad debido a todo el Cytotec...Los farmacéuticos inmigrantes de....venden las tabletas individualmente, a un precio altísimo...Lo sabemos, porque aparecen muchos abortos incompletos en la Sala de Emergencia...En el hospital, los ginecólogos mandaron una carta circular a todos los farmacéuticos diciéndoles que dejen de venderlo.”*

A nuestra solicitud, posteriormente nos envió una copia de la circular intitulada “Uso Indiscriminado de Cytotec”, firmada por tres ginecólogos del hospital del gobierno:

“Queremos expresar nuestra preocupación por el uso indiscriminado de Cytotec, por parte de algunos farmacéuticos y médicos generalistas, para inducir abortos. Parece que no hay conciencia de los peligros de Cytotec, pues a las pacientes se les están prescribiendo, repetidas veces, altas dosis de Cytotec oral y/o vaginalmente, hasta que –a mayor o menor grado- ocurre alguna forma de sangrado. Entonces, cuando el aborto está ocurriendo, se les dice que lo reporten a la Sala de Emergencias. Durante mucho tiempo, hemos estado viendo pacientes en la Sala de Emergencias con varias tabletas todavía sin disolverse en la vagina, algunas todavía con un feto vivo. En algunos casos, el sangrado es tan severo que requiere de transfusión de sangre de emergencia, con todos los riesgos que eso implica...El uso descontrolado de Cytotec, en el contexto de la paciente ambulatoria, es una práctica muy peligrosa. Sugerirle a estas mujeres desesperadas que usen grandes dosis de Cytotec, para ‘ayudarlas’ a resolver una situación y luego desentenderse de ellas, sin ninguna responsabilidad ante las posibles secuencias de los acontecimientos, es tanto como invitar al desastre. Como proveedores de salud, necesitamos asegurarnos de que nuestras acciones estén ayudando y no obstaculizando la preservación de la vida. Por favor, actúen de conformidad.”

A pesar del tono de los debates contemporáneos sobre aborto, el término “preservación de la vida” obviamente se refiere aquí a la preservación de la vida de la mujer. En relación con Cytotec, la declaración se cuida de denunciar específicamente el “*uso indiscriminado*”, “*el uso descontrolado*”, “*grandes dosis*”, “*uso tardío*” (implícito en la referencia a un “*feto vivo*”) y “*ninguna responsabilidad*”. No queda claro si el uso discriminado, el uso cuidadoso, dosis pequeñas apropiadas, la limitación a embarazos tempranos, así como el uso profesionalmente responsable, harían que la práctica fuese aceptable. De hecho, en una visita posterior a la isla, eso fue precisamente lo que preguntamos a unos de los ginecólogos firmantes. Nos confirmaron que el problema no era, en sí, los abortos con Cytotec, sino la falta de supervisión. Por otro lado, un doctor de familia que rutinariamente prescribe el fármaco para interrumpir embarazos, explicó su decisión de aceptar la responsabilidad:

*“Durante mis primeros dos años de práctica, me negué a hacerlo, pero luego ellas hacían de todo un poco y venían a verme con complicaciones. Es por eso que me dije que las iba a ayudar bajo mi supervisión. Yo había hecho investigación sobre Cytotec...Por lo tanto, contaba con toda la información...Tengo una pequeña máquina succionadora para el 20 a 30 por ciento <que no tiene una expulsión completa>y, puesto que no quiero que sangren y sangren, uso el método manual o eléctrico para una leve succión al final.”*

A diferencia del doctor francés, que práctica el aborto farmacológico, pero no el quirúrgico, este médico proporcionaba, él mismo, el respaldo quirúrgico. Le preguntamos si haría un curetaje de succión (raspado) a una mujer que prefiriera tener una aspiración directa, en vez de esperar una expulsión químicamente inducida:

*“No lo hago. Ellas lo quieren, pero les digo que tienen que ir al ginecólogo...Sin embargo, a veces insisten tanto, que lo hago... Usualmente, sólo hago la succión para terminar, pues uno sabe que después de 3 ó 4 días de tomar Cytotec, se toma el dispositivo succionador y se empuja así, fácil, pero si no se hace inmediatamente es doloroso...De cualquier manera, no quiero hacer mucha cirugía, pues ese es sólo un aspecto de mi práctica...Soy médico de familia...”*

Cuando se le preguntó si la prohibición criminal le preocupaba, respondió haciendo énfasis en su autoridad profesional y científica:

*“Somos profesionales médicos. Tenemos a la Asociación Médica Franco-Canadiense...y es una cuestión médica, (abre un cajón y saca un artículo científico con el protocolo de misoprostol que él sigue, publicado en una revista de la Universidad de Montreal).<sup>37</sup> Como pueden ver, la profesión médica nos respeta. No es algo que hacemos en la selva.”*

---

<sup>37</sup> *Le Cahiers de Formation Médicale Continue. Obstétrique-Gynécologie.* Universidad de Montreal. 16 de mayo, 2001. El protocolo se basó en una serie de estudios de Bulgahol, A., Carbonell, L. *et. al.*

## **Circunvenir la Ley en Contextos Criminales**

Todos los entrevistados arriba mencionados expresaron orgullo profesional por su ética médica y calidad de atención. En los cinco países, trece de los dieciséis médicos que entrevistamos y que practican abortos, trabajan dentro de contextos legales altamente restrictivos. Cuando les preguntamos cómo enfrentan las leyes criminales, invocaron varios sistemas de apoyo: Para algunos era el anterior derecho europeo; para otros la tolerancia extraoficial del Estado, la Iglesia y el Departamento de Salud; para otros, la confianza en su protocolo clínico, la dedicación a reducir riesgos de salud o la confianza en métodos científicos:

*“Uno tiene el derecho a referirse a la ley británica.”*

*“El gobierno se hace de la vista gorda.”*

*“Tenemos un acuerdo verbal con el Departamento de Salud”.*

*“La Iglesia lo sabe.”*

*“La profesión médica nos respeta...Tenemos a la Asociación Médica Franco-Canadiense...”*

*“Leí un artículo en la revista Journal of Ob-Gyn...”*

*“<Las mujeres> acostumbraban <conseguirse> complicaciones...Entonces, dije: ‘Voy a ayudarlas, bajo mi supervisión’.”*

*“Era inhumano dejar a la gente sufrir.”*

Estas respuestas reflejan la sensibilidad de estos doctores frente a las necesidades de las mujeres, así como su vínculo con redes internacionales de académicos y proveedores de servicio. Sin embargo, su práctica está influida por prohibiciones penales contra el aborto. A pesar de la legitimidad médica y moral de su trabajo, están transgrediendo o evadiendo el espíritu de la ley. Muchos se sienten obligados a tomar precauciones clínicas y/o administrativas, contra la posibilidad de alguna revelación pública, mientras que algunos expresan consternación ante las concesiones técnicas que les imponen las políticas restrictivas. Algunos toman precauciones, pero no tanto para autoprotgerse, sino para proteger la privacidad de sus pacientes. Pasamos ahora a un breve análisis de algunas de esas concesiones y precauciones.

## **Sobretratamiento y Subtratamiento Para Amoldarse a la Ley**

Los doctores que trabajan en hospitales del gobierno se quejan de la práctica sistemática de legrados innecesarios, para abortos tempranos y atención posaborto. Un ginecólogo explicó cómo hace las aspiraciones en el hospital privado, donde tiene cierto grado de libertad, pero está obligado a hacer legrados para las mismas indicaciones en el

hospital del gobierno, puesto que los procedimientos más sencillos están asociados con la interrupción ilegal del embarazo:

*“En el hospital del gobierno hacemos legrados, porque no tenemos los instrumentos para hacer aspiraciones. Por lo tanto, básicamente, tenemos que darles anestesia general y usar el curetaje para raspar el útero...Puesto que es un hospital del gobierno y no se deben hacer interrupciones de embarazo, no piden los instrumentos...para aspiraciones eléctricas o manuales...Casi todas las pacientes van al hospital del gobierno, debido a los honorarios del doctor y del anesthesiólogo, que la paciente no tiene que pagar en un hospital gubernamental.”*

En otra isla que funciona bajo las mismas leyes, un ginecólogo pudo proporcionarle al hospital instrumentos de aspiración manual al vacío, pues conocía su uso para indicaciones adicionales a las del aborto electivo, como biopsias del endometrio y tratamiento de abortos incompletos o abortos espontáneos. Sin embargo, la primera vez que intentó usar dicho instrumento en la Sala de Emergencia, fue detenido por enfermeras vigilantes:

*“Saqué el instrumento y empecé a prepararme, pero las enfermeras se agitaron y llamaron al administrador del hospital, quien inmediatamente me ordenó ingresar a la mujer en la Sala de Operaciones para un legrado uterino...Todas las interrupciones de embarazo del hospital se hacen por legrado..., pues no se les considera abortos, pero a la Aspiración Manual Endouterina (AMEU), sí se le considera.”*

Si algunos doctores están obligados a sobretratar a las mujeres con legrado uterinos, cuando está disponible una alternativa más sencilla, segura y menos costosa (aunque menos rentable), otros se pueden sentir obligados a subtratar a las mujeres. Una vez más, un lenguaje distinto implica un concepto y un procedimiento diferente.

Para interrupciones tempranas de embarazo, a veces los doctores evitan la prohibida palabra “aborto” y llaman a su intervención – sea farmacológica o quirúrgica – “regulación menstrual”. Mejor conocido en otras partes del mundo<sup>38</sup>, el procedimiento lo usa -por lo menos- un médico generalista en San Maarten:

*“Si no se hace una prueba de embarazo y se hace una succión, no es una succión para aborto, es una regulación menstrual. Lo mismo con Cytotec, no es un aborto, es una regulación menstrual...El doctor le da a las mujeres el fármaco para que se lo lleven a su casa y les dice: ‘Ve cómo te va y regresa en una semana.’ Si no funciona y no le llega la menstruación a la mujer, entonces se refiere al ginecólogo con una nota diciendo: ‘Dimos Cytotec y no funcionó, ¿puedes ayudar?’...Pero usualmente funciona y, quizá, no fue ningún aborto, sino sólo una <regulación de> desequilibrio hormonal.”*

---

<sup>38</sup> Bangladesh, donde el aborto está fuertemente restringido por ley, es quizá el ejemplo mejor documentado de “regulación menstrual” sistemática legal, para “establecer el no embarazo para mujeres en riesgo de estar embarazadas.” (Ver Begum, *op.cit.*).

Y si fuera sólo un desequilibrio hormonal, entonces el procedimiento probablemente fue innecesario. O, si había un embarazo ectópico o más avanzado de lo anticipado, entonces el procedimiento podría implicar riesgos innecesarios. Esos son los riesgos de un sistema prohibicionista que obliga a los doctores a circunvenir la ley. A veces esas circunvenciones procesales y lingüísticas fomentan cierta complicidad entre las mujeres y sus doctores, y en ocasiones, implican informes de diagnósticos y tratamientos en documentos oficiales, en términos eufemísticos.

**Términos y Diagnósticos Eufemísticos: “Periodos menstruales tardíos”, “abortos espontáneos”, “dolores estomacales”...**

Al referirse al aborto como la manera de provocar la menstruación, en vez de interrumpir el embarazo, un ginecólogo con práctica privada comparte intencionalmente el lenguaje neutro de sus pacientes:

*“Las mujeres piden algo para provocarse la menstruación. Tengo fármacos <tamoxifen y misoprostol> para ‘provocarles la menstruación’, y ni siquiera mencionan el aborto o la interrupción del embarazo.”*

Una vez más, vemos la relativa tranquilidad de un doctor con un protocolo con medicamentos. Este protocolo particular de tamoxifen, seguido cuatro días después por Cytotec, se lo sugirió al especialista arriba mencionado, un doctor de familia que leyó al respecto en la revista *New England Journal of Medicine*.<sup>39</sup> En una entrevista con el doctor de familia, nos enteramos de que para él supervisar interrupciones de embarazo inducidas por fármacos, realmente no es “hacer abortos”:

*“Yo no hago abortos...sólo doy medicinas.”*

Al lado de un lenguaje tan coloquial, los doctores evalúan cuidadosamente qué registrar en sus expedientes médicos oficiales. Un especialista siempre señala la ausencia de latido fetal como precaución legal:

*“La ley es la Ley de Delitos Contra la Persona. Si no hay latido, no hay persona...A mí no me preocupa la ley. Nadie puede decir que el feto estaba vivo. Siempre registro que no haya latido fetal y las enfermeras no pueden saber si lo había...En la lista de operaciones escribo RMPC – Remoción Manual de Productos Retenidos de la Concepción –, para que parezca un aborto espontáneo.”*

---

<sup>39</sup> Actualmente, los investigadores no recomiendan el uso de tamoxifen antes de administrar misoprostol.

De hecho, la Ley de Delitos Contra la Persona (ver Sección Leyes) no se refiere a “personas” o “latidos”, sino precisamente a “aborto espontáneo”. Sin embargo, se da como diagnóstico “aborto espontáneo”, ya que es una terminología más aceptada que encubre el aborto inducido. A veces, los doctores ajustan su lenguaje para facilitar a las mujeres el reembolso de los costos. Un doctor explicó:

*“Las compañías de seguro cubren el “aborto espontáneo” pero no el “aborto incompleto”. La compañía llamará al doctor para repasar su informe – y niegan la cobertura si la mujer no puede demostrar que estaba siendo atendida por un doctor, debido a un embarazo, antes del aborto espontáneo.”*

Y, en ocasiones, las mujeres que temen sanciones de la Iglesia, presionan a los doctores a camuflar los abortos:

*“Las pacientes nos ruegan no escribir la verdad en las gráficas médicas. Si la iglesia se entera que tuvieron un aborto, serán expulsadas de la iglesia. No hay privacidad en el hospital, no hay privacidad en ningún lado en la isla, ni siquiera en el banco... Por lo tanto, una vez que le digo a una mujer que está embarazada, no la vuelvo a ver, pues se va a San Martín... al lado holandés o francés.”*

De hecho, el lenguaje cauteloso no siempre es efectivo. Frecuentemente, el eufemismo es un secreto público. El doctor de un hospital dio un ejemplo:

*“Cuando dices ‘dolor abdominal’ en la Sala de Emergencia, todos saben qué es... y mucha gente tiene un pariente o hermana de una amiga, que trabaja en el hospital...”*

Un doctor de familia, que recientemente llegó a una de las islas, nos contó cómo le refería al ginecólogo pacientes diciéndole que se trataba de “interrupción de embarazo”, hasta que un colega le dijo “Sólo escribe dolor estomacal.”

Esta circunvención lingüística, de condena legal y social, dificulta encontrar estadísticas confiables sobre aborto en contextos criminales caribeños. El director regional de una Asociación Caribeña de Profesionales de la Salud admitió que la falta de datos dificulta dar visibilidad a prácticas seguras:

*“No, no tenemos datos sobre el Caribe, es difícil conseguir datos en países donde el aborto es ilegal, ¿verdad? Sin embargo, tenemos una fuerte razón para creer que los abortos son frecuentes en... y tenemos enorme razón para creer que la gran mayoría se hace en los consultorios médicos, de acuerdo con normas de la OMS. Por lo tanto, aunque el aborto es ilegal, está sucediendo todo el tiempo, es seguro... No planteamos la pregunta <sobre la práctica del aborto > a nivel nacional, porque en años no hemos tenido ningún caso que haya salido mal, porque se haya hecho de manera insegura, por alguien que no fuera un médico profesional, con instrumentos insalubres ...”*

Según este director regional, la convicción de que casi todos los abortos se hacen de manera segura dentro de normas establecidas, elimina el asunto del aborto de la agenda nacional.

## Conclusiones de Investigación

Hemos cerrado el círculo. Para la Organización Mundial de la Salud, el hecho de que el aborto sea criminal implica que es inseguro. Asimismo, para el estado con leyes criminales, el hecho de que el aborto sea seguro significa que lo mejor es que se siga penalizando. Más de una vez, escuchamos de proveedores de abortos en los cinco países estudiados que “*la ley no es problema*”, porque el aborto “*se hace bajo supervisión médica*” y “*es, por lo menos, relativamente seguro*” o “*bastante seguro*”, incluso “*más seguro que cruzar la calle*”. Aunque algunos profesionales de la salud fueron bastante francos en su defensa por la liberalización de las leyes del aborto, casi todos aceptaron la actual situación como médicamente satisfactoria: “*En el futuro: legal. Por ahora: seguro.*” De la misma manera, quienes tienen su práctica en el lado francés de San Martín, aceptaron los límites de los servicios legales, a pesar de la evidencia sobre prácticas delictivas fuera del hospital y de la dependencia en servicios ilegales de abortos de segundo trimestre fuera de la isla.

El objetivo de este estudio ha sido documentar la ley, política y práctica del aborto en un grupo de islas caribeñas. Comenzamos con cuatro hipótesis principales diseñadas para ilustrar la influencia de las relaciones coloniales pasadas con Europa, problemas actuales relacionados con leyes criminales, interacciones entre las islas e insuficiencias en el conocimiento sobre el aborto en la región. Una exploración inicial de documentos internacionales de salud, instrumentos legales y un estudio modelo del aborto en Puerto Rico, nos ayudaron a establecer el trasfondo para una metodología de recolección de datos a nivel de base. Las entrevistas, predominantemente con profesionales de la salud, se llevaron a cabo dentro de un marco de suposiciones y no suposiciones inusitadas: Supusimos que las islas, políticamente diversas dentro de una proximidad geográfica, se podían estudiar como un sistema transfronterizo de atención a la salud. No asumimos que las leyes coincidirían con las prácticas.

Usando nuestras hipótesis iniciales como guía, los hallazgos se pueden resumir de la siguiente manera: Primero, podemos concluir que para nuestros lugares de investigación la liberalización de las leyes de aborto en Francia, Gran Bretaña, los Países Bajos y Estados Unidos ha favorecido las prácticas de aborto seguro en (ex) colonias del Caribe, puesto que profesionales de la salud autorizados están proporcionando servicios en esos países, independientemente de la ley. Este proceso ha ocurrido por medio de una combinación de influencias legales, educativas y profesionales. A nivel legal, el aborto está autorizado en



algunos países a través de una extensión directa de leyes metropolitanas, como en Puerto Rico y San Martín; en otros, la ley europea se puede invocar oficialmente para sustituir la ley caribeña, como en los países de la Commonwealth, o invocarse extraoficialmente como fuente de legitimidad médica, como en las Antillas Holandesas. De hecho, Anguilla, el país en nuestra investigación que liberalizó su propia legislación, todavía tiene que instrumentar la reforma. A nivel educativo, el contacto con la práctica médica europea o norteamericana ha sido decisivo, para los doctores que han recibido capacitación médica básica y/o avanzada, en centros metropolitanos donde el aborto electivo es legal. Asimismo, algunos doctores capacitados en la Universidad de Las Indias Occidentales estudiaron en Barbados, dentro de un marco de aborto legal. Más allá de su nivel educativo, muchos doctores pertenecen a asociaciones profesionales de América del Norte y Europa y están suscritos a revistas científicas publicadas en países con aborto legal. Todas las influencias arriba mencionadas dan a los médicos caribeños que hacen abortos, también en contextos penalizados, una cierta credibilidad profesional, así como ética.

Según nuestra definición de aborto seguro, una reformulación de los lineamientos de la OMS, las interrupciones de embarazo en los sitios de investigación de los cinco países son en su mayoría seguras, puesto que se hacen, supervisan y/o monitorean en “instalaciones aprobadas” por “personas aprobadas”. Predominantemente, podemos atribuir ese hecho a las relaciones (coloniales) permanentes entre la región y los países del norte con aborto legalizado, lo cual distingue al Caribe de Centro y Sudamérica. Sin embargo, nuestra investigación demuestra que la criminalización del aborto también obstaculiza el acceso a servicios y atención de calidad, una verificación de la segunda hipótesis. La ilustración más sorprendente de este hallazgo es el amplio y aparentemente creciente uso de Cytotec, tanto por mujeres que independientemente se autoinducen el aborto, como también bajo supervisión médica, por doctores que desde sus consultorios que ayudan a las mujeres a abortar fuera de los hospitales. Aunque Cytotec no mata<sup>40</sup>, no es el método más eficaz para interrumpir embarazos. Cuando se toma de acuerdo con los protocolos recomendados, ofrece a muchas mujeres una manera segura de evitar los costos y sanciones de servicios ilegales. No obstante, incluso si es exitosa para la “amplia mayoría”, una minoría de mujeres que rutinariamente dependen del fármaco, terminan en las Salas de Emergencia de los hospitales con abortos

---

<sup>40</sup> Esta formulación se tomó de Arilha, M. y Barbosa, R. M., “Cytotec en Brasil: ‘At least it doesn’t kill’”, cf. *supra*, nota 30.

incompletos y regularmente son sobretratadas con legrados uterinos. Este sistema rutinario de atención de emergencia, que frecuentemente implica molestias y riesgos para las mujeres, es señal de la disfunción del sistema criminal. Otra señal es la rutinaria tergiversación de intervenciones relacionadas con el aborto en los expedientes médicos, ya que impide la documentación confiable, la información médica y la investigación clínica.

A nivel social, el estigma asociado con la actividad delictiva, refuerza el aislamiento del médico y el aislamiento de mujeres que buscan servicios de aborto. Muchos de los proveedores que entrevistamos están bien capacitados, pero están ansiosos de un mayor intercambio, capacitación continua y nuevas estrategias para mejorar las prácticas de aborto en su país. Los regímenes de anestesia local, aspiración manual al vacío, regímenes farmacológicos alternativos, y protocolos confiables para la atención posaborto, fueron temas particular relevancia.<sup>41</sup> Significativamente, aunque los médicos que hacen abortos y dan atención primaria están bien calificados, lo mismo no es necesariamente cierto para el personal de salas de emergencia y enfermeras hospitalarias, que frecuentemente son recompensados por bloquear, en vez de facilitar, un tratamiento de calidad.

El aislamiento de las mujeres nos lleva a nuestra tercera hipótesis sobre migración y aborto. Mientras que la migración de doctores, para recibir una educación y asociarse profesionalmente, les da una mayor legitimidad, en caso de que decidan practicar el aborto ilegalmente, la migración de mujeres en busca de empleo o servicios de atención a la salud las hace temerosas de “mostrar su cara”, para hablar sobre el aborto, pues éste –y ellas- son ilegales. Por ende, las mujeres han organizado su propio sistema subterráneo de atención a la salud, pasándose información entre ellas sobre servicios dentro de un alcance geográfico factible. Esta red no sólo sirve a migrantes, sino también a mujeres residentes que buscan servicios disponibles, accesibles, anónimos y seguros. A veces, las mujeres de San Maarten van a San Martín para hacerse abortos, debido al seguro médico universal francés. Las mujeres de San Martín van a San Maarten, en caso de que prefieran una aspiración de consultorio o si el seguro de salud de su trabajo las cubre “allá”. Las mujeres de Anguilla viajan 20 minutos por barco a San Martín o San Maarten, para un servicio anónimo vespertino. Las mujeres de Antigua pueden ir a otra isla cercana para un aborto de segundo trimestre, puesto que está más cerca y, por ende, es menos costoso y toma menos tiempo, que viajar para ese mismo procedimiento a Barbados o Puerto Rico. Por otro lado, las mujeres

---

<sup>41</sup> Para una breve descripción de algunas de las actividades educativas y de capacitación, organizadas por la *Iniciativa Caribeña* después de concluir esta investigación, ver <[www.saludpromujer.org](http://www.saludpromujer.org)>, así como el artículo

migrantes pueden sencillamente esperar a una “comerciante de maleta” para el suministro de Cytotec, alternativa que ahora comparten con mujeres residentes. Las líneas están abiertas, pero son clandestinas. No existe consejería, servicios de referido establecidos o apoyo institucional, en caso de que algo salga mal.

Dentro de la pequeña región isleña de nuestro estudio, las mujeres conocen a los profesionales de la salud al otro lado de la frontera, pero los profesionales pocas veces conocen a sus colegas extranjeros. Los profesionales se han organizado en redes dentro de las fronteras políticas, principalmente dentro de la órbita del (ex) régimen colonial británico, holandés o francés o al otro lado del océano, hacia la “Madre Patria”. Esas afiliaciones históricas ofrecen menos ventajas a la población en general que a los doctores, especialmente a segmentos de la población sin los recursos para viajes de larga distancia o educación superior en el extranjero. Pero son precisamente las estrategias de atención a la salud de estas poblaciones las que constituyen el enfoque indirecto de esta investigación, a través de sus doctores. Hemos visto que los doctores reciben capacitación, legitimidad y respaldo legal de la hegemonía europea y estadounidense, algo que las mujeres usan, sin que ellas mismas obtengan acceso institucional a la información, legitimidad o práctica legal. Por supuesto, el aborto no es una actividad cotidiana para las mujeres, como sí lo es para los doctores. Las dos posiciones son asimétricas, pero ambas son difíciles. Se necesita información sobre el impacto de las políticas restrictivas, tanto para quienes desean abortar como para quienes practican abortos. Actualmente, el Caribe carece de esta información, lo cual es un hallazgo que apoya nuestra última hipótesis. Sin información confiable, hay poca posibilidad de movilizar recursos para fomentar la calidad y dignidad del servicio.

Seguramente, esta sola investigación no es suficiente para deconstruir y reconstruir una base de datos e interpretación sociológica del aborto en toda la región caribeña. Sin embargo, hemos demostrado la existencia del aborto seguro en contextos criminalizados. Por supuesto, la atención básica a la salud debe ser legal y, para las mujeres, los servicios del aborto son fundamentales. Este estudio ha demostrado que esos servicios se pueden encontrar, brindar y constituir en redes, antes de que las leyes cambien. Esta trasgresión consciente de prohibiciones oficiales es testimonio de la alianza, entre mujeres y profesionales de la salud, contra la injusticia legalizada.

---

de Pheterson, G. and Azize, Y. “Abortion practice in the Northeast Caribbean: ‘Just put down stomach pain’”. *Reproductive Health Matters*. Noviembre, 2005.