

**El aborto en Cuba: Como sacarse una muela**

**Gabriela López Díaz**

**Trabajo de grado para optar al título de  
Comunicador Social  
Periodista**

**Directora  
Luz Stella Angarita Palencia**

**Pontificia Universidad Javeriana  
Facultad de Comunicación y Lenguaje  
Carrera de Comunicación Social  
Bogotá D.C  
2014**

"La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus tesis de grado. Sólo velará porque no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica, y porque las tesis no contengan ataques o polémicas puramente personales. Antes bien, se vea en ellas el anhelo de buscar la verdad y la justicia"



FORMATO **RESUMEN** DEL TRABAJO DE GRADO CARRERA DE COMUNICACIÓN SOCIAL

Este formato tiene por objeto recoger la información pertinente sobre los Trabajos de Grado que se presentan para sustentación, con el fin de contar con un material de consulta para profesores y estudiantes. Es indispensable que el Resumen contemple el mayor número de datos posibles en forma clara y concisa.

**FICHA TÉCNICA DEL TRABAJO**

**Autor (es):** Nombres y Apellidos completos en orden alfabético)

Nom	Gabriela	Apell	López Díaz
bre(s):		ido(s):	
<hr/>			
Nom		Apell	
bre(s):		ido(s):	
<hr/>			
Nom		Apell	
bre(s):		ido(s):	
<hr/>			
Nom		Apell	
bre(s):		ido(s):	
<hr/>			

**Campo profesional:**

**Periodismo**

---

**Asesor del Trabajo:**

**Luz Stella Angarita Palencia**

---

**Título del Trabajo de Grado:**

**El aborto en Cuba: Como sacarse una muela**

---

**Tema central:**

**Uso abusivo del aborto en Cuba**

---

**Subtemas afines:**

**Aborto en Latinoamérica, aborto en Colombia, aborto en países comunistas**

---

**Fecha de presentación: 24 M 11 A 2014 Pág**  
**es: ño: inas:**

---

**II. RESEÑA DEL TRABAJO DE GRADO**

**1. Objetivo o propósito central del trabajo:**

**Mediante un gran reportaje demostrar la práctica desmesurada del aborto en Cuba y la tendencia usarlo como método de planificación familiar.**

**2. Contenido** (Transcriba el título de cada uno de los capítulos del Trabajo)

---

Introducción

---

¿Qué es el aborto?

---

Panorámica Legal

---

Panorámica social y médica en Cuba

---

Salud para vivir

---

Educar para prevenir

---

En carne y hueso

---

Conclusiones

---

Bibliografía

---

Anexos

---

**3. Autores principales** (Breve descripción de los principales autores referenciados)

- **Women's Link Worldwide:** Organización internacional de derechos humanos, sin ánimo de lucro, que promueve la justicia desde la perspectiva de género en todo el mundo.
- **Guttmacher Institute:** Organización sin ánimo de lucro que promueve la salud reproductiva, bajo los principios y la definición establecida por la Organización Mundial de la Salud.
- **Revista Cubana de salud pública:** Publicación del Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas (La Habana)
- **Dra. Oslay Montero Díaz:** Gineco-obstetra del hospital Reyna (La Habana)
- **Ramón Suárez Polcari:** Canciller de la Arquidiócesis de La Habana

**4. Conceptos clave** (Enuncie de tres a seis conceptos clave que identifiquen el Trabajo).

- **Aborto**
- **Panorámica legal**
- **Panorámica médica y social**
- **Condiciones religiosas**
- **Regulación menstrual**
- **Planificación familiar**

**5. Proceso metodológico.** (Tipo de trabajo, procedimientos, herramientas empleadas para alcanzar el objetivo).

- **Investigación sobre la situación del aborto en Latinoamérica, Cuba y los países comunistas.**
- **Entrevistas a distintas autoridades legales, médicas y religiosas en Cuba**
- **Entrevistas a mujeres que han se han practicado abortos mediante los distintos procedimientos aprobados en Cuba.**

**6. Reseña del Trabajo** (Escriba dos o tres párrafos que, a su juicio, sinteticen el Trabajo).

La despenalización, gratuidad y práctica temprana del aborto en Cuba han llevado a su abuso; el aborto es considerado entre los habitantes de la isla como un método de planificación familiar. Obviando los problemas de mortalidad de las gestantes como consecuencia del procedimiento invasivo y las secuelas de infertilidad que puede traer la práctica desmesurada del aborto. El machismo a su vez se ha constituido como un impedimento para la prevención del embarazo no deseado, pues el papel del hombre dentro de las decisiones de la pareja se encuentra desdibujado, este considera que la responsabilidad en temas de sexualidad le compete sólo a la mujer y que el hecho de usar el condón le resta valor a su hombría.

Hoy, las autoridades y las entidades sanitarias tratan de frenar el uso desmesurado del aborto debido a los problemas de fertilidad y al declive demográfico que causa esta práctica en una población que, además, se encuentra ya envejecida, producto del éxodo masivo y la poca renovación poblacional. Esta situación se presenta en contraste con la postura de Colombia frente al aborto, pues a pesar de que el procedimiento logró ser legalizado en tres circunstancias en el año 2006, las mujeres que son cobijadas por la ley enfrentan múltiples barreras para cumplir un derecho que aún es rechazado socialmente.

**A Matías, mi hijo, mi pequeño angelito en el cielo y a Luis, mi ángel en la tierra**

## Tabla de Contenido

Tabla de Contenido .....	9
Introducción .....	11
1. ¿Qué es el aborto? .....	14
Noticias inesperadas.....	19
2. Panorámica Legal.....	22
2.1. El aborto en Latinoamérica .....	22
El destino en manos el dinero .....	27
2.1.1. Colombia.....	30
Poder decidir .....	37
2.1.2. Países comunistas.....	39
2.1.2.1. Unión Soviética/Rusia.....	39
2.1.2.2. China .....	40
2.1.3. Cuba .....	42
El final interminable.....	46
3. Panorámica social y médica en Cuba.....	47
3.1. El aborto, la iglesia y las condiciones religiosas del país .....	53
3.1.1 Sacarse una muela.....	57
3.2. Entre la doble moral colombiana y la permisividad cubana .....	58
3.2.1. Cuba, la oveja descarriada.....	58
3.2.2. Colombia sí va a misa los domingos.....	60



4. Salud para vivir .....	64
4.1. Al alcance de todos .....	64
4.2. Ojos que no ven, corazón que no siente .....	67
5. Educar para prevenir .....	71
5.1. ¿Sexo sin leer ni escribir? .....	71
5.2. Mucha educación y poca práctica .....	75
6. En carne y hueso .....	80
6.1. La primera vez.....	80
6.2. Más de 27 recuerdos.....	89
6.3. La enfermedad del gato .....	97
6.4. Ángeles que juegan béisbol.....	104
Conclusiones .....	107
Bibliografía .....	111
Anexos .....	116

## Introducción

– ¿Te lo vas a sacar o te lo vas a dejar? – Esta es la pregunta de un médico cubano ante la certeza de un embarazo. Así, como si se tratara de un corte de pelo. En Cuba el aborto aguanta el uso y el abuso.

Este trabajo parte, en primera instancia, de una dura experiencia personal; experiencia que terminó por mostrarme una realidad alarmante y desconocida para muchos. A principios del año 2013, presenté un embarazo de alto riesgo, una difícil y dolorosa situación que me llevó a viajar a mi país de origen, Cuba, en busca de respuestas y soluciones; puesto que en Colombia sólo recibí impedimentos y obstáculos de todo tipo, negándome el derecho a decidir. Ya en la isla, fui atendida en varios hospitales y tuve la oportunidad de ver y experimentar las condiciones en términos tanto de infraestructura como de personal profesional capacitado. Recibí un trato maravilloso y un exhaustivo seguimiento médico y psicológico, con lo que me encuentro muy agradecida. Sin embargo, en medio de aquella situación, noté una realidad diametralmente distinta a la que se vive en la mayoría de países latinoamericanos que, para empezar, se desenvuelven dentro de las dinámicas del capitalismo y son regidos en gran medida por el pensamiento y el sentir católico.

En Cuba el aborto no sólo es legal y gratuito, lo que constituye un gran paso dentro de la defensa de los derechos de la mujer, sino que también la población ha llegado a abusar de su práctica hasta el punto de utilizarlo como un método de planificación familiar. El escenario cubano, sin duda alguna, es chocante. Así, son reflejo de esta situación las historias aquí contadas en las que 27 o 22 abortos, lejos de ser una loca caricatura del problema, son una realidad sufrida por un solo cuerpo.

La situación económica de la población cubana constituye un factor fundamental dentro del fenómeno del aborto y la creciente tendencia a reducir o simplemente anular la procreación dentro del plan de vida. El machismo, a su vez, se erige como un impedimento para la prevención del embarazo no deseado, pues el papel del hombre dentro de las decisiones de la pareja se encuentra desdibujado, este considera que la responsabilidad en temas de sexualidad le compete solo a la mujer y que el hecho de usar el condón le resta valor a su hombría. Hoy, las autoridades y las entidades sanitarias tratan de frenar el uso desmesurado del aborto debido a los problemas de fertilidad y al declive demográfico que causa esta práctica en una población que, además, se encuentra ya envejecida.

Ser cubana y haber residido en Colombia durante 12 años, me ha convertido en una extranjera para ambos países, soy mitad de aquí y mitad de allá, de manera que las dinámicas dentro de mi país de origen constituyen también un misterio para mí, otra razón para esta necesidad personal de estudiar el tema. El objeto de estudio que aquí trato no se limita al aborto y a su práctica desmesurada en Cuba, pues dentro de él confluyen otras muchas cuestiones. Es imposible explicar el fenómeno del aborto en la isla sin pasar por los aspectos históricos, políticos, médicos, sociales, ideológicos y psicológicos que permiten que esta problemática sea una realidad palpable.

Por otro lado, debido a mi estrecha relación con Colombia y al triste encuentro con sus restrictivas leyes frente al aborto, se hizo inevitable hablar de su situación en lo que respecta a este tema y establecer una comparación entre los contextos de ambos países. La fuerte polémica que se vive en Colombia en cuanto al aborto, pese a la existencia de una ley que lo permite en cuatro casos, y la gran cantidad de limitaciones que existen para su práctica, constituye un grave problema social, pues genera la asidua práctica ilegal, clandestina e insegura de este procedimiento. Colombia es la otra cara de la moneda, el extremo opuesto a la situación cubana, tan opuesto que también es problemático.

El suelo que piso con este trabajo es bastante estéril, poco se ha sembrado o abonado en él. La aprobación del aborto en Cuba es de tan vieja data que la bibliografía que se

encarga de estudiar este fenómeno es muy reducida, lo que si bien representa un reto, también me da la oportunidad de poner un nuevo tema de discusión sobre la mesa, de abrir un campo casi inexplorado y de generar nuevas polémicas a su alrededor, a partir de historias, testimonios y documentos integrados en un gran reportaje. Por eso, un año después de lo sucedido con mi embarazo, en julio de 2014, realicé un segundo viaje a mi patria con el objetivo de recopilar información y de conocer a los distintos protagonistas de este reportaje. Las cifras y los estudios sin rostro, no son más que eso.

Así, este producto periodístico es una historia hecha de carne y hueso, no se limita a la mera investigación, cuenta con retratos, anécdotas, vivencias. Este es el resultado de un trabajo de inmersión que parte de un sentimiento personal; no encuentro manera más bella, profunda e íntima de iniciar esta búsqueda y de contar lo visto, lo escuchado, lo tocado y hasta lo llorado, que bajo el amparo de la simple certeza de haberlo vivido. Este es el resultado de un año y medio de investigación.

## 1. ¿Qué es el aborto?

Un factor relevante a la hora de analizar la problemática del aborto es el contexto social en el que se desarrolla el mismo. No obstante, para entender el término desde sus orígenes, visto desde un contexto social, resulta importante hacer un análisis etimológico del origen del vocablo. La palabra aborto viene del término latino abortus y deriva de la composición de un prefijo y una raíz: Ab: privación y ortus: nacimiento; entonces, su significado sería "privación del nacimiento".

En términos generales, conocemos como aborto a la interrupción y finalización prematura del embarazo. La real Academia Española define este fenómeno como la “Interrupción del embarazo por causas naturales o deliberadamente provocadas” (Real Academia de la Lengua Española, 2012) y aclara que “puede constituir eventualmente un delito” (ibid).

Según el estudio realizado por la organización defensora de los derechos de la mujer, Women’s Link Worldwide, titulado *El aborto: un problema de salud pública*, podemos delimitar los diferentes tipos de aborto de la siguiente manera:

- **Aborto espontáneo:** Ocurre cuando el embarazo es interrumpido sin que se tome ninguna medida abortiva, es decir, de manera natural. Este tipo de aborto requiere por lo general tratamiento y hospitalización, aunque resulta menos fatal que un aborto inseguro. Sus causas, excepto cuando hay traumatismos, no suelen ser evidentes y a menudo tienen relación con problemas genéticos del feto o trastornos hormonales, médicos o psicológicos de la madre. Otras causas pueden ser anomalías del tracto reproductivo, enfermedades sistémicas de la madre o enfermedades infecciosas. Cuando la gestante ha rebasado las 22 semanas de

embarazo, o el feto muerto supera un peso de 500 gramos, deja de ser considerado aborto y se denomina muerte fetal.

- **Aborto inducido o Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE):** Este tipo de aborto puede ser realizado de manera terapéutica, es decir, cuando existen condiciones médicas que atenten contra la vida de la madre o del feto; o de manera efectiva o voluntaria, lo que se traduce en la decisión de la embarazada de dar término a su estado. Puede ocurrir tanto en recintos médicos seguros, siguiendo las normativas legales y de salud pública, como fuera del sistema médico.
- **Aborto inseguro:** Se caracteriza por la práctica riesgosa, antihigiénica o en condiciones precarias de un proceso de aborto. Algunos de estos factores pueden ser la falta de capacitación y experiencia del personal médico, las condiciones antihigiénicas de los establecimientos que los practiquen, o los métodos peligrosos llevados a cabo por el personal para realizar el procedimiento. Algunas de estas malas prácticas incluyen la introducción de un objeto sólido en el útero, provocando un proceso de dilatación y curetaje inapropiado, el ingerir sustancias tóxicas, o la aplicación de una fuerza externa.
- **Aborto seguro:** Los procedimientos y las técnicas para finalizar un embarazo en etapa temprana suelen ser sencillos y seguros. El aborto es uno de los procedimientos médicos de menor riesgo, siempre y cuando sea llevado a cabo por profesionales de la salud capacitados, con un equipo apropiado, una técnica adecuada y estándares sanitarios. En países en vías de desarrollo<sup>1</sup>, el riesgo de muerte como consecuencia de complicaciones de un aborto inseguro es varios cientos de veces mayor que aquel del aborto realizado profesionalmente bajo condiciones de seguridad.

---

<sup>1</sup> Aquellos países cuyas economías se encuentran en pleno desarrollo económico partiendo de un estado de subdesarrollo o de una economía de transición, situación que aplica para la mayoría de países latinoamericanos.

Puesto que la problemática del aborto inducido será un eje temático central de este proyecto, es importante resaltar los sectores poblacionales que se ven más afectados por una posible práctica insegura de un aborto inducido. Los grupos de riesgo más proclives a optar por un IVE con condiciones inseguras son:

- **Adolescentes:** Especialmente aquellas de escasos recursos económicos, a las que se les dificulta el acceso a los servicios que realizan la interrupción voluntaria del embarazo.
- **Mujeres de bajos ingresos económicos:** Las mujeres de escasos recursos también tienen mayor riesgo de obtener un aborto inseguro, ya que tienen menos acceso a información, servicios y medios económicos para obtener un aborto seguro.
- **Mujeres de zonas rurales apartadas:** Aquellas mujeres que viven en pueblos pequeños y/o alejados de la ciudad también están dentro del grupo de alto riesgo. Las mujeres de las zonas rurales, que por lo general viven en condiciones de pobreza debido a la falta de servicios, tienen mayor probabilidad de provocarse el aborto ellas mismas o de recurrir a una persona no capacitada.

Remitiéndose a un aspecto puramente legal del aborto en diferentes países del mundo, según el estudio anteriormente mencionado, podemos encontrar que existen 7 factores principales que condicionan su práctica. Estas son las variables que, en los países con legislación restrictiva frente al aborto, proceden para la realización legal del procedimiento:

- **Protección de la vida de la madre:** Aplica si la vida de la madre se pone en riesgo en caso de continuar con su embarazo.
- **Salud Física:** Aplica cuando la salud de la madre se ve seriamente afectada en caso de continuar con su embarazo. Requiere una certificación de que la lesión producida por el proceso de gestación puede llegar a ser de carácter permanente.

- **Salud Mental:** Aplica si la salud mental de la madre se ve gravemente afectada por su embarazo.
- **Violación:** En el caso de que la relación sexual de la cual es producto el embarazo se haya producido de manera violenta o sin el consentimiento de la madre.
- **Defectos del feto:** Aplica si, después de hacer una serie de exámenes para determinar la salud del feto, se comprueba que este posee problemas cromosómicos o de otra índole que atente seriamente contra su vida.
- **Factores socioeconómicos:** Permite tener en cuenta los recursos económicos de una mujer, su edad, estado civil y el número de hijos vivos que tiene a la hora de determinar si esta madre califica o no para practicarse un aborto inducido por razones socioeconómicas. Es importante aclarar que este factor no se aplica en las legislaciones de ninguno de los países latinoamericanos.

Adentrándonos en la perspectiva religiosa en cuanto el aborto, hay que remitirse al 23 de mayo de 1988, fecha en la que la Comisión para la Interpretación Auténtica del Código de Derecho Canónico se reunió y definió al aborto como la muerte provocada del feto, realizada por cualquier método y en cualquier momento del embarazo desde el instante mismo de la concepción. Con esta definición, la Iglesia Católica buscó sentar una posición de total rechazo frente al aborto en cualquiera de sus manifestaciones; sin embargo, actualmente con la llegada del Papa Francisco I, se está retomando el debate del aborto como una problemática que va más allá de un llamado ‘asesinato’ y que contempla muchos otros factores relevantes a la hora de que una madre decida si quiere tener o no a su hijo.

Es importante resaltar que con la separación en los diferentes países del mundo entre las políticas públicas del Estado y los postulados de la Iglesia en lo referente al tema de planificación familiar, la problemática del aborto se ha desligado mucho del aspecto religioso y ha adquirido una perspectiva menos dogmática.



Ya entrando a un análisis de las causas y consecuencias sociales que enmarcan la problemática del aborto en los diferentes países del mundo, cabe resaltar una de las situaciones más reiteradas a la hora de analizar el aumento de abortos inducidos en los últimos años: la falta de programas de educación sexual que ilustren a los jóvenes, principalmente, acerca de cómo iniciar una vida sexual activa y cómo gozar de ella plenamente de una manera segura y responsable. La falta de educación sexual ha sido señalada como una de las principales causas de embarazos no deseados, de los cuales en América Latina, según un estudio publicado por la OMS en 2011, aproximadamente el 21% terminan en aborto.

Por otro lado, podemos encontrar que en ciertos países del mundo en los cuales el aborto está permitido sin ninguna restricción, subyacen problemas sociales producto de esta misma libertad para decidir si continuar o no con un embarazo. En China e India, por ejemplo, los avances médicos que permiten determinar el sexo del futuro hijo, la situación de legalización del aborto y una 'preferencia cultural' por traer al mundo niños de sexo masculino, han hecho que el número de mujeres disminuya y que haya un mayor número de abortos de embriones y fetos femeninos. En el caso particular de la India, los investigadores calculan que, de 1985 a 2005, 10 millones de posibles futuras mujeres han sido abortadas de manera selectiva (Ratzinger, 1997).

Otro caso a analizar es el del contexto social que se vive en Cuba, nación en la cual la práctica indiscriminada de un IVE tiene como consecuencia una serie de conflictos sociales relacionados al poco control de este procedimiento. La situación del aborto en Cuba, y las consecuencias del mismo en el ámbito legal, social, médico y religioso de la isla serán el eje central de este proyecto.

## ***Noticias inesperadas***

La complejidad del ser humano es inmensa, los dolores y las ausencias solo las puede entender completamente quien las ha vivido en carne propia, sin embargo, aunque hoy recuerdo con suma tristeza todo lo sucedido, no me arrepiento de la decisión tomada y esta vivencia se ha convertido en la principal materia prima para realizar este estudio.

A finales de diciembre, comencé a sentirme muy enferma, no podía definir mi padecimiento, pero mi malestar era permanente. Mi esposo me dijo entonces ¿por qué no descartamos la posibilidad de un embarazo?, yo, muy segura de que no había posibilidad de que tal embarazo existiera, me realicé la prueba. Pero, contra todas las probabilidades, el resultado fue positivo.

Luego, de la preocupación por la sorpresa de semejantes proporciones, vinieron los planes; un apartamento más grande, replanteamiento de las prioridades económicas, incluso nombres para los dos sexos y modelos de crianza. La noticia coincidió con la temporada navideña y llovieron los regalos para el nuevo integrante de la familia. En pocos días tuvimos que visualizar el futuro que nos aguardaría al adquirir tan enorme responsabilidad y, a pesar de que temíamos por las dimensiones del reto, era mayor nuestra ilusión.

Después de tres meses de gestación, llegó la hora de un examen rutinario, la idea era medir la translucencia nuchal del bebé, en términos simples, debían hacer una ecografía en la que se mediría el grosor del líquido amniótico que se acumula en la

curvatura de la nuca del bebé. Todo con el fin de determinar el riesgo que tiene el feto de sufrir de algún desorden genético.

Aunque nunca pensé que algo pudiera salir mal, me sentía un poco nerviosa e inquieta con el examen. La incertidumbre se hizo presente, pues nada garantizaba que las cosas salieran bien, sin embargo, traté de no pensar mucho en el asunto para no alterarme más de lo necesario. Llegó el momento de la prueba, un doctor me hizo entrar a la sala, era un hombre intimidante, serio, frío, nunca mostró un mínimo ápice de amabilidad, incluso, increíblemente, se molestó porque el bebé no se ubicaba en la posición requerida para hacer la medición. Así que aquel hombre que, en teoría, debería tener el tacto y la delicadeza para tratar a una mujer en estado de embarazo, resolvió pegarme fuertes golpes en el abdomen con el fin de hacer mover a la criatura. Ese fue el primer encuentro desafortunado con un médico durante mi embarazo.

Finalizado el examen, salí a esperar la entrega del resultado. Pocos minutos después una voz inentendible dice mi nombre por el altoparlante, me acerqué a recoger el veredicto médico, abrí el sobre y se leía: “amenaza de aneuploidía”. No tenía idea del significado de aquella palabra, pero no sonaba nada bien. Di vuelta y regresé en busca de una explicación a aquel veredicto, pero nadie dijo una palabra. Me recomendaron que sacara una cita con el gineco-obstetra, al parecer nadie podía explicar aquel término o, simplemente, consideraban que resolver mis preguntas no se encontraba dentro de sus responsabilidades.

Salí corriendo en busca de respuestas, con cada minuto que pasaba, comencé a sentir que era muy grave, no sabía de qué hablaba aquel papel, pero dicen que las madres tienen un sentido extra que rara vez falla, la intuición. Devoré con desespero toda la información que aparecía en el veredicto médico y las respuestas resultaron más preocupantes aún:

En genética, el término aneuploidía hace referencia al cambio en el número cromosómico, que puede dar lugar a enfermedades genéticas. Un aneuploide es un individuo cuyo número de cromosomas

difiere del tipo silvestre o euploide en parte de su dotación cromosómica, debido a un cromosoma extra o ausente, que siempre se asocia con una deficiencia en el desarrollo físico, mental o ambos (“Aneuploidías y Poliploidías”, 2009).

En ese instante la vida se detuvo. Mi bebé, al parecer, no contaba con el número adecuado de cromosomas para su normal desarrollo, era un aneuploide, sin embargo, yo sólo podía pensar que todo aquello era una terrible equivocación, aquel veredicto tenía que ser un completo desatino de aquel doctor; a lo mejor el bebé nunca se había ubicado en la posición correcta y tal vez esas medidas de la translucencia nucal que resultaban aumentadas en comparación con los estándares normales simplemente estaban erradas. Tendía a pensar que todo iba a terminar y que pronto aquella pesadilla se transformaría en el mero recuerdo de un amargo susto.

(...)

## **2. Panorámica Legal**

### ***2.1. El aborto en Latinoamérica***

En los países latinoamericanos, los embarazos no planificados y las condiciones económicas de la mujer constituyen las causales principales para llevar a cabo un aborto. En la región se realizan anualmente un aproximado de 4.4 millones de abortos, generalmente, las mujeres que deciden terminar con su embarazo se encuentran en la época más fértil de su vida y muchas de ellas son bastante jóvenes. De manera que dos tercios de las interrupciones voluntarias de embarazo practicadas al año corresponden a mujeres que se encuentran entre los 15 y los 30 años. En Latinoamérica, más del 50% de los abortos se realizan a mujeres de 20 a 29 años y casi el 70% a menores de 30. (Guttmacher Institute, 2012).

Las cifras hablan por sí solas, el aborto es una realidad visible y, a pesar de los obstáculos legales para su práctica, esta es masiva. Así, aunque muchos de los países latinoamericanos, sobre todo los más ortodoxos, quieran ignorar el fenómeno, la decisión de la mujer de extraer el feto o cigoto antes de terminada la gestación, bien sea legal o clandestinamente, es un problema que aumenta sus dimensiones de forma alarmante, porque nuestra región cuenta con la tasa más alta de abortos inducidos en el mundo. Pero la cifra que resulta más inquietante se relaciona con el porcentaje que expresa la cantidad de abortos realizados en la clandestinidad y de manera insegura, pues la práctica del aborto en la mayoría de estos países es restrictiva, el tema sigue cubierto por un manto de veto y silencio. De acuerdo con el estudio “*Hechos sobre el aborto en América Latina y el Caribe*”, realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Instituto Guttmacher, con sede en Nueva York, el nivel de inseguridad de los procedimientos para

interrumpir los embarazos no deseados en nuestra región sigue siendo del 95%, una cifra sin duda preocupante (Guttmacher Institute, 2012).

En siete de los 34 países y territorios de América Latina y el Caribe, el aborto está totalmente prohibido, estos son: Chile, El Salvador, Haití, Honduras, Nicaragua, República Dominicana y Surinam. En la región sólo Cuba, Guyana, Puerto Rico y, recientemente, Uruguay cuentan con una despenalización del aborto en términos generales; en los demás países esta práctica es parcialmente legal, pues sólo se puede realizar si la paciente aplica dentro de las distintas causales que lo permiten, tales como el riesgo de vida para la madre, la malformación fetal o el hecho de que el embarazo sea fruto de una violación. Según el estudio antes mencionado, esto significa que el 95% de las mujeres latinoamericanas y caribeñas en edad reproductiva vive en países donde la ley es altamente restrictiva respecto a las interrupciones voluntarias de embarazo. Según la especialista mexicana Fátima Juárez, quien asesora al Instituto Guttmacher, "La penalización no frena los abortos, sino que los hace cada vez más clandestinos y por tanto inseguros" (EFE, 2012).

Entonces, el hecho de que el aborto sea permitido en la mayoría de países de América Latina y el Caribe bajo el amparo de restringidas causales sólo fomenta la práctica del procedimiento de manera furtiva y riesgosa; pues tales causales no consideran los entornos sociales, políticos, económicos y culturales en los que se desenvuelven las mujeres que los habitan y, por tanto, ignoran las razones más comunes para tomar la decisión de interrumpir de manera voluntaria el embarazo, como la inestabilidad económica, la precariedad de recursos, los ambientes hostiles, la falta de educación adecuada o la situación emocional y psicológica en la que se pueda encontrar, no solo la mujer, sino el núcleo familiar en general.

El caso de Nicaragua, es crítico; el artículo 165 del Código Penal de este país permitía el aborto terapéutico y lo reconocía como un procedimiento médico legal, legítimo e indispensable si tres médicos coincidían formalmente en que era necesario y el cónyuge o un pariente cercano de la mujer daba su consentimiento. Sin embargo, esta disposición fue revocada y un nuevo Código Penal entró en vigor en 2008, en este se prevén largas penas

de cárcel para las mujeres y las niñas que soliciten o logren que se les practique un aborto, y una pena similar se aplicará para los profesionales de la salud que proporcionen servicios de interrupción del embarazo y atención obstétrica necesaria para salvar vidas y preservar la salud de la paciente que se ha sometido a este procedimiento. “La prohibición no admite excepciones. Se aplica en situaciones en que continuar con el embarazo pone en peligro la vida o la salud de la mujer o la niña, y cuando el embarazo es consecuencia de una violación. El elevado número de embarazos de adolescentes en Nicaragua implica que muchas de las afectadas por las leyes reformadas son niñas menores de 18 años” (Amnistía Internacional, 2009, p.5).

Honduras sigue el ejemplo de Nicaragua, el aborto es penalizado en todas sus formas y no contempla excepciones. El artículo 126 del código penal expresa:

“El aborto es la muerte de un ser humano en cualquier momento del embarazo o durante el parto. Quien intencionalmente cause un aborto será castigado:

- 1) Con tres (3) a seis (6) años de reclusión si la mujer lo hubiese consentido;
- 2) Con seis (6) a ocho (8) años de reclusión si el agente obra sin el consentimiento de la madre y sin emplear violencia o intimidación; y,
- 3) Con ocho (8) a diez (10) años de reclusión si el agente emplea violencia, intimidación o engaño”.

A su vez, en dicho país la Secretaría Nacional de Salud prohibió en octubre de 2009 la promoción, uso, compra, venta y distribución gratuita de la Anticoncepción de Urgencias y el Tribunal Superior de Justicia decidió declarar en 2012, bajo el argumento de la protección de la vida, este tipo de anticoncepción como un abortivo (“Aborto en Latinoamérica”, 2012). Actualmente, Honduras recibe presiones por parte de organismos internacionales tales como el Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer (CEDAW), la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), Human Rights Watch (HRW), entre otros que buscan defender los Derechos Humanos y de la mujer con la idea de prevenir y evitar las muertes provocadas por los abortos clandestinos, pues en el país ésta constituye la segunda causa de muerte materna.

Por su parte, Uruguay dio un giro trascendental a la legislación acerca de la interrupción voluntaria del embarazo. En octubre de 2012, el Presidente de la República de Uruguay, José Mujica, firmó y promulgó la ley que establece la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo antes de las c. La ley 18.987 decreta lo siguiente:

**“Artículo 2**

(Despenalización).- La interrupción voluntaria del embarazo no será penalizada y en consecuencia no serán aplicables los artículos 325 y 325 bis del Código Penal, para el caso que la mujer cumpla con los requisitos que se establecen en los artículos siguientes y se realice durante las primeras doce semanas de gravidez” (Senado y Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, 2012).

La nueva ley no fue aplaudida por todos y, días después de su aprobación, la Iglesia Católica de Uruguay excomulgó a los legisladores que votaron a favor del proyecto de ley que promovía la despenalización del aborto en el país.

Hoy, Uruguay cuenta con las tasas de aborto y mortalidad materna más bajas de América, el subsecretario de Salud Pública de este país, Leonel Briozzo, destacó en la conferencia convocada con motivo del Día Internacional de Acción por la Salud de la Mujer, realizada en mayo de este año, que la ley de interrupción del embarazo constituyó uno de los grandes avances en la agenda de desarrollo del país y en la defensa de los derechos sexuales y reproductivos de la población, para él estos son grandes componentes del conjunto de normas que tienen como objetivo “que las mujeres puedan decidir qué es lo mejor para su vida y su salud y que, desde el ámbito sanitario, se las ayude a la toma de decisiones, conscientes de que contribuyan a disminuir enfermedades, la muerte materna y el número de abortos” (Presidencia de la República Oriental del Uruguay, 2014).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en Latinoamérica se practican alrededor de 3'700.000 abortos inseguros por su condición de ilegalidad. Debido a esto, el riesgo de muerte a causa de estas interrupciones, en los llamados países en vías de desarrollo (aquellos países cuyas economías se encuentran en pleno desarrollo económico partiendo de un estado de subdesarrollo o de una economía de transición, situación que aplica para la mayoría de países latinoamericanos), es de 370 por cada 10.000 casos. Al



parecer, convertir el aborto en una práctica ilegal solo empeora el panorama, la mala praxis y las condiciones riesgosas en las que se realizan estos procedimientos arriesgan la vida de cientos de mujeres anualmente y termina en la muerte de muchas otras (Women's link worldwide, 2004).

Según un informe de la OMS, a causa de esta situación mueren anualmente 68.000 mujeres, lo que equivale al 13% de la mortalidad materna. En América Latina, el aborto inseguro es responsable del 17% de las muertes de gestantes (Women's link worldwide, 2004), y cerca de un millón de mujeres de la región son hospitalizadas cada año por complicaciones derivadas de ese tipo de procedimientos (ONU, 2012). La praxis insegura puede desencadenar complicaciones tales como aborto incompleto, pérdida excesiva de sangre, patología de cuello uterino, infección, shock séptico, perforación de órganos internos e inflamación del peritoneo (membrana que envuelve la mayor parte de los órganos del abdomen). A pesar de ser la muerte de la paciente la más terrible consecuencia del aborto inseguro, los resultados de estas complicaciones también pueden desencadenar en infertilidad y extirpación de ovarios, de los que se derivan secuelas físicas y emocionales traumáticas como depresión, ansiedad y dolor.

Aún son muchos los obstáculos por los que atraviesan las mujeres latinoamericanas para poder acceder de manera segura y legal a la interrupción voluntaria del embarazo, las leyes son rígidas y sumamente restrictivas, de manera que la mayoría de las mujeres que desean abortar no aplican dentro de las causales aprobadas por la norma, lo que termina empujándolas hacia la práctica ilegal y riesgosa del procedimiento. La lucha en pro de los derechos de la mujer latina es un capítulo al que le restan muchas páginas por escribir, pues enfrentarse a los cánones religiosos y culturales y dividir de manera real y efectiva el Estado y la iglesia, no es empresa fácil; dicen que “la tradición hala más que cuatro carretas”, sin embargo, el debate está sobre la mesa y, aunque han requerido de grandes esfuerzos y duras batallas, grandes cambios se han producido en los últimos diez años.

(...)

### ***El destino en manos el dinero***

Así, el 10 de febrero de 2013 comenzó mi carrera incansable por encontrar respuestas y por salvar la vida de mi hijo. El primer paso para ello fue conseguir una cita con un perinatólogo, un médico gineco-obstetra que se encarga de la atención de la mujer embarazada con factores de riesgo. El examen que debía realizarme este doctor especializado arrojaría las probabilidades de que mi bebé viniera con problemas genéticos y su nombre es examen del triple marcador. En él se hace un estudio de la sangre de la madre, pues ella porta la información genética del feto y una ecografía de detalle con el fin de poder observar las características físicas del bebé y las medidas de ciertas partes de su cuerpo como el fémur, la cabeza, el tabique y el corazón.

A la espera de la cita, recordé que dentro de las averiguaciones que realicé había surgido un inconveniente adicional, como si todo aquello no fuera suficiente calvario. Ninguno de estos exámenes era cubierto por el seguro médico, por lo tanto, si mi intención era cerciorarme sobre los padecimientos de mi bebé en la etapa temprana del embarazo, tenía que buscar los servicios especializados de las entidades privadas, así, el problema se desplazó de la preocupación por el bienestar de mi bebé al prosaico dinero. El valor de mi primer examen, luego de las sospechas de una malformación genética del feto, ascendió a \$360.000 pesos colombianos. Por fortuna pude realizarme el estudio, pero el grueso de las mujeres colombianas cuenta con posibilidades económicas

limitadas, lo que significa que, de atravesar por una situación similar, tendrían que resignarse a la angustia de no saber a ciencia cierta si la vida que lleva en su vientre sufre de alguna malformación o enfermedad congénita hasta una etapa avanzada del embarazo, en cuyo caso no aplicaría para tomar la decisión de abortar porque el tiempo de gestación se lo impediría.

Los resultados del triple marcador fueron contundentes. En el siguiente diagrama quedan expresas y claras las preocupaciones que trajeron consigo los resultados de la proporcionalidad de riesgo. El riesgo basal equivale al peligro que cualquier mujer enfrenta al momento de quedar embarazada, el riesgo ajustado expresa las posibilidades a las que se enfrentaba mi bebé de tener algún desorden genético y las trisomías corresponden a los distintos síndromes provocados por alteraciones cromosómicas.

Trisomías:	Trisomía 21	Trisomía 18	Trisomía 13
Riesgo basal:	1: 1465	1: 17296	1: 40715
Riesgo ajustado:	1: 2	1: 766	1: 451

A pesar de los resultados mantuve la esperanza de que mi bebé fuera sano, pero el doppler de corazón que se le había realizado en la ecografía de detalle arrojaba que el feto tenía insuficiencia en el flujo sanguíneo de la válvula tricuspídea del corazón. Con cada examen la situación era más angustiosa y dolorosa; por más que rogaba por un indicio positivo, no lo encontraba, el panorama continuaba sin animarse a mejorar.

Mi vida se enfocó en la búsqueda de la certeza acerca de la enfermedad de mi bebé. Pese a la contundencia de los resultados, había más cosas sobre las cuales todavía no sabía, de manera que intenté conseguir citas con los perinatólogos que sí cubría mi seguro y todas se extendían en meses, la disponibilidad más cercana era en dos meses. Mi angustia no podía ser mayor. Sin embargo, y desgraciadamente en este país las palancas son un arma infalible, de modo que se movieron influencias en un lado y en

otro con tal de conseguir una cita lo antes posible. Lo logré, pero no sé si para bien o para mal.

Las respuestas del médico no fueron las que yo esperaba, aquel hombre sólo atinó a decir: “Las probabilidades de que el feto tenga malformaciones genéticas es alta, pero la certeza no es absoluta, debes realizarte una amniocentesis, para saber realmente”. A lo que yo pregunté cómo debía hacerse, dónde etc., pero para mi sorpresa, el examen nuevamente no entraba dentro de los asuntos que cubría el seguro, y el precio oscilaba entre los \$800.000 y el millón de pesos colombianos.

Seguí preguntando y sin tapujos le expresé al doctor que no contemplaba la posibilidad de traer al mundo a un bebé que tenía pocas posibilidades de sobrevivir, y menos si, de lograr alcanzar los tres o cuatro años, lo haría con una pésima calidad de vida y muy seguramente jamás podría salir a correr a un parque o entablar relaciones con otros niños, pues su hogar, más que el que le ofreciéramos su padre y yo, sería un hospital. Sin embargo, el doctor, evidentemente se encontraba en total desacuerdo, él simplemente respondió: “Esa decisión no la puede tomar usted, el aborto sólo es permitido en casos de violación o en lo que llamamos casos de no vida, que cubre a mujeres que sufren la muerte del feto, de manera que nuestra obligación es extraerlo; mujeres que van a morir, por lo que la subsistencia del feto se imposibilita; y finalmente, mujeres que se encuentran gestando fetos que no logran vivir fuera del vientre materno. Su bebé no cumple esas condiciones aunque tampoco sepamos las posibilidades que tiene”.

La explicación tomó un tono tan ligero y frío que sólo atiné a salir de aquel consultorio llorando de indignación. Pues nunca fueron tomados en cuenta ni mis argumentos, ni la dificultad de la situación y peor aún, mi derecho y soberanía sobre mi cuerpo.

(...)

### **2.1.1. Colombia**

Hablando específicamente del caso colombiano, la situación frente al aborto no es más alentadora. Según la investigación “*Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia*” (Prada E. et al, 2011), realizada por el Instituto Guttmacher, se estima que en el país anualmente se realizan 400.412 abortos inducidos. Lo que, en otras palabras, significa que cada año una de cada 26 colombianas en edad reproductiva se practica una interrupción del embarazo. A su vez, se estima que el total anual de mujeres que sufren complicaciones debido al aborto inducido practicado en condiciones clandestinas y riesgosas es de 132.000. De ellas, solo un aproximado de 93.336 ha recibido tratamiento en IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios), es decir todos los centros, clínicas y hospitales donde se prestan servicios médicos, ya sean de urgencia o de consulta.

Y es que, según el mencionado estudio, en Colombia se presentan anualmente 911.897 embarazos no planeados, lo que traduce 89 por cada 1000 mujeres que se encuentran entre los 15 y los 44 años. Esta tasa es un 25% más alta que el promedio para toda América Latina y el Caribe.

La historia colombiana ha estado dominada por un pensamiento conservador y católico que ha mantenido el aborto como un acto moralmente rechazado en la esfera social y política por considerarlo un asesinato. A su vez e irónicamente, esa misma historia ha estado también marcada por la violencia, no solo en términos de guerra entre liberales y conservadores, o paramilitares, guerrillas y el Estado, sino también en términos de violencia sexual como represalia y método de tortura dentro de estas dinámicas de la

guerra, o dentro de las dinámicas de la violencia intrafamiliar. A pesar de este precedente, sólo hasta el año 2006, y luego de una ardua y dolorosa lucha, el aborto se aprobó bajo ciertas circunstancias.

Todo comenzó con la lucha de Martha Sulay González, una joven pereirana a quien se le descubrió cáncer de cuello uterino durante la gestación y se le impidió tanto abortar como recibir tratamiento por proteger la vida del feto, lo que terminó trágicamente en la muerte de la mujer. Sin embargo, en medio de su dolor y con el tiempo que le quedaba de vida, Martha Sulay se dedicó a exigir los cambios legales necesarios para poder acceder al aborto inducido, todo para que, en Colombia, su caso no volviera a repetirse.

La difusión en medios de comunicación de este trágico caso y las demandas legales interpuestas por los abogados Mónica del Pilar Roa López, Pablo Jaramillo Valencia y Marcela Abadía Cubillos; Juana Dávila Sáenz y Laura Porras Santillana en contra de la inconstitucionalidad de varios artículos de la Ley del Código Penal de 2000, desembocaron en lo que podríamos llamar un gran logro para los derechos de la mujer colombiana. La sentencia de la Corte Constitucional C-355 del 10 de mayo de 2006 que legaliza el aborto inducido en Colombia en tres supuestos: malformación del feto, embarazo producto de una violación y riesgo para la vida de la madre. Lastimosamente, este logro no pudo beneficiar a Martha Sulay, cuando se aprobó la ley era demasiado tarde, la enfermedad estaba muy avanzada. Murió el 11 de junio de 2007, a los 37 años, dejando 4 hijas huérfanas de madre (Jenny, Valeria, María José y Daniela). Seis años y medio después, el 17 de diciembre de 2012 la ley de aborto en Colombia adicionó cuarta circunstancia en la que resulta lícito el aborto inducido, ahora esta práctica también es posible en todos los casos en que la de salud mental de la mujer se vea en riesgo.

Sin embargo, a pesar de que la aprobación de la ley C-355 fue un gran paso, no solo porque despenaliza el aborto en las circunstancias ya mencionadas sino también porque reconoce que las mujeres y las niñas que lo requieran, tienen derecho a solicitar al sistema público de salud que le practiquen una interrupción voluntaria del embarazo. Han sido

múltiples los obstáculos e inconvenientes<sup>2</sup> para que este derecho pueda ejercerse con plena libertad de manera oportuna y digna, uno de estos inconvenientes radica en que los profesionales de la salud, incluso entidades enteras han hecho uso de la objeción de conciencia de manera inadecuada o se valen de excusas improcedentes jurídicamente para no practicar las intervenciones.

Una de las principales barreras que impide el cabal cumplimiento del derecho al aborto en sus respectivas circunstancias es la desinformación. Para la organización Women's Link, Worldwide, veladora de los derechos de la mujer y estandarte de la defensa del género, “este problema es mucho más grave cuando la desinformación se genera desde las mismas instituciones encargadas de garantizar la protección de derechos y del Estado de Derecho, y de esta forma pone en riesgo incluso la vida de las mujeres y niñas que requieren un aborto legal, y cuando la falta de reglamentación pareciera dejar en el limbo a las mujeres y niñas que necesitan ejercer este derecho.” (Woman's Link Worldwide, 2013, p.3).

Las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) pueden ser realizadas en todas las EPS, IPS, públicas, privadas o pertenecientes a comunidades religiosas, todas deben prestar el servicio y contar con personal suficiente, capacitado y dispuesto a prestar los servicios de IVE. A su vez, existen procedimientos avalados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para realizar las IVE. En el caso de los abortos médicos, deben ser realizados mediante la administración del medicamento Mifepristona seguida de otro llamado Misoprostol. En las instituciones médicas donde no está disponible la Mifepristona, es posible hacer uso de “un régimen de dosis repetidas de Misoprostol” (Woman's Link Worldwide, 2013, p. 11), aunque este es más eficaz cuando se usa en combinación con Mifepristona. Sin embargo, hasta la fecha la distribución de Mifepristona no ha sido autorizada por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), de modo que en Colombia el único medicamento que se utiliza es el Misoprostol, debido a que fue incluido en el Plan Obligatorio de Salud (POS).

---

<sup>2</sup> Véase anexo No. 1

En cuanto a los abortos quirúrgicos, los procedimientos aprobados a seguir son: la aspiración al vacío y la dilatación y evacuación (DyE), técnicas recomendadas, según las semanas de gestación. “La OMS recomienda que la aspiración al vacío reemplace la Dilatación y Curetaje, que ha sido la técnica tradicionalmente utilizada en los servicios de salud” (Woman’s Link Worldwide, 2013, p. 11). Actualmente tanto la Aspiración al Vacío como la Dilatación y Curetaje hacen parte del POS. Sin embargo, pese a que la realización de estos procedimientos cuenta con el respaldo legal, los profesionales de la salud pueden invocar un derecho que les permite evadir la aplicación de las IVE: la objeción de conciencia, que indica que los profesionales de la salud pueden negarse a practicar el procedimiento justificando que el acto va en contra de sus convicciones personales. Para declararse en objeción de conciencia el profesional debe hacerlo de manera individual, por escrito, en donde señale los motivos de dicha objeción y debe remitir el caso a otro profesional disponible para realizar el procedimiento. “Ni las EPS, ni los hospitales y clínicas, ni todo el personal médico de forma colectiva de una institución de salud, o los profesionales de la salud que no intervengan directamente en la realización del procedimiento de IVE, pueden objetar conciencia. Tampoco pueden hacer uso de la objeción de conciencia los jueces para resolver tutelas presentadas por la negación de la IVE” (Woman’s Link Worldwide, 2013, p. 17). Asimismo, el uso de la objeción de conciencia no es posible cuando el profesional de la salud es el único en la entidad médica disponible para realizar el procedimiento.

Es importante dejar muy claro que no existe alguien que deba autorizar el aborto, en cualquiera de las circunstancias en las que una mujer o niña tiene derecho a una IVE, es ella quien debe decidir de manera libre si desea o no continuar con su embarazo. De modo que para solicitar una IVE solo es exigible un requisito legal por cada una de las circunstancias en las que es permitido el procedimiento, cualquier otra exigencia adicional a las siguientes es absolutamente ilegal:

1. En los casos de riesgo para la vida o salud (física y/o mental) de la madre: un certificado expedido por un médico o psicólogo.



2. En los casos de malformaciones del feto incompatibles con la vida: un certificado médico, expedido por un profesional de la salud.
3. En los casos de violación o incesto: copia de la denuncia penal, salvo si se trata de una menor de 14 años, casos en los que la ley presume que la niña o adolescente fue víctima de violación.

A su vez, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha indicado de manera clara y precisa las prácticas que se encuentran prohibidas dentro de la prestación del servicio de IVE, esto acorde con los derechos constitucionales que acogen a las mujeres y niñas que se encuentran dentro de alguna de las causales para el aborto legal en Colombia. Estas ejecuciones indebidas del derecho son las siguientes:

- Anteponer obstáculos, exigencias o barreras adicionales a las establecidas en la sentencia C-355 para la práctica de la IVE.
- Realizar juntas médicas, de revisión o de aprobación por auditores que ocasionan tiempos de espera injustificados para la práctica del aborto legal.
- Impedir a las niñas menores de 14 años exteriorizar libremente su consentimiento para efectuar la IVE, cuando sus padres o representantes legales no están de acuerdo con practicar el procedimiento.
- Imponer y exigir requisitos adicionales, como por ejemplo: i) dictámenes de medicina forense, ii) órdenes judiciales, iii) exámenes de salud que no son practicados de manera oportuna, y iv) autorización por parte de familiares, asesores jurídicos, auditores, médicos y pluralidad de galenos.
- Alegar objeción de conciencia colectiva que desencadene en objeciones de conciencia institucionales e infundadas.

- Adherirse, entre profesionales de la salud, a pactos, individuales o conjuntos, para negarse a practicar la IVE.
- Acogerse a formatos o plantillas de adhesión que impliquen que las entidades hospitalarias no cuenten con médicos dispuestos a prestar los servicios de IVE, sea por cuanto estos profesionales de la medicina son víctimas de discriminación en el momento en que se efectúa su vinculación laboral o por cuanto, una vez vinculados, reciben presiones para que se abstengan de practicar abortos.
- Descalificar conceptos médicos expedidos por psicólogos a quienes la Ley 1090 de 2006 les reconoce el estatus de profesionales de la salud.
- Mostrar desinterés en cumplir a cabalidad con las reglas de referencia y contrarreferencia imprescindibles para atender eventos en los que el servicio médico –en este caso la práctica de la IVE– no está disponible en el centro hospitalario al que acude la paciente.
- No disponer del servicio de IVE dentro de algunas redes públicas de prestadores del servicio de salud en los niveles departamental, distrital y municipal (Woman’s Link Worlwide, 2013, p. 27).

“Si una mujer o niña quiere practicarse una IVE, el único requisito exigible para realizarla es la presentación del certificado médico” (Woman’s Link Worlwide, 2013, p. 13). En caso de solicitar la interrupción debido a una violación la víctima debe presentar la copia de la denuncia, salvo en los casos de menores de 14 años, en donde no es exigible la denuncia penal, pues resulta implícito para la ley que ha sido víctima de una violación. Aquellos funcionarios que reciben estas denuncias penales, se encuentran en obligación de recibirlas y entregar una copia de las mismas a los denunciantes. “El avance de los trámites, la existencia de pruebas, la práctica de exámenes de medicina legal, o tener una sentencia condenatoria contra el violador, no son requisitos exigibles para acceder a una IVE. El avance en el proceso penal por violación es independiente de la prestación del servicio de IVE, que debe realizarse con la sola presentación de la denuncia” (Woman’s Link

Worldwide, 2013, p. 14). Sin embargo, si llega a probarse que la denuncia es falsa, la mujer estaría incurriendo en delito de falsa denuncia y aborto ilegal. En el caso de las malformaciones incompatibles con la vida, no existe listado alguno que establezca cuáles son las malformaciones incompatibles con la vida, de modo que en cada caso concreto el profesional de la salud debe determinar, conforme a los estándares éticos, si existe una grave malformación del feto que hará que probablemente éste no viva después del nacimiento.

Adicionalmente, la Corte Constitucional ha dictaminado que no estar afiliada a un tipo de seguro médico o no tener capacidad de pago no pueden ni deben ser impedimentos para llevar a cabo una IVE de manera legal y segura, de modo que está totalmente prohibida cualquier tipo de discriminación contra las mujeres o niñas que soliciten el procedimiento, siempre y cuando cumplan con alguna de las condiciones en las que es legal la IVE. “El aborto legal debe estar disponible para todas las mujeres que lo requieran sin importar el tipo de afiliación a la seguridad social que tengan y con independencia de su condición social, económica, edad, capacidad de pago, orientación sexual o etnia” (Woman’s Link Worldwide, 2013, p. 29).

Evidentemente, la ley en Colombia es clara en lo que al aborto legal se refiere, sin embargo, a pesar de que la legislación está, luchar contra la historia, la tradición, la ideología y la religión es muy difícil, ese es el mayor obstáculo del aborto legal en Colombia.

(...)

### ***Poder decidir***

Toqué muchas puertas en busca de soluciones, pero los médicos no querían meterse en problemas, así que, para todos, la solución más sensata era permitir el avance de mi gestación y esperar los resultados. Yo no estaba dispuesta a quedarme con esa solución que consideraba absolutamente irresponsable e inhumana, de modo que apelé a mi nacionalidad cubana y decidí irme a mi país, en donde la salud es gratuita y por tanto cubriría todos los exámenes que debía realizarme, y además, en caso de ser necesario, el aborto es legal. De manera que tendría el poder de decidir lo que tanto mi esposo como yo, consideráramos mejor para todos.

Una vez allá, me presenté en el policlínico Joaquín Albarrán, que me correspondía de acuerdo con el municipio en el que resido, para realizar todos los exámenes necesarios, con el fin de obtener lo que llaman “carné de embarazada”, un documento en el que se lleva el registro minucioso de todas las pruebas y exámenes que se le hacen a la gestante y que corresponde al documento que identifica a la misma en cualquier institución médica. Luego del trámite, me dirigí al Instituto de Genética del Hospital Ramón González Coro, en donde se me informó que debía esperar a cumplir dos semanas más de gestación, es decir, completar cuatro meses de embarazo, para poder realizar una Amniocentesis; examen que consiste en la inserción de una aguja en el abdomen para retirar una pequeña cantidad de líquido amniótico que se encuentra en el saco que rodea al bebé. Las células desprendidas que flotan en dicho líquido sirven para obtener un recuento exacto de cromosomas y para detectar cualquier estructura cromosómica anormal, esto a través del cultivo de tales células.

Los riesgos del examen eran, esencialmente, que se produjera una amenaza de aborto o un aborto espontáneo, sin embargo, aunque las posibilidades eran reducidas, me sucedió. Luego de terminada la punción me vestí y salí a encontrarme con mi

familia en la sala de espera, pero no logré llegar caminando, comencé a sentir una picadas que cada vez se hacían más agudas en la parte baja del vientre, una señora se percató de mi malestar y corrió a mi lado, sostuvo mi bolso y mandó a su acompañante a buscar a mis familiares. Me senté, descansé y sólo podía pensar en que todo emporaba, pero aún conservaba la esperanza de que mi bebé estuviera bien, de que todo fuera una falsa alarma y me aterraba la idea de que se suscitara un aborto espontáneo sin saber realmente qué sucedía con mi pequeño. Mantener viva la esperanza en medio de tantas noticias tristes y desalentadoras alimentó el espíritu protector hacia mi hijo, llevaba cuatro meses dentro de mí y el vínculo entre nosotros cada día era más entrañable, intenso, especial.

Luego de un rato, me incorporé para irme a la casa, las enfermeras dieron instrucciones precisas que incluían reposo absoluto, permanecer acostada y elevar la cama en la parte de los pies. Pensé que esas medidas sólo durarían unos pocos días mientras todo en mi cuerpo volvía a la normalidad, pero el bebé se puso en posición cefálica, preparado para nacer, los resultados tardarían dos meses, los mismo dos meses que pasé en cama, sin moverme y lidiando con una montaña rusa de sentimientos y emociones, esperanza, desesperanza, pensamientos positivos y otros negativos, la zozobra era intensa y enloquecedora. Para cuando llegó la hora de saber los resultados de la amniocentesis, ya tenía seis meses de gestación, tenía grandes decisiones por tomar, los lazos entre mi bebé y yo se habían solidificado y todo parecía una pesadilla interminable.

El veredicto fue contundente, “tu bebé padece un Síndrome de Down con una cardiopatía severa” y otra vez el mundo se detuvo. No lo quería aceptar, incluso me culpaba de que esa personita que había crecido dentro de mí estuviera enferma. Sin embargo, no tenía tiempo de lamentarme porque en ese momento el tiempo era oro, mi esposo y yo hablamos y decidimos no tenerlo, no queríamos verlo sufrir, su corazón no iba a aguantar mucho y nos resultaba cruel para él y para todos nosotros traerlo al mundo en esas condiciones.

(...)

## ***2.1.2. Países comunistas***

### ***2.1.2.1. Unión Soviética/Rusia***

Luego de la consolidación de la llamada Unión Soviética la práctica del aborto fue admitida como resultado de la legalización por parte de los bolcheviques en 1920. Una de las mayores defensoras de este derecho que, irónicamente se llamó “regulación”, fue Aleksandra Kollontai, feminista radical, defensora y difusora de la “nueva moral”. La admisión de estas “regulaciones”, que consistían en la aspiración del útero para extraer el embrión de manera menos invasiva y peligrosa, generó que la práctica del aborto fuera tan común como cualquier otro procedimiento médico de rutina. Sin embargo, el decreto que permitía la extracción del feto del útero de la madre fue abolido por Stalin en 1936, el líder se encontraba demasiado preocupado por el adecuado crecimiento poblacional de su “imperio mundial”, así consideraba el caudillo a la Unión Soviética. Luego de su muerte, el aborto volvió a ser legal y, a partir de 1955, nuevamente se posicionó como uno de los procedimientos médicos más comunes y asequibles para la población por su gratuidad.

Dada la exclusión de las “regulaciones” de las estadísticas de aborto en el país, no hay cifras exactas que nos den una idea de la cantidad de abortos realizados en la Unión Soviética, pues las autoridades del gigantesco país impidieron la publicación de esos datos. “De los estimados realizados anualmente por el personal médico que se encargaba de los abortos, se sigue que en la Unión Soviética, un país con una población casi de 290 millones, se realizaban de 6 a 7 millones de abortos cada año” (Wites, 2012). Luego de la caída de la Unión Soviética las leyes en cada país de la zona cambiaron, la mayor cantidad de abortos se concentró en el área asiática, por encontrarse en una situación bastante deprimida. Ahora, en Rusia, como en Cuba, existen eufemismos para mostrar cifras de aborto menores a las reales, es el caso del muy utilizado “modelo de tiempo límite”, lo que en hechos significa que, “el feto en las primeras etapas del embarazo se considera como parte limitada de la madre y es la madre quien decide si se realiza el aborto o no. Según la

ley rusa, durante las primeras 12 semanas del embarazo es posible realizar el aborto sin restricción alguna” (Wites, 2012).

Cuando la gestante se encuentra entre las 12 y las 22 semanas, solo se le permite realizar un aborto argumentando un motivo para esta decisión. Las razones pueden ser de índole médica como enfermedad o serio daño del feto, riesgo para la vida de la madre o puede aducirse un motivo social. “Éste último ya se había establecido en la Unión Soviética, cuando en 1987 las autoridades presentaron una lista de 13 factores sociales que justificarían realizarse un aborto. Éstos no sólo incluían la violación, el divorcio y el encarcelamiento, sino también el desempleo o malas condiciones de vivienda. Una de las principales razones que tuvieron las autoridades soviéticas para introducir esta lista fue su intento de detener los abortos ilegales” (Wites, 2012).

Actualmente, el permiso para abortar entre las 12 y las 22 semanas se redujo de 13 factores a 4, de modo que sólo le permite a la mujer que pueda demostrar que su embarazo es producto de una violación, que el padre es alguien que ha perdido sus derechos de paternidad o se encuentra en la cárcel. “El cuarto motivo social tiene que ver directamente con el padre: el aborto puede ser realizado si el padre muere o está seriamente discapacitado, lo cual le haría imposible a la madre asegurar condiciones adecuadas de vida para su hijo. El aborto, sin embargo, sigue siendo posible después de las 12 semanas anteponiendo un motivo médico” (Wites, 2012). Rusia ha llegado a un punto de difícil retorno, hoy se encuentra al borde del derrumbe demográfico, pues la permisividad de las leyes interrumpe su crecimiento poblacional.

### ***2.1.2.2. China***

A principios de los años 80, en China se implementó la política de un solo hijo, de modo que aquellas madres que quedaban en embarazo por segunda vez eran obligadas a abortar. Hoy en día, aquellas familias que quieran tener más de un hijo, deben pagar a las autoridades de planificación familiar 40.000 yenes, equivalentes a cerca de 5.000 euros. Según el demógrafo He Yafu, citado por el diario español elmundo.es “las multas para las familias que tienen hijos de más se han convertido en una importante fuente de ingresos

para las autoridades de planificación familiar” (“El Gobierno chino obliga a abortar a una mujer a los siete meses de gestación”, 2012). Lo que de acuerdo a varios medios de comunicación significa que esta entidad estatal recolecta anualmente unos 20.000 millones de yuanes, equivalentes a 2.500 millones de euros. En teoría, el gobierno chino condena el uso de la fuerza en su intento por controlar la natalidad. Sin embargo, la presión ejercida sobre los encargados de mantener este control es tal que conforman los llamados “escuadrones de aborto”, que arrastran a las madres que mantienen su embarazo en la clandestinidad y las mantienen encarceladas hasta que son sometidas al aborto.

A mediados del 2012 el mundo se escandalizó cuando se difundió en internet la foto de Feng Jianmei tumbada en una cama con su bebé de siete meses muerto a su lado. Feng, de 23 años de edad, fue emboscada el 2 de junio de 2012 por agentes policiales, quienes la golpearon, y llevaron a la fuerza a un hospital donde le aplicaron una inyección letal directamente en la cabeza del bebé, mientras ella permanecía atada a una camilla. Pocas horas después, la joven dio a luz a su bebé ya muerto y este fue colocado a su lado por los trabajadores que realizaron el procedimiento.

Deng Jiyuan, esposo de Feng y padre del bebé dijo al *Global Times* que el Gobierno del condado detuvo a su esposa y la llevó a una casa alquilada. "Estuvo a punto de suicidarse por el pánico que sentía" (“El Gobierno chino obliga a abortar a una mujer a los siete meses de gestación”, 2012), añadió Jiyuan. Después, declaró que cinco hombres la obligaron a firmar un acuerdo para consentir el aborto y tres días después le pusieron una inyección venenosa. Según el gobierno del condado de Zhenping, donde vive la familia, a la pareja se le explicó que debían tener la documentación necesaria para tener un segundo hijo, pero el matrimonio no tenía el dinero para pagar la multa y los papeles, así que convencieron a Feng de abortar voluntariamente. Sin embargo, el esposo de la joven niega esta versión: "No nos avisaron hasta unos días después de la inyección, cuando nos dijeron que debíamos pagar 40.000 yuanes antes de que terminase el plazo que habían fijado, pero no lo hicimos" (“El Gobierno chino obliga a abortar a una mujer a los siete meses de gestación”, 2012).



Para completar el dilema de los abortos forzados en China, estadísticas oficiales muestran que el 97,5% de los bebés abortados son niñas, pues ante la obligación de tener un solo hijo, los chinos prefieren que sea varón y escogen abortar voluntariamente si el feto es de sexo femenino. De modo que las autoridades crearon una nueva resolución que condena con la cárcel a aquellos que, sin tener hijos, aborten a las niñas de manera predeterminedada. “Esto no ha sido por razones morales, sino más bien por razones ‘prácticas’: en China faltan niñas” (“Ley del aborto en China”, 2006)

### **2.1.3. Cuba**

Según la publicación *Perfil sociodemográfico del aborto inducido* (1991-1992), que estudia el aborto en Cuba, las causas determinantes en el descenso de la fecundidad en el país son la utilización de métodos anticonceptivos y la práctica del aborto.

Aunque el aborto inducido no es un fenómeno reciente en Cuba, pues se han encontrado evidencias de su práctica desde la Colonia, producto del afán de las esclavas por evitar el nacimiento de hijos en condiciones de esclavitud, no existen cifras oficiales de abortos antes de 1968.

Luego de la Revolución, en 1964, se efectuó una enmienda al Código Civil en su artículo 433 para garantizar las mejores condiciones médicas a aquellas mujeres que se realizaran abortos y se retiraron las antiguas restricciones legales de su práctica, que aplicaba sólo en casos específicos. Así, las nuevas características del aborto inducido en Cuba, permitieron que entre los años 70 y 90 se redujera en un 60% las muertes maternas a causa de este proceder. Lo que no implica que la mujeres que se someten a esta práctica estén exentas de presentar complicaciones tanto a corto como a largo plazo, no solo en términos ginecológicos, sino también desde el punto de vista psicológico, de modo que las autoridades nacionales e internacionales reconocen que la elevada tasa de aborto inducido constituye un problema de salud para la mujer cubana.

Sin embargo, en Cuba no existe una legislación acerca del aborto, sino una despenalización del mismo, según la abogada Amaya Álvarez, asesora jurídica del Centro Nacional de Educación Sexual de La Habana (CENESEX), “En Cuba no existe una ley del aborto, simplemente no es penado, esto, siempre y cuando cumpla con los procedimientos sanitarios adecuados establecidos por el Ministerio de Salud Pública y la *Guías Metodológicas para la Instrumentación de Todos los Tipos de Interrupción Voluntaria del Embarazo*” (Álvarez Amaya (2014, 31 de julio), entrevistada por López, G., La Habana.

Según el estudio *Perfil sociodemográfico del aborto inducido*, anteriormente citado, “La fecundidad en Cuba ha experimentado un gran descenso a partir de los años sesenta, hasta alcanzar un nivel bajo en la actualidad. Según datos del Ministerio de Salud Pública, el número de hijos se redujo notablemente de 4.7 por mujer en 1963, a 1.5 en 1992, lo que constituye una de las tasas de fecundidad más bajas de América Latina.” Esta información nos da una idea histórica de lo que se ha desencadenado en una práctica desmesurada del aborto, hasta el punto de ser utilizado como método anticonceptivo. Sin embargo, estas cifras ya están algo lejos de nuestra actualidad.

Un estudio más reciente realizado por las doctoras Norma Isaura Doblado Donis, Idania De la Rosa Batista y Ana Junco Manrique, publicado en el volumen 36 de la Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología entre julio y septiembre de 2010, demuestra que: “La interrupción del embarazo representa un problema de salud que compromete la salud reproductiva de las adolescentes tanto desde el punto de vista biológico, psicológico, como social”. El estudio se llevó a cabo en el Hospital Gineco-obstétrico Dr. Julio Rafael Alfonso Medina de la ciudad de Matanzas, Cuba, durante el cuatrimestre septiembre-diciembre de 2009, con un universo de trabajo de 128 adolescentes que acudieron en busca de una solución al embarazo no deseado, es decir, querían practicarse un aborto. Se estudiaron variables como: edad, edad de la primera relación sexual, cantidad de compañeros sexuales, uso de anticoncepción en la primera relación sexual, escolaridad, convivencia con los padres, antecedentes familiares de embarazos en la adolescencia, vías por donde adquieren conocimientos sobre sexualidad, actitud ante el embarazo y quién decidió el aborto.

Los resultados arrojaron que el grupo de edad predominante estuvo entre 15-17 años, el 40,6 % de las adolescentes tuvo la primera relación sexual a los 15 años, el 49,2 % ya había tenido 3 ó más parejas, el 39,6 % ya se había practicado abortos, el 76,5 % no se protegió en su primera relación sexual, el 56,2 % continuaba sin protección, el 27,3 % vivía con ambos padres y en un gran porcentaje el embarazo adolescente se había repetido en algún familiar. Según lo cual se concluyó que “el inicio precoz de las relaciones sexuales, el no uso de anticoncepción, la promiscuidad, la presencia de familiares con embarazos en adolescencia, los hogares monoparentales, y la presión ejercida por la familia en la toma de decisión con relación al aborto tuvieron mayor representación estadística en el estudio.”

Como se mencionó anteriormente, la práctica del aborto en Cuba está despenalizada desde 1965 y hasta las diez semanas de embarazo no hay obligación alguna de justificar la decisión. Sin embargo, a partir de 1988 se comenzó a utilizar un tipo de aborto permitido solo dentro de las seis primeras semanas de gestación bajo el eufemismo de "regulación menstrual", la técnica consiste en la aspiración del útero para extraer el embrión de manera menos invasiva y peligrosa, algo muy similar a lo implementado en los años 20's en la Unión Soviética. Las autoridades cubanas decidieron que dicha "regulación" no fuera considerada en la tasa anual de abortos, algunos arguyen a que hasta las seis semanas lo que la mujer lleva en el vientre no es considerado como vida. En consecuencia, no hay cifras que dimensionen esta práctica agresiva de planificación.

De acuerdo con el estudio *Perfil sociodemográfico del aborto inducido* “En 1970 se realizaron en ese país (Cuba) 36.1 abortos por cada 1 000 mujeres en edad fértil; en 1989 fueron 46.8. A partir de ese año aparece una tendencia hacia la disminución, en cifras tanto absolutas como relativas, pero estos datos presentan un cierto sesgo al no incluir las aspiraciones endouterinas para regular la menstruación, realizadas desde 1988. Según algunos estudios, se considera que más de 70% de esas aspiraciones corresponden a abortos inducidos, lo cual indica que, en realidad, el aborto ha continuado en niveles altos y que un número considerable de mujeres recurren a esta práctica para regular su fecundidad.”

Así, a pesar de que en la televisión cubana y en los distintos medios de comunicación se han desplegado intensas campañas que promueven la educación sexual y el uso de métodos anticonceptivos, sobre todo la utilización del condón, no sólo para prevenir un embarazo no deseado, sino para evitar el contagio de distintas enfermedades de transmisión sexual y, a pesar de que en las tiendas y hasta en las cafeterías se venden condones a precios sumamente cómodos, los jóvenes, en muchos casos, se rehúsan a usarlo.

(...)

### ***El final interminable***

Así, el 9 de abril del 2013 y luego de nuevas valoraciones médicas, entré al *Hospital Materno-Infantil Hijas de Galicia*; podría decir que esa fue la mañana más triste y aterradora de toda mi vida. La enfermera que me acompañó lo hizo con un amor y una entrega que aún le agradezco, su compañía fue el único apoyo moral con el que conté en aquella habitación, pues ningún familiar podía entrar. Me indujeron el parto con pastillas intra-vaginales. Luego de 38 horas de fuertes dolores, el parto había terminado, más no la pesadilla.

Ya en mi casa y pasados tres o cuatro días del parto, comencé a tener fiebre, al principio se pensó que podía tener que ver con la depresión por la ausencia del bebé, pero la ecografía que me realizaron arrojó que un coágulo de sangre se había pegado a la herida placentaria y estaba causando una infección interna. A lo que inmediatamente los médicos respondieron con una dosis, de Rocephin inyectado, durante cinco días, un antibiótico de cuarta generación con amplio espectro de actividad y duración prolongada. La inyección era muy dolorosa, pero eso no era comparable con el desconsuelo emocional que sentía; en aquel momento atravesaba por todos los procesos físicos y emocionales propios de una mujer que recién ha dado a luz, estaba triste, deprimida, mi cuerpo aún estaba hinchado y mis senos producían calostro; pero no había recompensa, mi bebé no estaba, su ausencia era desgarradora. Entonces, aquellas inyecciones solo eran un ingrediente más de la tortura, el intenso dolor físico que me producían ya casi lo he olvidado, en cambio, la congoja del corazón no. El cuerpo es

fuerte y se repone con prontitud, sus heridas cicatrizan, pero las del alma nunca terminan de sanar, su pena solo se adormece.

### **3. Panorámica social y médica en Cuba**

El caso de Cuba dista mucho de la mayoría de países latinoamericanos, pues las mujeres que desean dar término a su embarazo pueden hacerlo sin ningún tipo de impedimento o costo. Sin embargo, el aborto desmesurado representa un problema para el país que hoy sufre un serio declive demográfico, pues a las altas cifras de aborto, se suma el éxodo masivo de jóvenes en edad fértil, que, en la mayoría de casos, dejan el país con miras a mejores oportunidades, y prefieren reproducirse en otros territorios del mundo en vista de la difícil situación económica que vive el país caribeño.

Según el estudio *Abortion and Infanticide in Cuba*, realizado por el Population Research Institute, hoy en día el 69% de la población cubana es mayor de 17 años de edad y el 10% tiene más de 60 años. De modo que de continuar con esta situación para el año 2025 una gran parte de la población estará en edad de retiro. Y según el mismo instituto, la tasa de fecundidad completa (número total de hijos que las mujeres dan a luz durante su vida reproductiva) es de 1,9. Lo que significa que Cuba es el país con la tasa de fecundidad más baja de América Latina y no precisamente por falta de mujeres que queden en embarazo, sino porque pocas deciden llevarlo a término.

La escasez de anticonceptivos en el país no constituye una causa para la alta tasa de abortos. Al contrario, en un país en el que abundan las carencias debido de su situación política y económica; donde la aspirina es expendida por cuotas y otros medicamentos son controlados mediante recetas médicas, los únicos productos que se dan de forma gratuita y sin control en las farmacias son los condones y las píldoras anticonceptivas. Los

Dispositivos Intrauterinos (DIU) se insertan sin costo ni condiciones en los centros de salud. Otro tipo de métodos para eludir los embarazos no deseados son, por ejemplo, el Norplant, una hormona de acción prolongada que se inserta debajo de la piel y evita la concepción durante cinco años, o el Depo-Provera una hormona inyectable, que también se administra gratuitamente en cualquier oficina de la Sociedad Científica Cubana Para el Desarrollo de la Familia (SOCUDEF). Adicionalmente, las esterilizaciones quirúrgicas también se llevan a cabo sin ningún costo, aunque es importante aclarar que este tipo de procedimientos solo es permitido realizarlo en mujeres de 30 años en adelante que tienen dos hijos vivos, con el fin de fomentar la natalidad en el país. Es claro que los anticonceptivos en Cuba no faltan.

De modo que queda la pregunta ¿es entonces la causal de la normalización del aborto como método anticonceptivo, el alto número de embarazos no deseados? Según el artículo *Cuban Teenagers Overuse Abortion as Birth Control*, realizado por la agencia de noticias Inter Press Service (IPS) y publicado el 6 de septiembre de 2013, las cifras de interrupciones inducidas son preocupantes. La cantidad de adolescentes que interrumpen su embarazo es tres veces más alta que el número de las que finalmente tienen a su bebé. De hecho, muchas embarazadas que se encuentran entre los 15 y los 19 años ya han tenido uno o más abortos. Para el Doctor Jorge Peláez, vicepresidente de la Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología, el hecho de que el 76 % de las adolescentes embarazadas decidan abortar "es un problema de salud pública". El aborto "aparentemente evita uno de los problemas, pero crea muchos otros. Nunca va a ser la solución al embarazo en la adolescencia ", dijo Peláez a IPS.

En Cuba, una de las principales dificultades para reducir el aborto desmesurado radica en la creciente tasa de embarazos precoces. En 2006, por cada 1.000 mujeres que se encontraban entre los 15 y los 19 años, 45 dieron a luz. En 2012 la tasa aumentó a casi 54 de cada 1.000. Aun así, comparado con las adolescentes que optan por el aborto, la cifra de las que deciden llevar a término su embarazo es mínima. Y es que, con el tiempo, los abortos se han convertido en un medio de regulación de la fecundidad personal. El doctor Peláez asegura que "este es un problema que es reconocido por las autoridades, y es

extremadamente complejo de resolver". En julio del 2013, el Comité de las Naciones Unidas para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) expresó su preocupación por la "alta tasa de aborto, especialmente entre las niñas tan jóvenes como de 12 años de edad en Cuba", e instó a "aumentar el acceso, así como el uso de métodos eficaces y de alta calidad de anticoncepción para la reducción de la práctica del aborto como método de planificación familiar".

Un estudio de 22 adolescentes embarazadas en el municipio capitalino de Diez de Octubre, publicado en 2013 por la Universidad de La Habana, encontró que ocho de ellas habían tenido uno o dos abortos anteriores. Otro estudio paralelo, realizado en el municipio de Playa en la misma ciudad, encontró un resultado similar, en nueve de las 24 adolescentes estudiadas. Los datos traducen que aproximadamente el 36.3% de las adolescentes en estado de embarazo que habitan los mencionados municipios de la capital cubana han tenido experiencias abortivas anteriores a la gestación en curso.

El artículo *El aborto en adolescentes en un contexto legal*, publicado en el volumen 39 de la Revista Cubana de Salud Pública en el año 2012 y realizado por las doctoras Luisa Álvarez y Nelli Salomón, aporta información importante a la presente investigación, pues afirma que en el año 2012 la fecundidad continuó su declive, lo que implica que el aborto también mantuvo niveles elevados, especialmente en la región oriental y central de Cuba. Así, el año pasado la cantidad de abortos con medicamentos aumentó a 34 % del total y a 44 % en adolescentes. Según las doctoras Álvarez y Salomón "Se están haciendo esfuerzos para reducir la práctica (del aborto) y aumentar el uso de anticonceptivos, pero es necesario ahondar en profundidad sobre las opiniones de las mujeres y sus parejas con el fin de cambiar las actitudes, para lograr una mayor participación de ambos miembros de la pareja en su relación y mejorar la salud sexual y reproductiva".

Pese a la paradoja que representa, es imposible dejar de lado no solo la gratuidad de los servicios médicos, sino la calidad profesional con la que son tratadas las mujeres y adolescentes que buscan la interrupción del embarazo. Por eso la tasa de mortalidad materna ha sido inversamente proporcional al número de abortos desde el siglo XX. Así, en



2012 el deceso materno decreció en un 29 % con respecto a la tasa del año 2010. Las complicaciones relacionadas con el puerperio (etapa inmediatamente siguiente al parto o a la expulsión del feto), el embarazo ectópico (por fuera del útero), la hemorragia y los trastornos hipertensivos explicaron el 74% de la mortalidad materna directa y el 51% de la mortalidad materna total actual.

Otro aspecto importante para las doctoras Álvarez y Salomón, es que el problema del aborto de la adolescente es tratado entre la afectada y su madre y es bien sabido que esta última, generalmente, tendrá la última palabra a la hora de decidir si continuar o interrumpir el embarazo no deseado. Por su parte, los padres de los bebés, en general, no sienten que tienen una importante participación en la toma de decisiones, y no se sienten responsables de los abortos de sus parejas. El machismo es un factor de vital importancia en este tema, pues aunque los hombres en su mayoría se desentienden de las decisiones que tomen tanto la madre como la abuela de la criatura, irónicamente, en muchas ocasiones, son ellos los que se resisten a usar el condón bien sea por asuntos de creencia, de placer o de ego. Así que, para estas especialistas, es necesario empezar por una perspectiva de género, no es productivo limitarse a la mujer para prevenir el embarazo precoz y el aborto, cuando es un asunto que concierne a los dos sexos.

Las mujeres jóvenes, por su parte, están más preocupadas por el estigma social que por las consecuencias para la salud que puedan sufrir. Al parecer, no toman muy en cuenta las consecuencias futuras que puede traer el uso recurrente del aborto como método para evadir la maternidad temprana. Al respecto, el doctor Jorge Peláez insiste en que el aborto debe ser visto como un asunto tan serio como la maternidad entre las adolescentes. "Tenemos que encontrar formas más eficaces de sensibilización de las familias, los maestros y los jóvenes acerca de los riesgos", que se mantienen altos aun cuando los abortos son llevados a cabo por especialistas en condiciones de seguridad, "puede causar infertilidad, entre otros riesgos", dijo el profesional de la salud a la agencia de noticias IPS. "La sociedad, en especial los medios de comunicación, deben mostrar estos peligros, sin demonizar la práctica", y es que el objetivo no es atemorizar, sino hacer conciencia sobre las consecuencias.

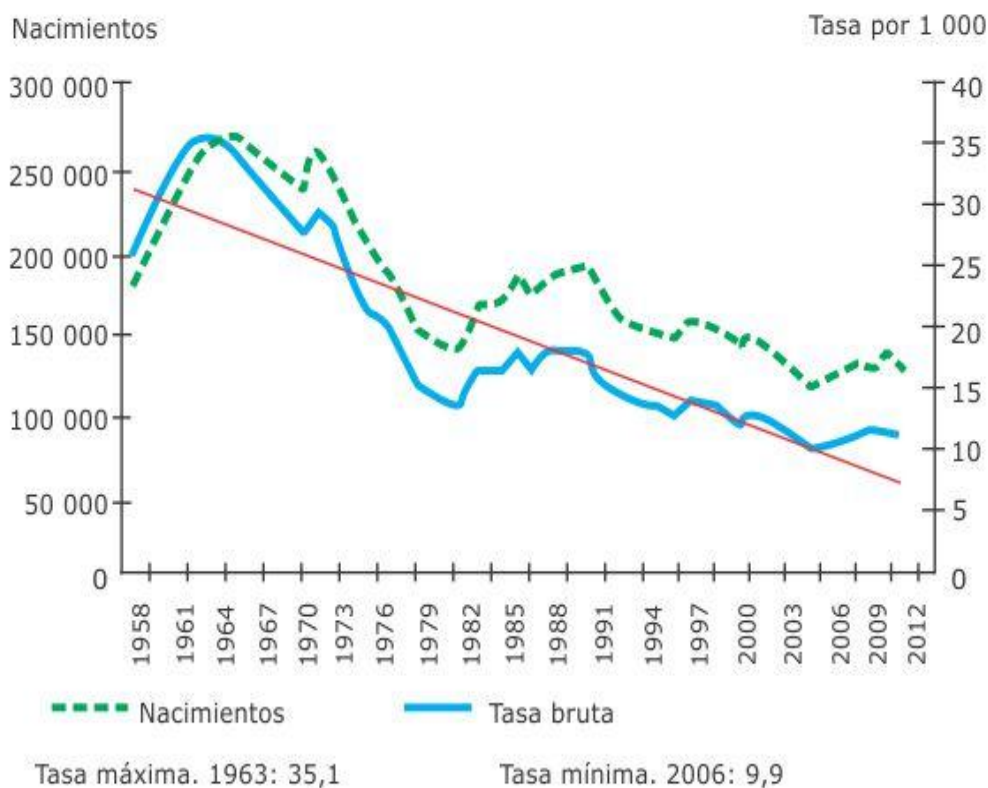
La doctora Celia Hernández, especialista en ginecología lleva 15 años practicando regulaciones menstruales en La Habana. Según ella, “hay períodos de explosión demográfica en los meses de julio y agosto donde las mujeres en tiempo de vacaciones se excitan y hemos podido llegar hasta a diez regulaciones en el día” (“Entrevista sobre el aborto a Dra. Celia Hernández”, 2011), esto en un solo centro médico. Según la doctora Hernández, lo normal es que haya entre cuatro y cinco regulaciones diarias en un hospital y, al ingresar la paciente, lo primero que se le indica es una serie de análisis clínicos, fundamentalmente de hemoglobina, de sangre y exudados vaginales (estudio de los fluidos vaginales). A esas pacientes, según los resultados de los exámenes realizados anteriormente, se les pone tratamiento y se les da cita para hacer el procedimiento.

La seguridad, facilidad y confianza que ofrece este común método de interrupción del embarazo, permite que se haya convertido en una costumbre su práctica, hasta el punto de ser utilizado como cualquier otro método de planificación familiar. “La juventud ha cogido el método de regulación menstrual como si fuera un método anticonceptivo, es más sencillo para ellos, no les cuesta nada, no tienen que hacer ningún trámite que se demore y es para ellas la vía más rápida para resolver su problema, que es realmente en lo que piensan, en resolver su problema, no están pensando en si se pueden enfermar” (“Entrevista sobre el aborto a Dra. Celia Hernández”, 2011), afirma la ginecóloga.

De acuerdo con la doctora Hernández, la regulación menstrual es un método muy sencillo que no necesita anestesia y se trata por todos los medios de que sea un procedimiento que cause la menor cantidad de problemas posibles en el cuerpo de la mujer. Según esta profesional en el campo, la paciente llega al consultorio con la idea clara de que quiere hacerse la regulación, no da lugar a las dudas, más si son muchachas de menos de 20 años, pues en general consideran que todavía no están capacitadas para tener un hijo.

Esta profesional de la salud está convencida de que en Cuba existe una amplia divulgación de los distintos métodos anticonceptivos y del uso responsable del condón para la prevención de enfermedades de transmisión sexual, mediante los medios de

comunicación. Sin embargo, cree que el cubano tiene muy poca cultura respecto al uso de anticonceptivos y la gran mayoría, a pesar de la existencia de la enfermedad que más ha golpeado a la humanidad desde el siglo pasado, VIH Sida, se niega a utilizar el condón. Para la muestra, un botón, solo entre enero y agosto de 2014, el Policlínico Marcio Manduley, del municipio capitalino de Centro Habana, registró un total de 1937 procedimientos de regulación menstrual, de los cuales 17 correspondieron a niñas entre los 12 y los 14 años; 229 a jóvenes entre los 15 y 18 años; 94 a mujeres de 19 años; 1.304 a mujeres entre los 20 y 34 años, y 293 entre los 35 y 49 años.

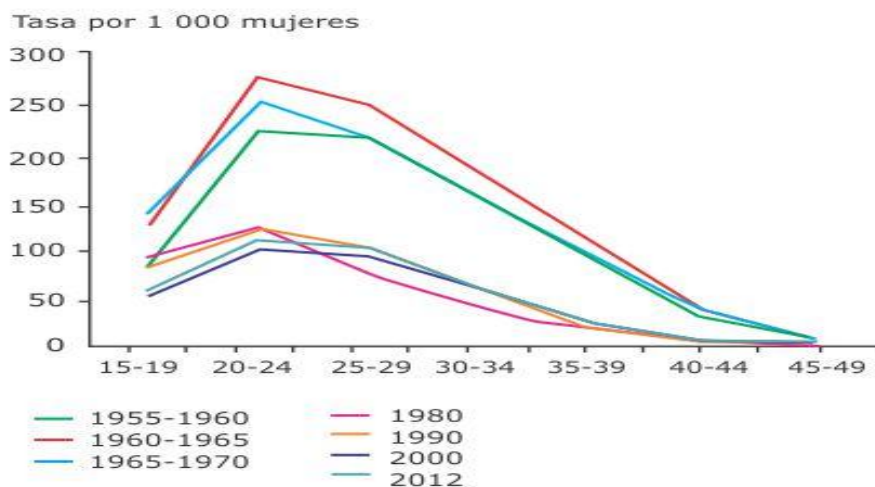


Fuente: Anuarios demográficos de Cuba, 2010-2011.

**Fig. 3.** Nacimientos y tasa de natalidad. Cuba, 1958-2012.

Actualmente se está implementando el uso de otro método de interrupción temprana del embarazo, el Misoprostol, cuyos costos también asume el estado y para el cual tampoco es necesario justificar la decisión. Este método está teniendo cada vez más acogida en el

país, puede realizarse hasta las doce semanas de gestación y consiste en la inserción en de 8 pastillas del mencionado medicamento abortivo en las trompas, en la primera dosis se introducen 4 comprimidos, dos por cada trompa; esta es aplicada por el ginecólogo y la segunda, debe insertarla la paciente es su casa, luego de seis horas de la primera dosis. Según el ginecólogo Silvio Ortega, quien lleva 22 años trabajando en el Hospital Materno-Infantil Hijas de Galicia, este método es más impresionante e incómodo que la regulación menstrual. La idea es que las muchachas, al tener que introducir la segunda dosis ellas mismas, sientan que se les dificulta un poco más y dejen de acudir a los métodos de interrupción del embarazo como una opción sencilla de planificación familiar, cuando esa no es la función de estos procedimientos. Según el doctor Ortega, “a pesar de que las muchachas y sus parejas conocen los métodos de anticoncepción, acuden reiteradamente a las consultas de interrupción voluntaria del embarazo y siempre encuentran alguna excusa para no utilizar los métodos anticonceptivos que se les facilitan de manera gratuita”.



Fuente: Anuarios demográficos de Cuba y Anuario Estadístico de Salud. Cuba 2012.

**Fig. 4.** Curvas de tasas de fecundidad por edad de la madre. Cuba, quinquenios y años seleccionados del período 1955-2012.

### ***3.1. El aborto, la iglesia y las condiciones religiosas del país***

Los motivos espirituales y religiosos siguen constituyendo una razón poderosa para que el aborto sea o no considerado un acto vetado y o un tabú social y Cuba no es la excepción; la fe popular tiene un gran peso sobre la idiosincrasia del país y constituye una categoría de análisis dentro del aborto como una práctica generalizada y desmesurada.

Cuba no es un país profundamente católico, nunca lo ha sido, a diferencia de muchos de los países latinoamericanos acreedores de una ferviente fe y pasión católica que les imprime una conciencia muy conservadora y una moral radical que dicta parámetros contrarios a temas como el que aquí tratamos, sin valorar los puntos medios y los matices. De modo que, hablando del aborto, una visión liberada en el sentido religioso permite que la aceptación y la normalización en cuanto a su proceder resulten más sencillas de comprender en el país antillano.

Según Monseñor Antonio Rodríguez, rector del Seminario San Carlos y San Ambrosio de la ciudad de La Habana, “en Cuba el catolicismo nunca fue un catolicismo profundo, eso explicaría nuestra diferencia en la manera de sentir y expresar la religión católica, el catolicismo en Cuba siempre fue práctico, siempre fue de las minorías” (“Entrevista sobre el aborto en Cuba”, 2011). Sin embargo, las cifras legales afirman que el 98% de la población se profesaba católica; luego de la segunda mitad del siglo XIX, en el país hay un decaimiento de la fe popular, apenas la población masculina acudía a la iglesia, y es en esta misma época cuando un obispo recién llegado a La Habana expresa en una de sus cartas “por defender el alma del negocio, dejan de defender los habaneros el negocio del alma” (“Entrevista sobre el aborto en Cuba”, 2011), afirma el clérigo.

Todo esto se refiere a la fiebre mercantil que se vivía en Cuba en aquella época postcolonial, mientras muchos de los países latinoamericanos dedicaban sus domingos al mercado, el descanso y a la religiosidad, asistiendo sin falta a la misa dominical, en Cuba todos los establecimientos comerciales abrían en este día sagrado para el catolicismo, así, aunque Dios descansó el domingo cuando vio terminada su creación, el cubano trabajaba y comerciaba como cualquier otro día de la semana. Según monseñor, “Se pudiera pensar que al finalizar la dominación española éramos más católicos, pero no, éramos menos católicos

[...] Cuba era una país utilitario, lo dice Félix Varela, en lo que creen es en las cajas de azúcar y los sacos de café” (“Entrevista sobre el aborto en Cuba”, 2011). De modo que es imposible hablar de una tradición católica en el país y mucho menos de una amplia influencia de las ideas de esta religión en la idiosincrasia cubana. Para monseñor, quienes comienzan a frecuentar la iglesia en la década de los 90 del siglo XX y en la primera década del XXI “vienen con una mentalidad antinatalista porque eso es lo normal, es lo habitual, así se han criado, es lo que han visto en sus casas, han visto quizás a sus madres” (“Entrevista sobre el aborto en Cuba”, 2011). De modo que la iglesia intenta evangelizar incluso a aquellos que frecuentan el santuario, pues a pesar de pertenecer a la religión católica, la idea del aborto se sale del sentir y el pensar religioso, es un asunto aparte, “muchos de ellos por ósmosis del ambiente tienen una mentalidad antinatalista” (“Entrevista sobre el aborto en Cuba”, 2011). Así, para monseñor resulta un reto catequizar en esa materia incluso a la población católica.

El pensamiento liberado cubano no se inscribe solamente dentro del marco de la revolución, se remonta a la Colonia, de modo que la revolución y la instauración del sistema socialista sólo lo aumentaron y reafirmaron. Por su parte, la iglesia sabe que la lucha contra el aborto en Cuba es de unos pocos contra muchos, pues la práctica de este procedimiento invasivo es generalizada y socialmente aceptada, ya que, además, tiene en su haber una larga historia. Según monseñor, “no podemos ver el aborto como un fenómeno exclusivamente posrevolucionario, ya desde antes de la revolución, dada la influencia de la cultura norteamericana, que es una influencia de corte pragmático, empezaron a llegar ideas de corte antinatalista” (“Entrevista sobre el aborto en Cuba”, 2011). El religioso afirma que para el año 1936, se aprueban las primeras causales para el aborto en Cuba, por ejemplo, la intervención era permitida cuando el embarazo era producto de una violación o cuando la salud de la madre se veía comprometida, sin embargo, en aquella época, las cubanas, como muchas latinoamericanas en la actualidad, acudían a la ilegalidad para practicarse abortos. “Existían en casi todos los pueblos de Cuba y mucho más aquí en La Habana, cirujanos llamados aborteros o abortistas, que hacían abortos de manera clandestina, yo recuerdo que el vecino mío hacía abortos” (“Entrevista sobre el aborto en Cuba”, 2011). De modo que

para esta autoridad religiosa, antes de la revolución en Cuba había una conciencia del derecho a abortar.

Irónicamente y contrario a lo que muchos pensarían, luego del primero de enero de 1959 hubo un primer momento en el que la legislación acerca del aborto fue mucho más restrictiva e incluso se aplicaron medidas estrictas contra los cirujanos abortistas, aunque las causales de la ley de 1936 permanecían. “Es en el año 1965 cuando se despenaliza el aborto, no existe una ley de aborto, pero sí existe una despenalización” (“Entrevista sobre el aborto en Cuba”, 2011), afirma monseñor. Así, para nadie es un secreto que en todas las clínicas y hospitales preparados para ello se practican diariamente esta clase de procedimientos; estas facilidades hacen que para el cubano de hoy abortar sea considerado como un acto absolutamente natural y como un método fácil y seguro para evitar tener hijos no deseados. Para monseñor, hoy en Cuba “indiscutiblemente vivimos una cultura antinatalista” (“Entrevista sobre el aborto en Cuba”, 2011). En su opinión, una de las principales razones por las que se acude al aborto y al control de natalidad “es precisamente de tipo sociológico, concretamente la escasez de vivienda en estos años y la insuficiencia de los salarios a partir del año de 1989, cuando comenzó el llamado Período Especial<sup>3</sup>” (“Entrevista sobre el aborto en Cuba”, 2011). Y es precisamente en 1989, cuando se acuña el eufemismo de “regulación menstrual” a los procedimientos de aspiración uterina para extraer el embrión dentro de las primeras seis semanas de gestación. Las autoridades decidieron que estas aspiraciones no contaban dentro de la tasa de abortos y por tanto no son consideradas como tal.

Las regulaciones menstruales coinciden con un descenso en el nivel de vida y la capacidad adquisitiva de los cubanos en el Período especial, resultado del colapso de la Unión Soviética y el recrudecimiento del bloqueo norteamericano; lo que constituyó una

---

<sup>3</sup>El período especial en tiempos de paz en Cuba fue un largo período de crisis económica que comenzó como resultado del colapso de la Unión Soviética en 1991, así como por el recrudecimiento del embargo norteamericano impuesto a la isla desde 1960 y consolidado como ley en 1992. La depresión económica que supuso el Período Especial fue especialmente severa a comienzos y mediados de la década de los 90, el PIB se contrajo un 36% en el período entre 1990 y 1993. Este período transformó la sociedad cubana y su economía, lo que llevó a que la isla hiciera reformas urgentes en la agricultura, produjo una disminución en el uso de automóviles, obligó a reacondicionamientos en la industria, la salud y al racionamiento de productos de subsidio estatal.

razón de peso para que en el país no hubiera un aumento en los índices de natalidad y para que a partir del 89 se haya recurrido a un eufemismo para permitir el aumento en el número de abortos sin que esto se convirtiera en un escándalo mundial, en cambio sí matizó a la baja el gasto social general.

### ***3.1.1 Sacarse una muela***

La doctora Concepción Morales, integrante de Provida, un movimiento de la iglesia católica cubana que, dentro del código de derechos canónicos, es privado y tiene como fin máximo defender la vida desde el momento de la concepción hasta la muerte natural, afirma que “la población está bajando, nos estamos envejeciendo, cada vez somos menos cubanos, desde el año 2001 hacia acá la población ha ido baja, baja, baja y eso desde el punto de vista social y económico va a traer consecuencias muy negativas” (“El aborto en Cuba entrevista a Provida”,2011). Para la doctora Morales el aborto en Cuba es algo muy frecuente “es más fácil abortar que sacarse una muela, nada más hay que llegar y solicitarlo por la técnica que corresponda al tiempo de gestación o por la técnica preferida por la mujer” (ibid). Según Morales, el término “regulación menstrual” es solamente un nombre elegante para un aborto que se realiza en edad temprana de la gestación por medio de la aspiración uterina.

Esta doctora activista de Provida, afirma que a pesar de la acogida y aceptación que tiene el aborto dentro de la población cubana, el movimiento intenta educar a la gente, pues en el país se ha perdido la conciencia sobre la vida que se gesta en el vientre, ya que en las etapas tempranas no es considerada como tal. “Toda la población está a favor del aborto y nosotros tratamos de educar, de enseñar en qué momento comienza la vida humana, de enseñar todos los daños que trae el aborto, no solo a la criatura que no nace, sino también a la familia, a la mujer, que se daña mucho con el aborto y a la sociedad pues en estos momentos tenemos una natalidad bajísima gracias a la gran cantidad de abortos que se hacen en el país” (ibid).



Según el Minsap (Ministerio de Salud Pública de Cuba), en el año 2009 se realizaron 84.687 abortos, lo que equivale a 26 por cada 1000 mujeres en edad fértil, obviamente estas cifras no consideran el número de regulaciones menstruales realizadas ese año, que implican un número extremadamente alto.

### ***3.2. Entre la doble moral colombiana y la permisividad cubana***

#### ***3.2.1. Cuba, la oveja descarriada***

La gran mayoría de países latinoamericanos fuimos conquistados no sólo por la cultura europea, sino por su religión. El catolicismo se impuso de manera brutal y salvaje y convirtió a los nativos en acreedores de lenguas, culturas, modos de vida y hasta espiritualidades ajenas. Así, en teoría, somos parte de un gran rebaño de feligreses que, queriéndolo o no, asumió la fe católica con irremediable fervor; fe que ha sacado a la luz, en determinadas ocasiones, odios viscerales y amores apasionados. Sin embargo, a pesar de haber contado con una de las más largas ocupaciones españolas de esta parte del continente, Cuba no fue precisamente el más devoto de los países, de hecho, diría que fue más bien la hija rebelde de la iglesia.

La isla es la nota discordante entre esta aglomeración de países latinoamericanos unidos por una misma y ferviente fe católica, la historia cubana ha sido bastante particular y sus acontecimientos han fomentado el desapego a esa religión, para Monseñor Ramón Suárez Polcari, Canciller de la Arquidiócesis de La Habana, la experiencia política de la Revolución cubana como hecho histórico aún vigente, fue uno de esos tropiezos con los que se encontró el catolicismo en el camino de su misión evangelizadora reciente, para él, el impuesto por la Revolución de Fidel Castro “es un sistema que fue mucho tiempo reacio a la religión e hizo mucho para quitarla, de manera tal que hemos pasado 50 años sin una propaganda religiosa suficiente”, según Monseñor Suárez, los obstáculos impuestos por la revolución impidieron que las enseñanzas católicas llegaran a los hogares cubanos, el espíritu revolucionario penetró, tuvo amplia acogida sobre todo en los sectores populares y

alejó a los feligreses de la iglesia. Sin embargo, esta autoridad eclesiástica no deja de reconocer que el asunto de la Revolución, sólo fue un ingrediente más en la disminución del fervor de los cubanos, pues concuerda en que el proceso viene desde finales de la colonia. El pueblo en aquel momento ya se encontraba acostumbrado a la prédica de los clérigos criollos, sin embargo, la corona comenzó a enviar curas españoles para fortalecer el proceso evangelizador, lo que generó rechazo popular. Luego “con la consolidación de la República todo empeoró, los gobiernos y los grupos que formaban parte de sectores importantes de la sociedad, generalmente eran agnósticos o eran masones, así que todo se fue dificultando mucho para la iglesia”, expresó. Monseñor Suárez asegura que la raíz de este alejamiento de la iglesia hay que buscarla en el siglo XIX, sobre todo en el tratamiento que se le dio al esclavo, para él, la iglesia abandonó a este sector poblacional, pues las jornadas de plantación eran demasiado largas y el tiempo de evangelización reducido.

De modo que, aunque actualmente la iglesia católica estima que un 60% de la población cubana se acoge a la religión, es imposible hablar de una tradición católica en el país y mucho menos de una amplia influencia de las ideas de esta religión en la idiosincrasia cubana, incluso aquellos que se proclaman seguidores de la religión se encuentran envueltos dentro de las dinámicas sociales del país, que no son precisamente las más conservadoras, lo que pone a la iglesia en el doble trabajo de captar feligreses y evangelizar a los que acoge en su seno. Este desapego religioso ha permitido al cubano un pensamiento bastante liberado y práctico en el que las decisiones que competen a su vida cotidiana no están mediadas por el sentir religioso. Nereida Pérez Man, licenciada en Tecnología de la Salud de 34 años, se ha practicado cinco procedimientos abortivos y considera que la religión no constituye un elemento determinante al evaluar la posibilidad de interrumpir de manera prematura el embarazo, “aquí es muy poca la gente religiosa, yo diría que la religión aquí no influye mucho en las costumbres de la gente”, afirmó Pérez.

A diferencia de Colombia, en Cuba los rituales católicos como la sagrada asistencia a la misa dominical, no están ampliamente implantados dentro de las tradiciones sociales y culturales de la población y mucho menos, pasan por el filtro del juicio popular, “el

catolicismo en el país es superficial, la gente acude al bautismo por convención popular, pero la asistencia a misa es mínima”, dijo Monseñor Suárez.

Cuba cuenta con otra gran e importante diferencia: el sincretismo cultural y religioso ha constituido la identidad del cubano. Así, las religiones de origen africano han dejado una huella indeleble en el sentir religioso y cultural del país, otro punto que pone en desventaja a la iglesia católica. “La santería aparece como el resultado cubano de la integración y continuidad cultural de elementos étnicos y religiosos de los participantes africanos y españoles, ocurrido en el proceso de definición de la nacionalidad cubana. En la santería sobreviven cultos a los orishas o divinidades de origen africano, principalmente yoruba, bajo el culto a las imágenes de santos católicos” (Linares, 1993). Según algunas de las fuentes que se presentan en el informe titulado International Religious Freedom Report 2009: Cuba, realizado por el Departamento de Estado de los Estados Unidos, el 80% de la población cubana consulta con los practicantes de religiones que tienen sus raíces en África occidental, como la Yoruba, cabe aclarar que dentro de esta estadística se incluyen también algunos feligreses que transitan entre ambas religiones.

Todo lo anterior sin contar con la amplia intervención de Estados Unidos sobre la isla en las épocas previas a la Revolución, donde el país recibía la visita de narcotraficantes, delincuentes, personajes liberados que acudían a la isla con el fin de divertirse sin restricciones, e incluso políticos que buscaban relajarse lejos del ojo público, situación que fomentó aún más el pensamiento liberal cubano. Así pues, no cabe duda de que la situación religiosa del país antillano dista ampliamente de la de la mayoría de países latinoamericanos y de que todo lo anteriormente mencionado ha permitido que el aborto se constituya como una práctica normalizada y natural que se lleva a cabo como cualquier otro procedimiento médico sin mayores escándalos o polémicas.

### ***3.2.2. Colombia sí va a misa los domingos***

Las diferencias religiosas entre Colombia y Cuba son abismales, diría que opuestas, podríamos comenzar con el hecho de que Colombia cimentó su historia política, social y

cultural bajo el amparo de un estado ortodoxo en el que la palabra del clero es ley, incluso sobre la de los altos mandos del país. De hecho, se permitió ampliamente que se dejara en manos de la Iglesia católica colombiana, la imposición histórica de un sistema social en el que la religión ejerce una influencia de primer orden. De manera que en Colombia podemos referirnos a un sistema global en el que no sólo las convenciones sociales, como el estado civil, la educación e incluso la salud; sino también las construcciones colectivas como la economía, la política, la cultura, la moral, el arte, en buena medida la opinión, las ciencias, etc., históricamente han contado con una amplia influencia del clero.

Así, como decreta la Constitución de 1986, Colombia es un país católico, apostólico y romano y hace honores a la expresión con la construcción de una sociedad cimentada bajo los principios del catolicismo e influenciada por la iglesia. “Este modelo, impulsado por Roma, se conoce con el nombre de catolicismo ‘integral intransigente’, que no es otra cosa que el firme propósito de edificar una sociedad cristiana según la enseñanza y bajo la conducta de la Iglesia católica. Este tipo de catolicismo es el que ha predominado en Colombia, haciendo sentir su enorme influencia a lo largo de nuestra historia, a pesar de las diversas tentativas que, desde el siglo XIX, se han hecho para contrarrestar el influjo de la Iglesia católica en nombre del ‘desarrollo’, de la ‘modernidad’ y de la ‘laicidad’” (Arias, p.69). A pesar de que la Constitución de 1986, fue remplazada por la de 1991, en el inconsciente colectivo aún permanecen los remanentes de su herencia. Podríamos decir entonces que, a diferencia de varios países de América Latina, la búsqueda de la modernidad en Colombia, mediante el intento de llevar a cabo la separación entre el Estado y la Iglesia, emprendido por el liberalismo, fue frustrado. De hecho, en un país donde los periodos de guerra han sido extensos y aún no terminan, esa lucha, en determinados periodos, sólo sirvió para generar más conflicto. Y, aunque a partir de 1991, la Constitución logró establecer la libertad de cultos, en la práctica la iglesia católica sigue teniendo injerencia sobre las decisiones y el actuar del pueblo colombiano. Y es que la hegemonía conservadora, fuerte aliada del clero, logró implantar sus ideales en el imaginario popular a través de la historia. Así, hoy en día, luego de tantos cambios y avances, las esferas sociales continúan fuertemente permeadas por la fe católica y las leyes de la iglesia.

Y aunque la ley divina ha sido utilizada de manera negativa y la doble moral es el pan nuestro de cada día, la profunda fe católica del pueblo colombiano constituye un asunto de vital importancia a la hora de hablar de un tema tan espinoso como el aborto o más bien constituye un obstáculo de proporciones mayúsculas para su aprobación. En un país donde, en ciertos sectores de provincia, las familias que no asisten a la iglesia los domingos son señaladas y rechazadas por la comunidad, donde casi en cada casa reina un espacio para la imagen del Divino niño, la de Jesús crucificado o la de la Virgen María; en un país donde quien compra carro nuevo lo lleva a ser bendecido con agua bendita o donde hasta los sicarios rezan las balas para que el tiro sea certero; en este, ‘el país del Sagrado Corazón’, mencionar o siquiera pensar en el aborto es un escándalo pecaminoso. Y es que luchar contra el imaginario conservador y contra la palabra de los jerarcas de la iglesia ha sido una tarea ardua, dura e incluso dolorosa, una guerra sin tregua en busca de un derecho individual que transgrede las creencias populares, los imaginarios religiosos y la fe inquebrantable.

En Colombia la tradición bélica es muy larga, la lista de muertos es incierta, hijos de una misma tierra se han asesinado sin tregua y la guerra interna continúa, pero la indignación que esto causa no es comparable con el escándalo que levanta el tema del aborto en el país. La muerte de un ser humano en una guerra es normal, sin embargo, la extracción prematura del feto constituye un crimen imperdonable tanto para la iglesia católica como para ciertos sectores conservadores del país.

En un documento elaborado por la Conferencia Episcopal de Colombia en octubre del 2012, la iglesia católica de Colombia expresó: “Ninguna circunstancia, por grave que parezca, puede justificar ni convertir en legal o moralmente aceptable el hecho de causar intencionalmente la muerte de un ser humano inocente” (El País, 2012). Asimismo, en el documento se expresa que el aborto no puede constituir un derecho y mucho menos uno fundamental, esto bajo el argumento de que no existe ningún tratado internacional referente a derechos humanos que reconozca dicha cualidad. Pero las restricciones eclesiásticas no se quedan ahí, el secretario de la Conferencia Episcopal, Monseñor José Daniel Falla, afirmó que la iglesia tampoco aprueba el uso de métodos de anticoncepción de emergencia, las

llamadas pastillas del día después, el Misoprostol o el Cytotec. “Cualquier método que atente contra la vida humana nunca podrá ser aprobado desde ningún punto de vista ético” (El País, 2012), dijo Monseñor.

Toda esta lucha católica en contra del aborto se basa principalmente en el quinto mandamiento que ordena a todos los hijos de Dios lo siguiente: No matarás. De manera que al ser considerado el aborto como un asesinato, este hecho va en contra de dicho mandamiento y por tanto la interrupción prematura del embarazo constituye un pecado. Respecto al aborto, en 2011, durante la Jornada Mundial de la Juventud el entonces Papa, Benedicto XVI, se refirió a los que, ‘creyéndose dioses’, desearían “decidir por sí solos qué es verdad o no, lo que es bueno o es malo, lo justo o lo injusto (...), quién es digno de vivir o puede ser sacrificado en aras de otras preferencias” (Santaeulalia, 2011). Lo que en teoría resume, entre otras cosas que nadie tiene el poder de impedir un nacimiento, sin importar las circunstancias.

Debido a la amplia influencia y poder que ejerce la iglesia católica sobre Colombia se pensó que la lucha en defensa del derecho al aborto iba a fracasar, sin embargo, para sorpresa y pesar de muchos, la batalla se ganó y en el 2006, la Corte Constitucional colombiana despenalizó el aborto en tres casos excepcionales. El golpe para la iglesia fue tal, que las protestas no se hicieron esperar y la iglesia anunció que castigaría a los magistrados que habían fallado a favor del aborto con la pena máxima que impone el dogma católico en caso de delitos graves: la excomunión. La iglesia incluso acusó a la ONU de haber presionado a dichos magistrados, el Cardenal Primado de Colombia, Pedro Rubiano Sáenz, aseguró: "los magistrados, al proferir este fallo, se dejaron presionar internacionalmente por Naciones Unidas, que son quienes han insistido a los países para que legalicen el aborto" (Caracol Radio, 2006), sin escuchar las razones que a estos organismos internacionales les asisten.

Frente a tal reacción, fue necesario que el Presidente de la Corte Constitucional en 2006, Jaime Córdoba Triviño, pidiera respeto a la iglesia católica, frente al fallo que aprobó la despenalización parcial del aborto en Colombia. Por su parte, el magistrado Jaime Araújo

Rentería expresó: "entiendan que son magistrados de una Corte, de un país laico donde hay que fallar en derecho, y es muy claro que hay una separación entre Iglesia y Estado, lo que representa que ese Estado no persigue ni protege a ninguna religión"(Caracol Radio, 2006). Pese a las opiniones del clero y de ciertos dirigentes políticos el aborto en ciertos casos ya es una ley, sin embargo, luchar contra la presión social es difícil, pues el aborto aún es visto con malos ojos, los ideales católicos y conservadores continúan rigiendo a un amplio sector de la población y forman parte de la identidad nacional, por eso Colombia va a misa los domingos y aquello que constituye un derecho legal, para muchos, no es más que un pecado.

## **4. Salud para vivir**

### ***4.1. Al alcance de todos***

Luego del triunfo de la revolución cubana, la garantía de la atención médica gratuita para toda la población, se convirtió en uno de los baluartes sociales fundamentales para el estado nacional. Así, el sistema de salud cubano, que garantiza el acceso universal a servicios de salud, se financia casi exclusivamente con recursos del gobierno nacional.

En la etapa prerrevolucionaria, la atención médica y hospitalaria en la isla se caracterizaba por la prestación de servicios privados a los cuales gran parte de la población no tenía acceso debido a los altos costos y las precarias condiciones de los sectores populares de menos capacidad económica, lo que dejaba a esta población con una única opción: acudir a las Casas de Socorro, que esencialmente atendían a manera de obra caritativa los casos de urgencia de los sectores más deprimidos. Adicionalmente, las instalaciones y el personal médico del país se encontraban concentrados en La Habana, así,

el 65% de los médicos y el 62% de las camas existentes se ubicaban en la capital, de manera que las zonas rurales se encontraban casi totalmente desamparadas.

Las nuevas políticas en materia de salud, que llegaron con la revolución gestaron grandes y profundos cambios, hoy el sistema nacional de salud cuenta con un conjunto de instituciones que tienen la obligación de garantizar el acceso libre e igualitario a todos los programas y servicios de salud y brindar cobertura al 100% de la población. Así, el acceso a lo que se considera un derecho intrínseco al hombre y a la mujer cubanos, no está determinado por el nivel de ingreso, ocupación en la economía o pertenencia a un seguro médico público o privado.

Todo esto ha llevado a que el cubano jamás deba detenerse a pensar en la preocupación por el acceso a medicamentos o atenciones especializadas, la falibilidad de su cuerpo y su mente son reconocidas desde su nacimiento y, por tanto, su derecho a una atención permanente e integral hasta su muerte, por eso, la cobertura médica cubana no deja por fuera la asistencia en el aborto. Los medicamentos y tratamientos, incluyendo los referentes a la anticoncepción, son gratuitos. Las políticas humanitarias de la medicina cubana han consentido que la relación paciente-médico sea sumamente cercana e íntima lo que lleva a los dos actores de la relación a crear un fuerte vínculo y permite una atención global del paciente, abarcando sus necesidades físicas, psicológicas y emocionales. El programa del Médico de la Familia, por ejemplo, se implementa en los policlínicos de cada municipio de las ciudades y consiste en el trabajo permanente con todos los grupos poblacionales, velando por el bienestar bio-psico-social de la comunidad, “la labor mía es trabajar directamente con la comunidad que es el trabajo del médico de la familia, no solo los atendemos desde el punto de vista de la patología, sino desde el punto de vista psicológico, trabajamos con una visión social. Se realizan visitas a los domicilios de los pacientes y dividimos a la comunidad en grupos según sus características para una mejor atención de sus necesidades específicas, ancianos, gestantes, pacientes sanos y pacientes de riesgo”, afirmó la doctora Niurca Díaz Carrillo, médico de la familia del municipio capitalino de Centro Habana.



Sin embargo, el hecho de que los servicios médicos sean un derecho gratuito para la población, no significa que en realidad no generen ningún costo, simplemente estos son asumidos en su totalidad por el gobierno. Por ejemplo, una sola vacuna le cuesta al Estado cubano 189,18 pesos cubanos, unos 8 dólares; el traslado de un paciente en ambulancia 32,55 pesos, dos dólares; el tratamiento de un paciente de VIH por 30 días, 194.104 pesos, unos 50 dólares. A simple vista, los montos no parecen mayor cosa, pero esto replicado en 14 millones de habitantes, representa un gasto público de grandes dimensiones y más, teniendo en cuenta las dificultades económicas por las que atraviesa el país, que incluyen el embargo económico por parte de Estados Unidos.

En cuanto al procedimiento de regulación menstrual, cada intervención cuesta 19,68 pesos cubanos, un equivalente aproximado a un dólar, esto, sin contar los exámenes previos que se solicitan para realizar el procedimiento, tales como serología, cuagulograma, hemograma, VIH, exudado vaginal, exudado endocervical, grupo y factor sanguíneo y ecografía, que en una suma aproximada cuestan 12 dólares, es decir que el Estado cubano gasta por cada paciente que se somete a una regulación menstrual unos 13 dólares. Lo que significa que el uso desmesurado de procedimientos abortivos no solo genera problemas sociales, sino también el gasto de grandes cuantías de dinero por parte del gobierno.

Además de su completa y gratuita cobertura en salud, Cuba también sobresale en la región por sus altos niveles de maternidad sin riesgo y los bajos porcentajes de mortalidad infantil<sup>4</sup>, la atención es especializada y permanente, de hecho, uno de los programas de salud más importantes para el sistema cubano es el materno-infantil (PAMI), el cual se constituyó con el fin de hacer un seguimiento exhaustivo a las embarazadas y niños desde el nacimiento hasta los 19 años, con el fin de garantizar una asistencia constante, competente y oportuna a las futuras madres y a sus hijos, y cuyos resultados positivos son contados dentro de los mayores triunfos del país. Pero no es para menos ante un descenso demográfico alarmante y una población ampliamente envejecida. Las embarazadas y sus criaturas son tesoros nacionales en un país en el que son más los bebés que se extraen prematuramente que los que nacen.

---

<sup>4</sup> Véase Anexo No. 2

Para Leslie Leblanc Oviedo, enfermera jefe de la sala de parto del Hospital Materno-Infantil Hijas de Galicia, el inicio precoz de la vida sexual en Cuba se ha normalizado y “abortar se ha convertido en una costumbre, en un método anticonceptivo. La facilidad, seguridad y gratuidad para su acceso lo han permitido, además en la actualidad hay métodos variados para abortar como la regulación menstrual, el legrado y las pastillas de Misoprostol, lo que permite a la paciente tener varias opciones según su tiempo de gestación y sus características físicas y psicológicas”.

La medicina en Cuba es incondicional con el paciente y la soberanía sobre el cuerpo y el poder de decisión sobre su vida y su futuro son derechos de la mujer, de manera que en ocasiones, aunque el médico se encuentre en desacuerdo con realizar el procedimiento, por considerarlo inconveniente para la paciente, debe hacerlo, pues el derecho de la misma prevalece. “He visto pacientes que se practican distintos tipos de aborto en repetidas ocasiones, muchas veces son muy jóvenes y no entienden que eso trae consecuencias, a pesar de que se les explica”, afirmó esta profesional de la salud que cuenta con más 20 años de experiencia. Sin embargo, Leblanc entiende que la situación económica del país es compleja y que eso constituye un factor determinante en la decisión de abortar, “estamos viviendo momentos muy difíciles, todo es muy caro, entonces nadie quiere tener hijos, comprar todo lo que demanda un bebé es demasiado costoso, no es cuestión de escasez de productos, sino de capacidad adquisitiva”, explicó.

Para los profesionales de la salud en Cuba, más allá de los argumentos que pueda tener la paciente para abortar, la situación se está saliendo de las manos del gobierno y de los médicos mismos; la posibilidad de decidir no solo de la mujer, sino de la pareja en conjunto constituye un gran logro, dar un paso atrás en ello no es una opción; sin embargo la ligereza con la que se está tomando el tema es una falla de grandes proporciones.

#### ***4.2. Ojos que no ven, corazón que no siente***

El sistema de salud colombiano está compuesto básicamente por tres entes, el **Estado**, cuya función es, en teoría, actuar como ente de coordinación, dirección y control. Para hacerlo cuenta con el Ministerio de la Salud y Protección Social, la Comisión de Regulación en Salud, organismo que reemplazó al Concejo Nacional de Seguridad Social en Salud y la Superintendencia Nacional de Salud, cuya función es vigilar y controlar a los actores del sistema. El segundo ente lo constituyen los **aseguradores**, entidades de carácter privado que aseguran a la población y actúan como intermediarias y administradoras de los recursos que provee el estado. Estas son las famosas y controvertidas entidades promotoras de salud (EPS) y las administradoras de riesgos laborales (ARL). Finalmente, tenemos a los **prestadores**, instituciones prestadoras de salud (IPS), los hospitales, clínicas, laboratorios, etc. que prestan directamente el servicio a los usuarios y aportan todos los recursos necesarios para la recuperación de la salud y la prevención de la enfermedad.

Históricamente, hemos visto cómo el sistema de salud colombiano ha sido ineficiente y ha sufrido de una enfermedad que ya es crónica. Al estar permeada en gran medida por organismos privados, la salud colombiana ha estado atravesada por múltiples escándalos por su terrible desempeño y los malos manejos de los recursos económicos. Y es que en Colombia pareciera que la salud es un asunto de costos, no de vida. Sin embargo, no es el tema que nos ocupa. El asunto esencial aquí radica en el hecho de que los colombianos necesitan de amplios recursos económicos para recibir una atención médica decente. De manera que muchos de los nacionales, por pertenecer a un estrato socioeconómico bajo, no tienen derecho a recibir las atenciones especializadas para tener una vida digna. Sin duda, este aspecto demarca una gran diferencia en la concepción del aborto entre Colombia y Cuba, pues al no ser gratuito el acceso a la medicina la situación se dificulta.

El hecho de que durante gran parte de la historia colombiana el aborto haya sido penalizado, no implica que el procedimiento de interrupción del embarazo en una etapa prematura no sea utilizado, de hecho, el número de abortos ilegales en Colombia, según distintas organizaciones, rondaría los 400.000 anuales, siendo la tercera causa de la mortalidad materna al realizarse ilegalmente y, por tanto, sin garantías mínimas sanitarias.

En Colombia, la doble moral es tal, que es secreto a voces el hecho de que el aborto ilegal se realice en sitios estatales, semi-estatales y privados, ampliamente conocidos. Hoy, al ser legal el aborto solamente en tres circunstancias excepcionales, las mujeres que quedan en embarazo, no desean continuarlo y no se pueden acoger a los casos que dicta la ley, asisten a estos lugares y a otros tantos clandestinos a practicarse el procedimiento; el servicio se presta en todas las condiciones, desde las mejores hasta las más deplorables y hay para todos los bolsillos. En Colombia, abortar ilegalmente cuesta aproximadamente entre \$100.000 y \$700.000 y acceder a la atención, bien sea especializada o no, es muy sencillo.

Luego de la legalización del aborto, varios centros privados de salud afirmaron que no practicarán el procedimiento en sus clínicas. “La ley no nos puede hacer violar nuestra ética y menos cuando esté de por medio una vida. ¿Será que si se despenaliza el robo de carros todos estaremos obligados a robar carros?, aseguró Jorge Alberto Ospina director médico de la Clínica el Country de Bogotá” (Caracol Radio, 2006), incurriendo en una falacia analógica.

El hecho de que estas instituciones hubieran expuesto su negativa a practicar procedimientos abortivos constituye una ilegalidad, y es que si bien, como ya se indicó en un apartado anterior, la ley permite a los médicos la posibilidad de acogerse a la objeción de conciencia, pero la objeción solo puede hacerse de manera individual.

Diego Patiño\*<sup>5</sup>, físico nuclear que se desempeña en el área de oncología de un hospital colombiano que públicamente hizo objeción de conciencia, afirma que se ha visto envuelto en disyuntivas éticas y morales muy fuertes, pues se ha enfrentado a un Comité de Ética Médica que, de manera radical, se opone a realizar un aborto cuando una paciente enferma de cáncer se encuentra en embarazo y necesita recibir quimioterapia. “Yo tuve una paciente con 3 meses de embarazo, tenía que recibir radiación, pero a esos procesos no

---

<sup>5</sup> \*A petición de los entrevistados, los nombres han sido cambiados.

sobrevive un feto, sin embargo, los doctores decidieron hacerle el tratamiento y que la paciente abortara naturalmente; eso no es un aborto normal, la mujer expulsa el feto por pedazos y es un proceso muy doloroso tanto física como emocionalmente”, afirmó. Hoy, la ley acoge a la paciente en mención, sin embargo, sin la información, la asesoría adecuada y el apoyo del personal médico, muchas mujeres se limitan a sufrir estos atropellos.

Hace tres años Laura\*, una estudiante de 21 años descubrió que sufría de leucemia, cáncer en la sangre. Afortunadamente, el diagnóstico fue temprano y su enfermedad comenzó a ser manejada con fuertes medicamentos que generaron múltiples cambios en su cuerpo. Laura\* engordó o más bien se hinchó, comenzó a sufrir de acné y su menstruación desapareció. Meses después, esta joven supo que estaba embarazada, sin embargo, en su vientre cargaba un feto con deformidades debido a los químicos que había recibido. Para cuando Laura\* supo de su embarazo tenía ya seis meses, su bebé era una niña, pero las posibilidades que tenía de sobrevivir eran nulas. La joven, junto a sus padres y su novio, acudió a varias entidades médicas, pero nadie quiso involucrarse en el asunto, así que a Laura\* no le quedó más remedio que acudir a las amistades de sus padres y hacer el procedimiento de manera ilegal. “Mi papá se encargó de todo, el médico era amigo de él. Todo se pagó por aparte y el doctor utilizó las instalaciones del hospital en el que trabajaba. Como ya tenía varios meses, me indujeron un parto, tuve a la bebé y la verdad no la quise mirar, solo vi que mi papá la tenía alzada. Ella nació viva, pero a la hora se murió”.

La situación en Colombia frente al aborto es muy difícil, requiere de una lucha constante en todas las áreas, sin embargo, muchos están dispuestos a dar la batalla, sobre todo, organizaciones feministas como Woman’s Link Worlwide. Por ahora, la situación de Colombia y Cuba está ubicada en caras opuestas de la moneda, y encontrar los puntos medios no es cosa sencilla. La doble moral colombiana se impone, se aprueban leyes restrictivas apoyadas públicamente para romperlas de manera clandestina, así los médicos, el Estado y la misma población ven pasar las ilegalidades haciéndose los de la vista gorda, porque en Colombia “ojos que no ven...corazón que no siente”.

## **5. Educar para prevenir**

### ***5.1. ¿Sexo sin leer ni escribir?***

Según el artículo *Educación para la sexualidad: derecho de adolescentes y jóvenes, y condición para su desarrollo*, publicado por el Ministerio de Educación de Colombia, la educación sexual es "el proceso vital mediante el cual se adquieren y transforman, formal e informalmente, los conocimientos, las actitudes y los valores respecto de la sexualidad en todas sus manifestaciones, que incluyen desde los aspectos biológicos y aquellos relativos a la reproducción, hasta todos los asociados al erotismo, la identidad, y las representaciones sociales de los mismos".

En el capítulo sobre educación sexual de la última Encuesta Nacional de Demografía y Salud, realizada en el 2010, se lee: "Después de la Constitución de 1991 la Corte

Constitucional emitió una sentencia que establece la necesidad de abordar la educación sexual en el país. El Ministerio de Educación, en virtud de esta sentencia, le otorgó carácter obligatorio a la educación sexual en las instituciones educativas, que fue el fundamento del Proyecto Nacional de Educación Sexual formulado en 1993. Sin embargo, todavía subsisten vacíos en el proyecto”. Vacíos que no han sido resueltos y que, en ocasiones, no parecen querer ser resueltos. Es importante aclarar que el derecho a la educación sexual integral forma parte de los derechos sexuales y reproductivos, reconocidos por Colombia a través de diversos instrumentos normativos, incluyendo la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, sin embargo, estos derechos en el país todavía no son claros ni para la población, ni para las entidades que se encuentran en la obligación de educar y guiar a los ciudadanos.

La encuesta citada anteriormente indica que la educación sexual se ha centrado en la prevención de los embarazos, sin muchos resultados, en detrimento de otros asuntos como los casos en los que el aborto es permitido, el sida, las enfermedades de transmisión sexual, la gratuidad de los anticonceptivos, el placer, la identidad de género y la diversidad sexual. Lo que significa que, buena parte de la educación sexual se ha reducido únicamente a señalar los riesgos de las relaciones sexuales. Pero el universo de la sexualidad no se limita a eso, de hecho, el aspecto de la genitalidad constituye solo una pequeña parte. Estamos ante un universo que abarca casi todos los aspectos de la vida de un ser humano desde su nacimiento. Es desde allí cuando esta historia empieza a ir mal, las erradas interpretaciones frente a la sexualidad solo se fomentan al repartir condones y métodos anticonceptivos como parte de la política de salud sexual y reproductiva sin la explicación adecuada.

La sexualidad es lo que somos, forma parte de nuestra identidad como seres humanos, lo irónico es que eso que somos es lo que la sociedad y el estado, con pleno amparo y auspicio de la iglesia católica, quiere ocultar y para la muestra un botón: en un polémico texto emitido en mayo del 2014, la Procuraduría afirmó: “Las creencias religiosas constituyen un factor protector contra el inicio precoz de la actividad sexual en los jóvenes e, incluso, los protegen de prácticas como la descarga de material erótico para adultos, desde internet”. El problema no es la actividad sexual erótica y reproductiva, sino el

entendimiento de todo un universo esencialmente humano como simplemente eso, un simple acto sexual.

El Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de la Ciudadanía del Ministerio de Educación empezó en el 2008 con el objetivo de que los estudiantes conozcan sus derechos sexuales y reproductivos para que puedan tomar decisiones sobre su vida sexual, respeten la de los demás y sean mejores ciudadanos, sin embargo, al igual que sucede con el resto del currículo escolar, el Ministerio no tiene la capacidad ni el poder para decirles a los colegios oficiales qué hacer, su función se limita a darles unos lineamientos frente al tema. En los mismos cuenta con tres cartillas que hacen énfasis en que la educación sexual no se aprende solo una clase, sino a través de un proceso con profesores, alumnos y padres; pero lastimosamente este Programa solo ha llegado a un 3% de los colegios oficiales.

A las deficiencias en la educación sexual en Colombia, es necesario adicionar los múltiples intentos fracasados del Estado por cumplir con algo que resulta un derecho de los ciudadanos, al enviar a los colegios funcionarios que no están debidamente capacitados para resolver las preguntas de los estudiantes y mucho menos para darle un enfoque adecuado al tema. Todo esto sin contar que muchas instituciones escolares no se encuentran interesadas en formar a sus estudiantes en materia de sexualidad y por tanto, ignoran el tema y otros restringen la educación sexual que se imparte a los aspectos que consideran convenientes.

De manera que se pasa por alto el hecho de que existe una estrecha relación entre el conocimiento y la apropiación de la sexualidad como parte esencial e intrínseca de nuestra condición de humanos, lo que significa que la educación profunda, seria, informada y apropiada es indispensable en los procesos formativos de los estudiantes. Restringirse netamente a tomar medida sobre la sexualidad como un problema de salud pública, sin evaluar todos los otros factores a los que esta puede estar asociada, solo genera un entendimiento de la sexualidad como un asunto relacionado directamente con la genitalidad y, por tanto, el afán de su ejercicio se limita a este aspecto. Sin embargo, la vivencia sexual



tiene que ver más que nada con la interacción diaria, lo que significa que la sexualidad está presente en cada aspecto de nuestra cotidianidad.

Todo esto nos lleva a la imperante necesidad de impartir una educación sexual real y oportuna, pero para lograrlo primero se debe atravesar por un proceso de consenso, pues la concientización de la importancia de la educación sexual y la normalización de la misma, de manera que se le pueda dar la relevancia que encierra, tal y como si fuera aritmética, historia o geografía es lo que permitirá una visión abierta frente al tema y, por tanto, una educación efectiva. Desde el autoconocimiento es posible la creación de seres humanos sanos, íntegros y cultos con una visión diferente del mundo, lo que podrá dar lugar a un cambio desde su entorno y que se replicará en la reconfiguración de un país. De lo contrario, como bien afirma la feminista Florence Thomas, “a golpe de abstinencia y de miedo al pecado no vamos a cambiar nada, es como volver al siglo XIX” (El Tiempo, 10 de mayo de 2014).

El oscurantismo que se mueve en torno al tema de la sexualidad genera muchos más problemas que soluciones, lo que se traduce en altos índices de embarazos no deseados, así como de abortos clandestinos, aproximadamente unos 400.000 al año, enfermedades de transmisión sexual, etc. Así, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, realizada en el 2010, sólo el 48% de los embarazos y nacimientos ocurridos entre el 2005 y el 2010 han sido deseados, un 30% lo quería pero más tarde y un 23% lo reporta como francamente no deseado. En cuanto a la educación sexual difundida mediante los medios masivos de comunicación, la misma encuesta reflejó que solo un 51% de la población ha recibido información sobre el tema a través de estos medios.

Por su parte, las editoriales colombianas no se arriesgan a publicar libros sobre sexualidad para niños y jóvenes pues resulta muy riesgoso para sus ventas, y su mayor miedo se refiere a la incertidumbre respecto a la reacción de los colegios, quienes a su vez se sienten aterrados de pensar en las reacciones de los padres de familia, padres que fueron educados por un sistema religioso que no les permitió un aprendizaje que incluyera su

sexualidad y que, por tanto, no tienen ni idea de la importancia de la educación sexual para el desarrollo integral de sus hijos.

A su vez, el Ministerio de Educación de Colombia expresa que no hay oferta de libros y por eso no puede dotar a los colegios de material adecuado para proveer de una buena educación sexual a las nuevas generaciones. Lo que nos lleva, en resumen, a pensar en la magnitud del reto que se presenta al tener que romper con un círculo vicioso mediado por una ideología y una cultura tabú tatuada en la historia del país. En un Estado Social de Derecho que se presenta como laico, como es el caso del colombiano, en donde se expone públicamente que lo siguiente constituye la manera adecuada de educar sexualmente a la juventud del país, las barreras son inmensas: “Si el joven cuenta con una estructura familiar conformada por papá y mamá, si le da importancia a la religión en la vida y si los padres supervisan sus actividades disminuye el chance de tener relaciones sexuales” (“Entrevista sobre el aborto” 2011).

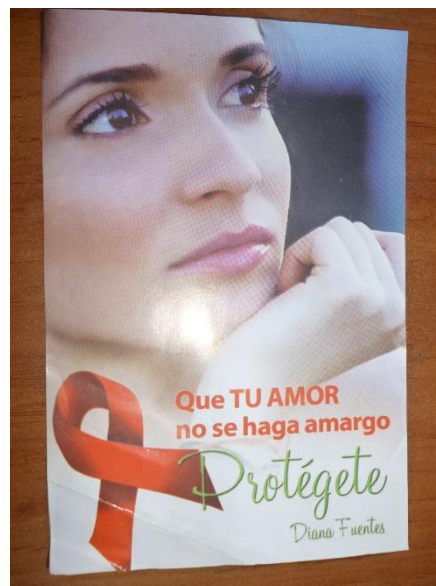
Entonces, tenemos como resultado un país plagado de jóvenes que no encuentran respuestas a sus inquietudes sexuales porque sus padres no se atreven a hablar del tema, el colegio se presenta incompetente y desarmado para dar solución a sus preguntas y el Estado pretende ‘enderezarlos’ a punta de religión. Así, lo más cercano a una educación sexual está en las novelas o en las series de adolescentes pletóricos de actividad hormonal con las que estos jóvenes ávidos de respuestas se sienten identificados.

## ***5.2. Mucha educación y poca práctica***

Respecto a la educación sexual, nuevamente Cuba presenta amplias diferencias en comparación con Colombia. Así, habría que empezar por puntualizar que, al igual que la salud, la educación en la isla es absolutamente gratuita y garantizada para toda la población. De manera que a los estudiantes del país los rige el mismo sistema educativo y comparten saberes idénticos sin importar el punto geográfico que habiten. Este sistema educativo presenta una orientación ideológica de carácter marxista, en concordancia con la constitución vigente, lo que podría estar relacionado con la expresión liberada de la

idiosincrasia cubana y por tanto con el albedrío sexual y la normalización del aborto como método de regulación reproductiva.

Por años, el sistema educativo cubano se ha destacado por su alta calidad, es muy completo y eficiente y la educación sexual no queda de lado; al contrario, ante la asistencia masiva de niñas, jóvenes y adultas a las consultas de interrupción voluntaria del embarazo y el aumento mundial de la propagación de enfermedades de transmisión sexual, el bombardeo informativo ha sido incansable y cada vez más abundante. Y es que para el gobierno cubano en la educación está la respuesta a la mayoría de



problemáticas sociales, por eso cuenta con el Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX), fundado desde 1962<sup>6</sup>, una institución docente, investigativa y asistencial en el área de la sexualidad humana que se encuentra a la disposición de la población y que ha sido gestora de la mayoría de programas para la educación sexual en el país.

Así, el Programa de Educación Sexual en Cuba se ha incluido en los planes de docencia médica y de formación de pedagogos y psicólogos, y se ha introducido en los programas curriculares del Ministerio de Educación, no como asignatura específica sino a través de las diferentes asignaturas en los distintos niveles de enseñanza. A su vez, se ha trabajado en el desarrollado de acciones específicas en favor del mejoramiento y equilibrio de la salud sexual y reproductiva a través de diversos programas y servicios de salud tales como el Programa de Maternidad y Paternidad Responsable, los servicios de Planificación Familiar y de Prevención de Infecciones de transición sexual y SIDA y las consultas de Orientación y Terapia Sexual.

A su vez, este Programa de Educación Sexual se ha encargado de buscar dentro del ámbito escolar, las vías más adecuadas para abordar de manera creativa y asertiva, los

---

<sup>6</sup> Remitirse a la página web <http://www.cenesex.org/>

temas que competen a menores, adolescentes y jóvenes para la vida sexual, reproductiva y familiar, esto siempre en correspondencia con el grado que se cursa, la edad y los intereses e inquietudes de los estudiantes. Además el enfoque no se resume a la genitalidad como único y más importante factor de la sexualidad, sino que dirige su atención hacia la misma como aspecto primordial dentro del pleno desarrollo del ser humano en el aspecto físico, psicológico y espiritual. Así, la Doctora María Antonia Torres Cueto, jefa del Departamento de Salud Escolar del Ministerio de Educación de Cuba, “precisó que la educación de la sexualidad en el país se trabaja desde las primeras edades, como parte de la formación de la personalidad” (Juventud Rebelde, 2011).

En Cuba se le ha apostado a la idea de que la educación sexual debe poseer un enfoque integral, capaz de contribuir al proceso de crecimiento y aprendizaje, de crear pautas que favorezcan las relaciones entre madres, padres, hijas e hijos y entre maestros y alumnos, de ayudar a superar las contradicciones, tomar decisiones, establecer proyectos personales, ganar nuevos espacios de autonomía y promover la ruptura de estereotipos sexistas, lo que constituye un proyecto ambicioso y digno de loa.

A su vez, la sexualidad y la enseñanza para su correcto desarrollo han trascendido los espacios formales educativos y se han desarrollado planes de intervención dirigidos a adolescentes y jóvenes, como por ejemplo programas de televisión como ‘MI TV’, que cuenta con un segmento titulado ‘Nuestra Sexualidad’; revistas juveniles, como ‘Sexología y Sociedad’, que se edita desde 1994, cuenta con una edición impresa y otra electrónica y circula con una frecuencia cuatrimestral, y actividades recreativas que fomentan el aprendizaje en esta área que, a pesar de ser natural e inherente a la humanidad del ser, se ha tornado problemática.

CENESEX también ha gestado programas tales como ‘Crecer en la adolescencia’ y ‘Mi Proyecto de vida’, concebidos específicamente bajo la premisa de disminuir el número de abortos voluntarios en adolescentes y que parten del supuesto de que sólo una intervención educativa coherente y sistemática puede contribuir a la toma de decisiones consientes y responsables y a edificar una imagen segura sobre el individuo.

Todo suena tan bien consolidado y estudiado que lleva a pensar que el panorama en Cuba frente a la prevención de enfermedades y el embarazo no deseado es ideal. Lo cierto es que del dicho al hecho hay mucho trecho y, a pesar de que, como hemos visto, la población cubana cuenta con total acceso a todas las herramientas educativas para tener una vida sexual plena y sana, los mensajes parecen no calar lo suficiente, para la especialista en ginecología y obstetricia Oslay Montero Díaz, “es inentendible que con todos los recursos y



herramientas destinados a la educación sexual, la población, sobre todo la joven, no acabe de interiorizar y aplicar esa información en pro de su bienestar, se trabaja no sólo por informar, sino por educar la mentalidad de los pacientes, pero algo está fallando”. Las tasas de embarazo adolescente se mantienen bajas, pero la razón es que la asistencia a las

consultas de interrupción voluntaria de la gestación es masiva, además el inicio de la vida sexual es precoz, tienen múltiples cambios de pareja en períodos cortos y los jóvenes se rehúsan a protegerse de manera adecuada para resguardar su salud y preservar sus planes de vida; arguyen razones diversas, ellos: que con condón no se siente igual, que los ‘hombres’ no se ponen eso, que las que deben protegerse son las mujeres, que eso de las enfermedades no es tan común, que no les sucederá; ellas: que en medio de la intensidad del momento nadie se acuerda de la existencia del condón, que confían en su pareja, que las pastillas anticonceptivas les han generado incomodidades como dolor en los senos y desórdenes hormonales, que los Dispositivos Intrauterinos (DIU) son incómodos, en fin, razones son las que sobran.

Lo cierto es que pareciera que quienes diseñan los programas de educación sexual hablan un idioma diferente al que manejan estos jóvenes llenos de curiosidad y actividad hormonal. Los adolescentes se sienten sabios y mayores, creen que el conocimiento que han adquirido por los diferentes medios que proporciona el Estado son suficientes para no equivocarse, pero olvidan aplicarlos. Mientras me encontraba en la consulta de Misoprostol del Hospital Hijas de Galicia lo pude comprobar, jóvenes y adultos hablan con propiedad no sólo de los métodos adecuados de prevención de enfermedades de transmisión sexual y embarazo no deseado, sino de las consecuencias del no uso de los mismos, pero cuando le pregunté a Rachel, una jovencita de 15 años que se disponía a hacer uso del Misoprostol como método de interrupción voluntaria del embarazo, que por qué razón se encontraba ahí, sólo atinó a responder, muy risueña, que “se le había olvidado usar condón” y que los demás métodos no eran de su agrado. Esto, mientras el ginecólogo Silvio Ortega intentaba hacer conciencia en ella de que el aborto no constituye un método de planificación familiar. Lo paradójico del asunto fue que la madre de Rachel se mostraba muy molesta porque sentía que el doctor Ortega reprendía a su hija sin razón, para ella, no había motivo alguno para preocuparse, pues esa era sólo la primera vez que su hija se practicaba un aborto.



Si bien la educación constituye un factor esencial en esta lucha por el sano desarrollo sexual del ser humano, no es el único y tampoco constituye la solución a todos los problemas; otros asuntos deben ser tomados también en consideración. Cuba se encuentra en un

período de transición político, económico y cultural que ha generado múltiples cambios en la idiosincrasia de la población; la apertura paulatina que ha venido teniendo el país ha suscitado, sobre todo en las juventudes, un afán por ser actuales, por saber qué sucede en el mundo y replicarlo, así que los estereotipos y los mensajes cargados de sensualidad y erotismo, no han tardado en influir en las construcciones culturales. Esto sin dejar de lado que, aunque de manera distinta el cubano carga una especial sensibilidad por lo erótico producto de la herencia africana con su música, tradiciones y bailes.

En cuanto al núcleo familiar, a pesar de que la mujer cubana se ha caracterizado por el empoderamiento de su vida y la defensa de su independencia y sus libertades; actualmente su papel educador en el hogar ha disminuido, la institución de la familia se ha fracturado y la comunicación entre padres e hijos se ha debilitado, para Yelise Martínez González, asesora del Programa Materno Infantil (PAMI), “ hay poca confianza de las hijas hacia las madres y un termómetro de esta falta de comunicación como instrumento de guía para la toma de decisiones es la edad de inicio de las relaciones sexuales, hace un tiempo era a los 19 años donde había un poco más de madurez tanto física como psicológica, ahora te encuentras niñas de 12 y 13 años que ya tienen relaciones sexuales”.

Así, otros entes sociales, como los amigos, las tribus urbanas, la televisión, la moda, entre otros, han tomado fuerza en su influencia en el desarrollo de la personalidad de los niños, adolescentes y jóvenes; por tanto, debe tomarse en cuenta el entorno en el que se desarrolla este grupo poblacional y las concepciones que han creado grupalmente frente a la vida y su sexualidad.

## **6. En carne y hueso**

### ***6.1. La primera vez***

Es cinco de agosto, estoy en el policlínico “Reyna” del municipio Centro Habana. Diana llegó temprano, a las 7:00 am, quiere ser la primera en la consulta de Regulación Menstrual, dice que es muy cobarde, así que “al mal paso, darle prisa”. Además, las filas en esta consulta generalmente son bastante largas. Ella tiene cinco semanas de gestación y está aquí con su esposo, él quiere apoyarla en todo, es la primera vez que acuden a una consulta para interrumpir un embarazo y no pueden ocultar cuán aterrados están.



La gineco-obstetra Oslay Montero les entrega un papelito, se lee:

Consentimiento Informado  
Consulta de interrupción voluntaria de la gestación  
Policlínico: Reyna  
Municipio: Centro Habana

Se le informa a la  
Paciente: \_\_\_\_\_  
Carné de Identidad #: \_\_\_\_\_

Que la **Regulación Menstrual** es un método de interrupción precoz de la gestación que puede tener complicaciones mediatas, inmediatas y tardías.

La RM no constituye un método de anticoncepción y debe ser evitada con una actitud responsable ante su sexualidad. Conociendo lo antes expuesto decide asumir la realización de este método de terminación de la gestación.

\_\_\_\_\_  
Firma de la paciente

\_\_\_\_\_  
Médico  
(Cuño y firma)

Diana mira a su esposo, luego me mira, sus ojos están vidriosos, pero contiene el llanto. Lo lee y con la mano temblorosa firma el documento. Todo está listo, ahora sólo queda esperar.

– Yo no sirvo para esto, soy muy cobarde–, repite.



Cuando se refiere a su cobardía pienso: no sé qué requiere más valentía, tomar la decisión de interrumpir el embarazo aun queriendo al bebé o tenerlo sin las condiciones necesarias para que venga al mundo. En Cuba nos enseñan desde pequeños los versos sencillos de nuestro poeta nacional, José Martí, me viene a la cabeza una de sus frases célebres: “los niños nacen para ser felices”, sin duda Diana es fiel a este pensamiento.

Ya es mamá, hace nueve meses dio a luz a una hermosa bebita, quien desde el instante en que llegó al mundo se convirtió en el centro del universo para esta joven pareja. Ambos aman a los niños, de hecho el nacimiento de su pequeña no fue producto de un descuido, un accidente o un error de cuentas. Con 24 años, Diana y Joel ya ansiaban ser padres.

A Diana le llegó la hora, la llaman para un reconocimiento. Me ha permitido ser su sombra, la acompaño en todo. Entra al baño, se quita la ropa interior y la falda de jean que trae puesta; sale, se acuesta en la camilla, pone los pies en los estribos y mira al techo; sólo quiere que todo termine. Nada más incómodo que un tacto vaginal. La entiendo, la mayoría de las mujeres odiamos ir al ginecólogo.

Ya terminó, todo está bien, el número de semanas de gestación y el tamaño del saco embrionario son adecuados para hacer la regulación menstrual. La doctora la tranquiliza, debe prepararla para el procedimiento que le aguarda. Mi mente se eleva por unos segundos, me admira la paciencia y el cariño con el que le habla; para la doctora Montero, Diana es un caso excepcional entre tantas mujeres que asisten a su consulta para realizarse regulaciones como si se tratara de un asunto menor y sin importancia. Esta joven es distinta, la tristeza se dibuja en sus ojos verdes, en su rostro compungido, en su voz quebrada. Nos ha conmovido a todos los que nos encontramos en esta habitación.



Entramos al salón de procedimientos, está impecable, immaculado, todo es verde; en cuanto al olor, no encuentro una manera más exacta para describirlo, huele a hospital. En el centro está la camilla cubierta con un hule rojo y este, a su vez, con una toalla de papel blanca. A los pies de la camilla está la silla donde se ubicará la doctora, a su lado

izquierdo una máquina eléctrica para primeros auxilios y al derecho una mesita metálica con todos los implementos: espéculo, pinzas, cánulas. Debajo de la mesita está la “aspiradora”, aunque suene extraño así se llama el aparato con el que se realiza el procedimiento. ¿Aspiradora?, ¿es en serio?, ¡qué sutil! Bueno, no importa, de todas maneras no se me ocurre un nombre más claro y preciso para tal instrumento. La máquina cuenta con sus respectivos niveles para regular la intensidad y la rapidez de la aspiración, mangueras y recipientes de vidrio en los que se acumula aquello aspirado. En la sala también hay unos baldes de agua, ahí irá a parar cada herramienta que use la doctora, para luego ser llevadas a esterilización. Hay aire acondicionado, así que el calor no va ser una preocupación.



Diana está desnuda de la cintura hacia abajo, el lugar de por sí inquieta y la desnudez la hace sentir más vulnerable aún. En sus manos sostiene la ropa interior limpia y la toalla higiénica que se pondrá luego de terminado este asunto. Es que después de un proceso de aspiración endouterina la mujer sangra por unos días, es el regreso de la menstruación y puede comenzar nuevamente sus cuentas mensuales.

La muchacha no dice nada, pero es obvio que preferiría que en vez de una desconocida como yo, la acompañara su madre. Pero ni mamá, ni papá, ni suegra, nadie; tanto los padres de Diana, como los de Joel forman parte de la larga lista de cubanos que vivimos en el extranjero. Ellos residen en Miami. A pesar de las 90 millas que los separan, mantienen una relación cercana y están pendientes los unos de los otros, incluso saben de la situación que viven Diana y Joel, y los apoyan. Así que esta joven pareja, sólo cuenta con la presencia física de unos abuelos que ya sienten los estragos de los años y no están para estos trotes.

Muchos jóvenes cubanos sueñan con irse del país, en general tienen una visión idealizada y algo distorsionada del mundo capitalista. Creen que es el paraíso, que no existen las carencias ni la escasez, que se vive bien y se disfruta la vida. Desconocen las múltiples realidades que confluyen en otro tipo de sistema y por tanto ignoran la cara fea del capitalismo. Sin embargo, Joel y Diana no están muy entusiasmados con la idea de dejar “Cubita la bella”, como le dicen a la isla. Ambos están terminando la carrera de Informática en el Instituto Superior Politécnico José Antonio Echeverría, CUJAE, y les gusta la vida tranquila que llevan en su país. Así que, aunque sus padres mueren por tenerlos en Miami y poder compartir la crianza de la pequeña nieta, Diana y Joel van a optar por una vida “a lo cubano”.

Estamos a punto de comenzar la regulación menstrual, Joel se quedó afuera, inquieto, nervioso, siente que lleva mil años en este consultorio. En la sala de procedimientos nos acompaña la enfermera que auxilia a la ginecóloga. Diana se acuesta y otra vez mira hacia el techo, tiembla como una papeleta, no puede seguir conteniendo el llanto y derrama una gran lágrima que corre por su mejilla, su oreja y termina en el cuero verde de la camilla. Cierra los ojos por unos segundos, luego los abre y me mira fijamente.

–Dame la mano, no me sueltes–, me pide.

–Tranquila Dianita, todo va a salir bien, yo te voy a acompañar–

Le tomo la mano y me la aprieta, nunca pensé que esa blanca y pequeña manita tuviera tanta fuerza. Diana es bajita, de cabello castaño claro, de voz y proceder dulces; parece más joven, de hecho en esta camilla luce como una niña, no me imagino cómo se verá con su bebé en los brazos.

–Esto me va a doler, ¿verdad? –

–Dicen que duele un poco, pero vas a ver que termina rápido–, le digo

Enseguida la doctora interviene:

–Vas a sentir una molestia cuando te ponga el espéculo y luego cuando introduzca la cánula en el cuello del útero. Después la aspiradora comenzará el proceso de succión y yo voy a mover la cánula sistemáticamente para ayudar a que el procedimiento sea más rápido, menos doloroso y que no vayan a quedar residuos adentro.

Ya empezamos, Diana me sostiene con una mano y con la otra aprieta con fuerza el borde de la camilla, su piel blanca se ha enrojecido y suda bastante, es el esfuerzo que hace. Le duele. Me mira casi todo el tiempo, en ocasiones trata de ver hacia abajo, pero tiene una sábana verde sobre sus rodillas que le impide observar lo que sucede.

Entiendo su sensación, las ganas de salir corriendo, el arrepentimiento. Esta es de esas experiencias que nadie quiere probar, pero está aquí porque le restó importancia a un método anticonceptivo alternativo al condón. Diana está operada de las mamas y las pastillas, inyecciones y demás métodos anticonceptivos de orden hormonal están contraindicados para ella. Una semana después de tener a su bebé, la ginecóloga que siguió su embarazo y asistió el parto le entregó un dispositivo intrauterino, DIU, para evitar embarazos no deseados. Sin embargo, el famoso aparato sigue en su empaque original, almacenado en la gaveta de la mesa de noche de Diana. La cobardía de la que tanto habla, no le permitió ponérselo. Joel dice que le insistió mucho con el asunto, pero que ante la negativa de su esposa, pensaron que podían seguir planificando con condón de manera segura. Hasta el momento no han descubierto qué falló el día en que Diana quedó embarazada por segunda vez, suponen que el condón simplemente se rompió.

Joel está consternado, sabe lo que está sufriendo su esposa, a ambos les hubiera gustado darle una hermana o hermano a la bebé. Además le duele intensamente que Diana deba pasar por este procedimiento, más, sabiendo de sus miedos. Ellos, además de ser esposos tienen una gran amistad, se conocen hace más de diez años, vivían en el mismo barrio y asistían a la misma escuela. Hasta ahora llevan dos años juntos como pareja y el matrimonio fue un poco precipitado, pero no importó, se conocen muy bien, su unión es de vieja data.

Diana inhala y exhala profundamente una y otra vez, llegó la hora de subir la intensidad de la succión, cada vez le duele más.

– ¿Ya va a terminar? –

–Tranquila, falta poco. Se fuerte–, la calmo.

La doctora Montero me invita a observar el proceso de cerca, la verdad me parece un poco impresionante y hasta siento un algo de pena de mirar el interior de Diana; ya era bastante atrevimiento el mío meterme en su vida y mucha gracia la de ella el permitirme acompañarla en esta travesía. Además, la carga emotiva que implica todo el asunto del aborto me afecta. Sin embargo, ante la insistencia y la amabilidad de la doctora para aportar a mi investigación, y la oportunidad única que se me presenta, me muevo hacia la parte en la que sucede toda la acción. Veo cómo sangre y pequeños pedacitos blancos transitan por la manguera. Nunca había visto el interior de una mujer tan de cerca.

–Mira, eso blanco que ves salir es parte del embarazo–, me explica la doctora.

–Eso es su cuello uterino, es un cuello limpio y sano, se sabe por la forma y color, la mucosa debe ser lisa y brillante. Ella tuvo un buen parto el cuello casi no se transformó.

Estoy absorta con toda la explicación, por un momento me olvido de que Diana está ahí, esperando por mi compañía. Se retuerce, está muy adolorida.

–Relájate Dianita, si no, te va a doler más, trata de relajar la cadera. Deja los glúteos sobre la camilla–, dice con suavidad la doctora Montero.

Diana levanta la cabeza, me mira con cara compungida y lágrimas en los ojos, a pesar de lo interesante de esta fugaz clase de biología, mi lugar es a su lado, sé que no es mucho lo que pudo hacer, pero con darle mi mano y acariciar su cabeza le doy a esta muchacha un poco de apoyo moral. Es mi forma de solidarizarme con lo que vive y de agradecerle su sinceridad y ayuda.

Estoy a su lado, nuevamente sostengo su mano, ella aprieta los dientes, ya se siente desesperada.

–Ya doctora, ya no quiero más–, se queja la muchacha.

–Debo cerciorarme de que no queden restos Dianita, pero no te preocupes, ya estamos terminando, lo has hecho muy bien–

Por fin, todo termina. Diana no soportaba más dolor y, la verdad, mi mano tampoco resistía más aquellos apretones. La doctora retira la cánula, revisa el cuello y quita el espéculo.

–Vamos Dianita, ya te puedes levantar–

La ayudo a sentarse, sonrío en señal de agradecimiento. La enfermera ubica la toalla higiénica en la ropa interior y se la pone, cubrimos a la muchacha con una bata para que pueda salir del salón de procedimientos y nos dirigimos al baño. Entra, se coloca su falda nuevamente y sale a la sala de consulta.

–Debes acostarte en este sofá en posición fetal para que baje el dolor–, explica la enfermera.

Mientras Diana yace en el sofá, Joel la acaricia delicadamente.

– ¿Cómo te sientes? –

– Me duele, pero estoy bien–

–En unos días, cuando te recuperes, vamos a ir a la consulta de planificación familiar para que te pongas el dispositivo–

–Sí, si, ahora le tengo más miedo a la regulación menstrual que a ponerme el DIU–

A pesar de todo, Diana y Joel sonríen, se tienen el uno al otro y, en la casa, una bebida que los espera. Ya pasaron los diez minutos en posición fetal, la muchacha se puede levantar y, en caso de sentir dolor en unas horas, puede tomar los mismos calmantes que usa para los cólicos menstruales comunes. En una semana deben regresar para revisar que no hayan quedado restos de embarazo dentro de Diana.

Se despiden amablemente, nos agradecen a todos, aunque era yo quien les debía agradecer, después de todo no sólo me dejaron vivir a su lado esta dura experiencia, sino que también me permitieron contar su historia. Es hora de dejar el consultorio y la regulación menstrual atrás, este es un episodio difícil que preferirán no recordar. Diana y Joel se retiran cogidos de la mano y esperan que este asunto no pase de una primera vez, el DIU de Diana pronto saldrá de esa oscura gaveta.

## **6.2. Más de 27 recuerdos**

Maritza Álvarez vive en Centro Habana, para llegar a su casa hay que atravesar uno de esos folclóricos portales que abundan en la capital cubana. El camino es oscuro, en el pasillo hace tiempo que no hay luz y no queda más opción que subir unas escaleras de mármol que han perdido el brillo y la elegancia, y ahora se mantienen en pie como por arte de magia. Una algarabía infantil se convierte en mi guía para llegar al final. La claridad golpea mi cara y se me encandilan los ojos, allí arriba, en un gran balcón, juegan siete niños que ilustran a la perfección un triste cuadro del subdesarrollo, los cubanos gozan de servicios gratuitos esenciales para la vida digna tales como salud, educación y alimentación; sin embargo, los estragos de 50 años de bloqueo económico son evidentes. Los niños comparten alegremente un trencito de plástico y al verme se quedan en silencio.

–Es una extranjera–, comentan susurrando.

– No, no lo soy, respondo en mi mente; pero por más que lo quiera evitar, hace mucho dejé de pertenecer a este lugar–.

Enseguida sale Maritza, sonriente, amable, sencilla; saluda y, muy hospitalaria, me invita a pasar. –Espérame un momentico. Ponte cómoda, estás en tu casa–. No me había dado cuenta de que llegué justo a la hora de la cena, Maritza está ultimando detalles en la cocina.

Mientras la espero, mil ideas pasan por mi cabeza, las deterioradas escaleras no fueron más que la antesala para esta vivienda que literalmente se cae a pedazos, en el techo se logran ver las vigas de la estructura, la cocina es un simple mesón de concreto, pintado



de amarillo y una estufa eléctrica de dos puestos. Cuando salí de mi casa pensé que el atuendo que lucía era normal, nada del otro mundo, quería pasar desapercibida; pero lo cierto es que mientras hago equilibrio en este sofá desfondado, me siento como una muñeca de porcelana recién desempacada.

Estoy aquí en busca de historias de abortos. Veo a los muchachitos que gritan, se pelean y hacen alharaca, mi mente comienza a divagar y debo admitir que un pensamiento vergonzoso cruza por mi cabeza, “son muchos niños, ¿cómo hace para mantenerlos?, es entendible que no haya querido tener más”. Mi horrible y precipitado pensamiento es interrumpido, – ¿gusta? –, ahí está Maritza con su enorme sonrisa sosteniendo un plato de arroz con un minúsculo pedazo de pescado apanado, –no, gracias–. Se va, le entrega la cena a su esposo y vuelve a sentarse a mi lado. Me siento pequeña, insignificante, aquella mujer quiso compartir su cena conmigo, una extraña, y yo solo unos segundos antes, me había dedicado a juzgarla en silencio.

Mari, como le dicen sus amigos, tiene 43 años, es una mulata acuerpada, con ojos marrones y cabello rizado. Viste una camiseta de tirantas con rayas blancas y azules, pantalones pesqueros y unas chancletas plásticas; creo que le gustan los accesorios porque unas enormes candongas cuelgan de sus orejas. Solían ser doradas, pero de aguantar el uso y el abuso se han tornado algo cobrizas, dice Mari que jamás se las quita. Cree que no hace nada, pero trabaja: es ama de casa 24/7; tiene hijos, pero no, los muchachitos del balcón no son suyos, sólo son los niños del barrio que gustan de venir a jugar a su casa, ella tiene un halo especial que atrae a los infantes.

–A ellos les encanta venir a jugar, mi casa se la pasa llena de niños–. Son las paradojas de la vida, Maritza se ha practicado 27 abortos.

–Aunque no lo crean me he sacado todas esas barrigas, fue cuando era muy joven, me hice legrados, regulaciones menstruales, Rivanol<sup>7</sup>, de todo, no podía tener a esos niños, era

---

<sup>7</sup> Medicamento que separa la membrana amniótica de las paredes del útero y estimula las contracciones uterinas. Actualmente es poco usado en Cuba.

demasiado jovencita y no tenía el apoyo de nadie. No los iba a parir para ponerlos a pasar trabajo—.

Maritza tuvo a su primogénito a los 15 años y su primer encuentro sexual fue a los catorce; cuando le pregunto por su precoz acercamiento a las relaciones de tipo sexual nada más responde:

—tenía que hacer mi vida, la calle es dura y nadie se ocupaba de mí—.

Su madre nunca fue la más amorosa, dedicada o consejera, no conoció a su padre y su padrastro parece ser un enigma. Mari no habla mucho del tema, prefiere no mencionarlo, sin embargo, como quien quiere pasar muy rápido un trago amargo, me cuenta la historia con mil afanes. El nuevo esposo de su mamá la crió desde los dos años, pero en algún punto Maritza dejó de ser su niña para ser su mujer, los abusos comenzaron y no tuvieron para cuando acabar. Lejos de defenderla con furia y recelo, la madre la culpó. Maritza se había convertido en su rival y por eso, sin más espera, la empujó a la calle, ahí comenzó la pesadilla.

—Ella tenía su mundo, si me hubiera guiado yo fuera alguien, pero no tuve a nadie—.

Enseguida sus ojos se tornan chiquitos y brillantes, su voz se quiebra y la Mari de la sonrisa perenne se esfuma. Carga en sus hombros una historia larga, dolorosa, intensa, llena de arrepentimientos que pinta con esa inconfundible sonrisa. Todo es una fachada, la sonrisa no es más que un arma para seguir, para sobrevivir, para mantenerse en pie. Luego de mencionar a su madre nuestra conversación deja de ser una simple entrevista, Mari abre la llave del desahogo y esta charla se convierte en un derroche interminable de historias concatenadas. No más sonrisas.

Y es que Mari viajó en el tiempo, y recordó. Recordó por qué no deseaba esos hijos que abortó. Recordó que vivió en la calle, que pasó hambre; que llegó con Michael, su hijo mayor, en los brazos a pedir posada y su madre le cerró la puerta en la cara. Recordó que,

finalmente, la abuela paterna del bebé se quedó con él, pero que no aceptó darle refugio en su casa.

–El papá del niño me daba golpes y ella lo sabía, entonces me dijo que se iba a quedar con el bebé, que ella lo iba a cuidar, pero que prefería que yo me fuera para que él no me maltratara–.

Recordó que quería ser enfermera, pero al primer año de estudio desertó. Recordó que quería viajar, pero tampoco lo logró; por 3 horas, Mari no ha hecho más que recordar.

Siete años vivió sin su hijo. Lo recogía los viernes para pasar el fin de semana juntos, lo llevaba a casa de una amigas y ellas la ayudaban a bañarlo; luego, con su niño todo entalcadito, salía a caminar por las coloniales calles de La Habana, a recibir la brisa marina, a respirar, a olvidar, a vivir ese instante con Michael y capturarlo para hacerlo perdurar hasta su próximo encuentro. Cuando tuvo dónde vivir se lo llevó con ella, pero las cosas no salieron bien.

–Él venía con malas mañanas, su familia paterna está llena de delincuentes. Yo hice de todo por mi hijo pero nunca me ha escuchado. Creo que le hice mucha falta todos esos años–.

Desde entonces los dolores de cabeza no han cesado. Michael comenzó a escaparse de la escuela, se iba a las tiendas aledañas y robaba juguetes. Luego incluyó todo tipo de artículos que le llamaran la atención.

–Empezó por cosas chiquitas, luego fue haciendo cosas peores–.

Se lo llevaron a un CDO, una institución para niños especiales. Michael tiene un retraso mental leve. Hoy ya es un adulto, tiene 28 años y está en la cárcel por robo con violencia, lo sentenciaron a 12 años.

–Le falta poco para salir, pero lo veo peor, ahí aprende más malas manías que en cualquier otro lado. Yo le llevo bolsas con comida, ropa, de todo; le digo que cuándo va a cambiar, que no me haga sufrir más, que sea un hombre de bien, que haga su vida lejos de los vicios y los problemas. Él sólo me mira, me besa las manos y llora–.

Mari me mira fijamente, como disculpándose. – Yo no he sido una mala madre, he apoyado a mi hijo en todo, pero en eso no, en eso no lo puedo apoyar, nunca he robado y tampoco lo pienso hacer–.

Nos quedamos en silencio, debe pasar el trago amargo para poder seguir.

– ¿Quieres agua? –.

– No, yo estoy bien, es que contar esto es difícil, la vida ha sido muy dura–.

Un niño pequeño entra a la sala e interrumpe la conversación, se cuelga del cuello de Mari y comienza a llorar desconsoladamente. El trencito de plástico se rompió. Ella lo consuela y trata de calmar a su esposo iracundo para que no regañe al niño. Cuando no se vive en abundancia los bienes materiales adquieren más valor, se atesoran y se trata de prolongar su vida útil para sacarle el mayor provecho posible. La pérdida del juguete no sólo la sufre el infante, sino también sus padres.

–Este es mi bebé, es mi todo, tiene dos añitos–.

Mari supo de ese embarazo cuando ya tenía siete meses, pero de haber sabido de su estado antes, este bebé tampoco hubiera nacido.

–Este era un quistecito, muchas veces me pasó que los embarazos no se me notaban, estaban escondidos, así que empezaban siendo supuestos quistes; este chiquitico que ves aquí era un quiste, pero no lo cambio por nada. Este niño es mi esperanza–.



Mari vuelve a recordar: una vez conoció a un hombre, varios pasaron por su vida. Hombres buenos y otros no tanto, pero este era especial. La trataba muy bien, le enseñó lo mucho que valía como ser humano y a no permitir el maltrato. Nuevamente, Mari quedó embarazada, era una niña. Pensó en tenerla, siempre quiso tener una bebita, pero se arrepintió, la historia con Michael había sido muy dolorosa. Cuando se realizó la interrupción del embarazo, ya tenía cinco meses de gestación y, a pesar de que su prontuario en materia de abortos ya era largo, esa vez las cosas se complicaron.

–Casi me muero, parece que con tanta anestesia no me podía despertar, hasta empecé a ver familiares muertos–. De eso han pasado un poco más de diez años, ese fue el aborto que más la marcó, amaba mucho a aquel hombre.

La decisión le dolió tanto que por eso ahora no se separa de su pequeño ni un segundo. Maritza está aferrada a su hijo como si nada más en el mundo valiera la pena, el niño aún duerme con ella.

–Nunca durmió en cuna; tuvo una muy linda, pero yo no quiero dejarlo en ningún lado, está muy chiquitico todavía. Mis amigas dicen que lo sobreprotejo, pero no me importa–.

Cuando lo mira su congoja desaparece y a Mari el rostro se le ilumina. El padre del niño lleva nueve años con ella, cuando le pregunto por su relación me responde dudosa,

unas veces la trata bien y otras mal, pero ella intenta sobrellevarlo. Han estado a punto de separarse varias veces, pero nunca se ha decidido.

–Los niños necesitan de su papá y su mamá. Mi niño adora a su padre, no los voy a separar, sólo me importa que él sea feliz–.

El miedo a que se repita la historia de Michael la ha llevado al otro extremo, quiere concederle todo a su bebé, lo mantiene bajo su ala protectora para que nada ni nadie lo dañe. De hecho no manda lo manda al jardín porque quiere esperar a que hable mejor, teme que algo le pase. Ya probó con un jardín particular, es decir, que no es manejado por el Estado, pero no lo soportó. El apego que se tiene ese par es indescriptible.

Hacemos una pausa, hay que bañar al pequeño. Mari me permite acompañarla– Estamos en confianza–, me dice. El esposo ya ha calentado previamente el agua en un jarro de hierro, lo lleva hasta el baño y lo vierte en un balde plástico que contiene agua fría. Luego, la odisea comienza, corremos por toda la casa tratando de atrapar al muchachito que se rehúsa a meterse en aquella tina. Lloro, pataleo, se tira al piso y, finalmente, a la fuerza, entra al dichoso baño. A totumasos lo bañamos; sí, digo bañamos porque también yo termino involucrada en esta titánica tarea que, en un principio, me pareció tan sencilla. Al terminar, lo envolvemos en una toalla, lo llevamos al cuarto, lo secamos bien y, como en un efecto deja vu, entalcamos a la criatura. Lo vestimos, o bueno, le ponemos unos calzoncillos y lo sacamos al balcón a tomar algo de aire. “Afortunado él que puede darse el lujo de andar con tan ligera vestimenta”, pienso. El calor de este verano inclemente es infernal.

Continuamos nuestra charla y nuevos recuerdos comienzan a surgir, Mari me cuenta de las varias oportunidades que tuvo para salir del país; sin embargo, el avión terminó yéndose sin ella.

–Yo tenía unos amigos españoles que me iban a sacar. Uno se iba a casar conmigo para que me pudiera ir y me iban a dar trabajo en España, pero no lo hice; Michael ya estaba en la cárcel, no me podía ir sin él, a mis hijos no los dejo por nada–.

No sabe cómo sería su vida en otro país, a pesar de que le gustan las gratuidades con las que cuenta en Cuba, está segura de que en otro lugar no se moriría de hambre.

–La gente dice que la vida afuera es dura, pero yo haría lo que nadie quiere: limpiar pisos, palear nieve, ser niñera, lo que sea con tal de que a mi hijo no le falte nada–. Mari todavía sueña con viajar.

Son las nueve de la noche y la algarabía continúa. Los niños, incansables, siguen jugando en el balcón, justo al lado de nosotras; el bebé de Mari también se divierte. Mientras tanto, nosotras los miramos extasiadas; ella, enamorada de su pequeño; yo, admirada de la capacidad infantil de ser feliz sin mayores lujos ni pretensiones, incluso sin el tencito de plástico. Ahí, contemplando a los infantes me dice:

–Si yo hubiera podido los habría tenido–

– ¿A todos los bebés?–

–Sí, esos eran mis hijos. Aunque lo haya hecho tantas veces, abortar no es fácil, es muy triste–

– ¿Nunca te dio miedo quedar infértil por hacerte tantos abortos? –

–No, ya había tenido a Michael, entonces no me daba miedo, de hecho hubo un tiempo en el que no volví a quedar embarazada, pasaron como cinco años, dejé de usar condón porque yo decía que ya no me embarazaba, de ahí salió mi niño chiquito–.

Mari dice que siempre ha conocido todos los métodos anticonceptivos, que los usa y por eso nunca le ha dado ninguna enfermedad, pero justifica sus constantes embarazos interrumpidos con condones rotos y pastillas que nunca le han servido; o por lo menos, eso afirma ella. Luego de 27 abortos lo que le gustaría es ligarse las trompas.

–No quiero hacerme ni uno más–.

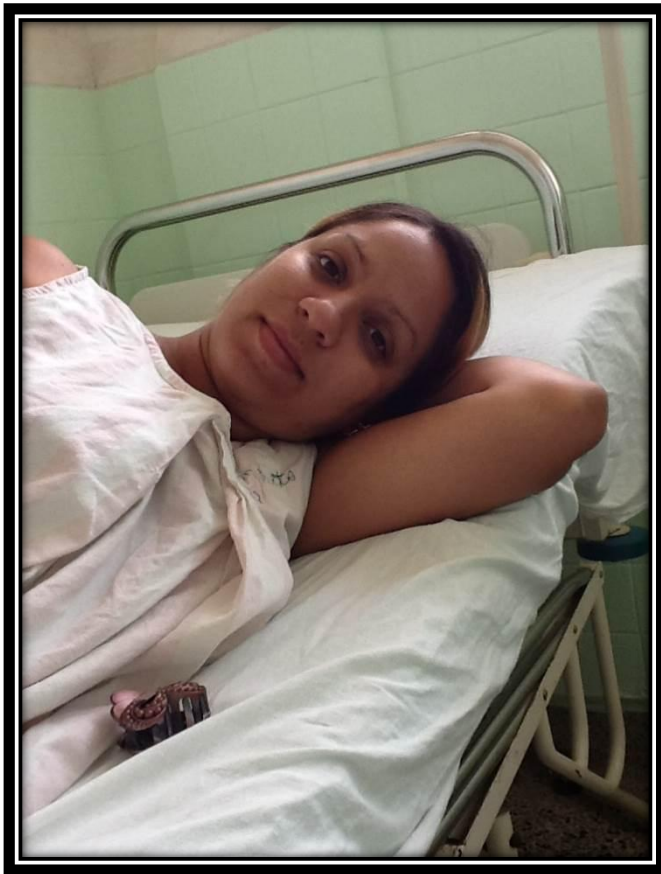
Ya es tarde, el pequeño debe ir a dormir; no lo logra sin su madre, así que Mari se vuelve a colgar su sonrisa, carga a ese que llama “su bastón”, se despide con un cálido abrazo y se va a su habitación; no sin antes decirme: –cuidado con las escaleras, están oscuras–.

### ***6.3. La enfermedad del gato***

Hace un calor sofocante en La Habana. Los árboles están estáticos y el sol resplandece tanto que se dificulta la visión. Ha sido un día largo y cansado, me he paseado por los consultorios de ginecología del Hospital Materno-Infantil Hijas de Galicia durante horas, en la mayoría no hay aire acondicionado y los ventiladores soplan un aire tibio que te derrite. Esta botella de agua helada ha sido mi salvación. Con razón todos creen que soy extranjera, me he desacostumbrado al calor.

Ahora espero en la sala de partos, me acompaña Leslie Leblanc, la enfermera jefe, me dice que en cuanto llegue alguien a la habitación de aborto inducido me avisa para que pueda entrevistar a la paciente. Estoy aquí desde la mañana, ya son las 4:00 pm, el tiempo





se agota y hasta ahora nada. Creo que me iré sin esta historia. Recojo mis cosas, parece que hoy no será el día. Me dirijo a la salida en busca de la enfermera que me ha acompañado y efectivamente la encuentro, está con una mujer y me la presenta:

–Gabriela, ella es Lissandra, está aquí para realizarse un aborto inducido, la puedes acompañar y así conversan–.

Enseguida dejo mi bolso y me quedo con ella, entramos a la habitación que le corresponde. Las ironías de la vida, en esta misma habitación me

indujeron el parto hace un año. Una ráfaga de recuerdos atraviesa mi mente, todo en unos segundos. Nunca pensé entrar nuevamente a este cuarto. Trato de reponerme del impacto lo antes posible, en este momento debo concentrarme en la paciente. Me siento identificada, veo en su rostro la misma angustia y tristeza que sentía yo aquel 9 de abril de 2013.

Por la ventana de la habitación se obtiene una majestuosa panorámica de La Habana, pero ella ni se molesta en mirar, parece un cuerpo sin alma. Sus movimientos son mecánicos, se quita la ropa, se pone la bata que le entrega la enfermera. Sólo se limita a dar las gracias. Lissandra sabía que vendría a esta sala de partos, se imaginaba saliendo, como la mayoría de mujeres que están aquí, sentada en una silla de ruedas, con una enorme sonrisa en el rostro, la mirada enamorada y su bebé en los brazos. Pero esta historia no terminará con tal feliz final.

Tiene 28 años y seis meses de gestación; hace dos recibió un tierno regalo que le cambió la vida: un cachorrito de gato. Todo iba bien, Lissandra nunca había tenido

mascota, pero no le incomodaba la idea, sin embargo, aunque el animalito le parecía lindo, no interactuaba mucho con él. Un mes después de la llegada de este nuevo integrante a la familia, Lissandra sufrió una fuerte gripa, le faltaba el aire, tosía mucho, le dolía el pecho. Estaba muy preocupada, no quería que su bebé se viera afectado, entonces, no dudó en acudir al médico; le dijeron que sólo era una gripa que había desencadenado en un cuadro asmático. Así, regresó a su casa y el asunto no pasó a mayores.

Hace dos semanas, le realizaron una ecografía, los resultados estaban alterados. El varoncito que lleva en el vientre tiene una infección intestinal, su pequeño estómago está cerrado y sufre malformaciones. Lissandra está devastada, la gripa que sufrió durante un mes era la manifestación de una toxoplasmosis<sup>8</sup> transmitida por el gato. Ahora su bebé está contagiado y las posibilidades de sobrevivir son muy limitadas, el cuadro clínico es severo.

El nombre científico que recibe la infección que contagió a Lissandra y a su bebé se denomina Síndrome de Torch y corresponde a un conjunto de agentes virales, parasitarios y micóticos tales como *Toxoplasma gondii*, virus Rubéola, Citomegalovirus, virus Herpes simplex, virus hepatitis B y C, entre otros. Probablemente, el virus que afectó a Lissandra lo hizo por vía sanguínea: invadió el torrente circulatorio, atravesó la placenta y a través del cordón umbilical llegó al feto.

—Yo pensé que el catarro que me dio no era nada grave, las embarazadas somos muy sensibles y agarramos cualquier virus que ande en el ambiente. No pensé que es gatico fuera el causante de esto—, me cuenta en un todo de voz muy bajo. Pareciera no tener fuerzas ni para hablar.

Este embarazo ha sido muy difícil para ella, durante los seis meses que lleva de gestación ha atravesado muchos padecimientos. Lo primero fue una amenaza de aborto que la mantuvo acostada casi todo el tiempo, luego una infección en los riñones, después la

---

<sup>8</sup> La toxoplasmosis es una enfermedad de origen parasitario que se produce tras la ingestión de ooquistes del protozoo *Toxoplasma gondii*. Es una enfermedad zoonótica, es decir, que es transmitida al hombre por diferentes especies de mamíferos y aves contaminadas. Los huéspedes definitivos son el gato doméstico y silvestre, y los huéspedes intermediarios los animales de sangre caliente (mamíferos y aves). (Forero, 2013)

fuerte gripe. El deseo por tener a su bebé la mantuvo con fuerzas y ánimo para recuperarse de todo.

–Esto me duele demasiado, con todo lo que he pasado, no sabes cómo me he sacrificado para tener este niño, esto no es fácil–, me cuenta.

Lissandra estuvo casada en una primera ocasión y tuvo un hijo que hoy tiene nueve años. Fue mamá muy joven, a los 19 años. Todo iba bien y un segundo bebé venía en camino, pero como dicen en Cuba, aquel hombre era “la candela”: la engañaba con otras mujeres. Al final, Lissandra descubrió que al mismo tiempo que ella, otra joven estaba embarazada de su esposo. No quiso tener al bebé, la idea de traer otro hijo al mundo, en las condiciones en las que se encontraba su matrimonio, la espantaba. Ese pequeño nacería con unos padres separados que, además, se llevaban como perros y gatos. Entonces, decidió practicarse un legrado.

Nos interrumpe una enfermera: –Vamos Lissandra, te toca la primera dosis de Misoprostol–.

Me mira, en medio del desconsuelo de la situación y la soledad de aquella habitación cualquier desconocido se convierte en el más grande apoyo.

–Acompáñame, tú ya sabes como es y me siento más tranquila–, me pide.

Nos dirigimos a la sala de revisión, Lissandra se acuesta en la camilla y la ginecóloga le pone el espéculo. La mujer sólo llora en silencio, no emite una queja. La doctora toma las pinzas y coloca en el extremo una pastilla de Misoprostol, abre el cuello y la introduce, Lissandra cierra los ojos en señal de dolor. Luego, nuevamente, el mismo procedimiento tres veces: dos pastillas son ubicadas en el lado derecho del útero y dos del lado izquierdo. Es todo, ya podemos regresar a la habitación y esperar las primeras contracciones. En seis horas vendrá la siguiente dosis.

A Lissandra la atormenta la idea de abortar, anteriormente lo ha hecho dos veces, esta es la tercera. La primera vez fue cuando tenía 17 años, se sentía muy joven para ser mamá, estaba estudiando y tenía otras ambiciones; de manera que decidió realizarse una regulación menstrual. Luego, tuvo a su primer hijo y, cuando este cumplió dos años, quedó embarazada nuevamente; tras saber el engaño de su esposo acudió al legrado para terminar con su estado.

Se acababa de graduar de Comunicación Social en la Universidad de La Habana y, como regalo, le habían enviado la carta de invitación para ir a visitar a unos familiares en Italia, ya todo estaba listo. Dos días después del procedimiento abortivo, tomó el avión. Se fue sin saber cómo habían salido las cosas con el legrado y todo se complicó. Estuvo en Italia por tres meses, durante ese tiempo jamás llegó su menstruación. Comenzó a sufrir de dolores pélvicos y a supurar, pero allá no detectaron la causa de su padecimiento, le achacaron la culpa al cambio de clima. Al llegar a Cuba, descubrió que tenía una infección que había avanzado al estadio de cervicitis crónica<sup>9</sup>. Durante el legrado, rasparon excesivamente el cuello uterino de Lissandra, este se quedó sin mucosa y se pegó, lo que produjo que la sangre de cada menstruación quedara atrapada al interior de su cuerpo. Durante un año, la joven tuvo que mantenerse en tratamiento para patología de cuello uterino, el riesgo de quedar infértil era alto, sin embargo, logró recuperarse.

Luego de su regreso a Cuba y de la dolorosa experiencia post-legrado, Lissandra conoció a su actual esposo. Trabaja como agente de seguridad de vuelos en Cubana de Aviación, la aerolínea nacional. Actualmente llevan dos años de casados. Él trata muy bien al hijo de su esposa, se ha ganado a la familia de la joven y se ha apersonado de su papel de padre. Lissandra se culpa por no poder tener el hijo que tanto habían planeado. Como si la falta hubiera sido suya, como si hubiera podido proteger a su bebé.

—Él es un hombre muy bueno, es muy trabajador y amoroso. No se merece esto. Teníamos muchos planes, como él viaja tanto, le ha comprado al bebé un montón de cosas;

---

<sup>9</sup> La cervicitis crónica es una inflamación persistente del cuello uterino.

ya teníamos la cuna, ropita, juguetes, de todo. Además mi hijo estaba enloquecido con la idea de tener un hermanito, no sabes la tristeza que tiene. No es fácil explicarle esto—.

En el pasillo de la sala de partos hay una gran algarabía, los cubanos hablamos bastante alto y economizamos tiempo llamando a las personas o dando rápidos mensajes mediante gritos. Se escucha: — ¡Vamos partoooooo!—, así saben que deben correr a asistir un nacimiento. De repente vemos a médicos y enfermeras correr como si se tratara de una maratón. Se escuchan gritos de dolor y, enseguida, el primer llanto de un bebé. Nos quedamos en silencio, esto parece un acto de masoquismo.

Rompe el silencio, —Me arrepiento de las veces que aborté, ahora no quiero y estoy obligada por el problema que tengo—.

Hace un tiempo, Lissandra vino a este mismo hospital, tenía cita de control prenatal. Afuera se mueve el contrabando de todo tipo, el cubano no se vara, vive del rebusque, del invento, por eso la escasez no lo mata. La madre de Lissandra compró unos DVD's piratas, eran de Discovery Channel y trataban sobre la formación de la vida humana durante la gestación. Ese día, luego de ver los videos, Lissandra recordó los abortos que se había hecho y se sintió culpable.

—Cuando me saqué el segundo embarazo mi mamá me decía: ¡eso todavía no es nada, es una bolita de sangre! Pero cuando salí embarazada de este bebé y vi el Discovery, supe que a las 4 semanas tiene corazón; me impactó muchísimo, en ese momento dije: eso que hice es un crimen, esa era una vida formada. Ese día lloré mucho—.

Hace caras de dolor, ya empezaron las contracciones; es un buen síntoma, tal vez el proceso de expulsión del feto sea rápido y la pesadilla acabe rápido. No obstante, más allá de su dolor Lissandra siempre habla en voz baja y se acaricia el vientre constantemente. En este momento, su bebé ya ha muerto: las contracciones que genera la dosis de Misoprostol detienen el corazón del feto; sin embargo, ella hace el movimiento de manera inconsciente. Es su forma de anhelar que nada de esto hubiera sucedido.

Lissandra no deja de mencionar los anteriores abortos, la atormentan; el hecho de no poder tener este bebé la hace pensar que es un castigo por los actos del pasado. No entiende que las mujeres sigan abortando. Dicen que “Dios le da pan al que no tiene dientes”.

–Casualmente, el día en que me descubrieron lo de la infección por Torch, había una muchacha conmigo haciéndose el ultrasonido ahí en la clínica; ella tiene un niño de dos añitos, salió embarazada, ese día le dijeron que era otro varoncito. Y hoy me la encuentro ya aquí en el policlínico cuando me estaban haciendo el ingreso; estaba en la cola para interrumpirse el embarazo con Misoprostol. Yo le dije –Niña, ¿y por fin cómo te fue?, y me respondió –No, miija me lo voy a sacar. ¡Qué va! Yo no puedo tenerlo–.

Puedes creer eso, me interpela, –Yo sufriendo por mi hijo y ella botándolo por amor al arte–.

Para Lissandra la cantidad de abortos que se hacen las mujeres cubanas es resultado de la ignorancia, pues saben de enfermedades y métodos anticonceptivos, pero no del ciclo de la vida. Después de las experiencias que ha vivido, siente que es necesario complementar esa información teórica con una formación de conciencia, para que las mujeres se protejan no sólo por ellas, sino por no dañar esas vidas que se forman producto de la irresponsabilidad. Noto el valor que le da a la vida, Lissandra no es católica y tampoco sigue ninguna otra religión, pero su discurso se asemeja al de un devoto ¿Quién diría que un DVD pirata iba a convertir a esta mujer en una enemiga del aborto? Cuando le pregunto sobre la solución al problema social que atraviesa Cuba por el abuso de la interrupción voluntaria como método de planificación familiar me responde:

–Yo no tenía conciencia de lo que estaba haciendo cuando me hice esos abortos y solo pensaba en resolver mi problema, con esas muchachas pasa lo mismo. Pienso que deberían entregar folletos, más información sobre todos los procesos que se dan durante el embarazo. Porque aparte de la vida de uno, es la vida del niño. No es un mueble–.

Cuando Lissandra logre expulsar el feto la trasladarán al Instituto Pedro Kourí, IPK, ahí tratarán su toxoplasmosis, pues aún porta el virus. Está adolorida, quiere dormir un rato, así que decido dejarla descansar. Las contracciones se hacen más frecuentes, se agarra del barandal de la cama y lo aprieta. Nuevamente gritan en el pasillo, viene otro parto; pronto escucharemos el llanto.

#### ***6.4. Ángeles que juegan béisbol***

En la consulta de regulación menstrual del policlínico Reyna me encontré con Clara Luz Cintera, de 37 años. Todos en este hospital la conocen, es frecuente usuaria de los servicios de interrupción voluntaria del embarazo y, al parecer, no goza del aprecio de los que aquí trabajan. A medida que hablo con ella, lo entiendo. De hecho, no dejo de pensar en lo irónico de su nombre; es demasiado poético para su proceder chabacano y su hablar pedestre. Para Clara este asunto del aborto resulta hilarante y mis preguntas le parecen obvias e intrascendentes.

– ¿Qué quiere que le diga doctora? (no sé por qué me ha honrado con tal título). Quedé embarazada por no cuidarme, por “inneligencia” mía–.



Seguramente Clara intenta decirme que es negligente en su vida sexual, pero no le atina a la palabra,

así como tampoco logra atinarle al número de embarazos que ha tenido en su vida, de modo que sólo se le ocurre decir:

– He estado embarazada infinitas veces–, luego suelta una carcajada.

Sin embargo, insisto; le pido un aproximado. Clara estima que se ha hecho siete legrados y unas 15 regulaciones menstruales, lo que resume 22 interrupciones voluntarias del embarazo. Demasiadas intervenciones para una mujer de 37 años. Clara empezó su vida sexual a los 13, (no soy muy buena con las matemáticas, pero, si mis cuentas no se equivocan, estas cifras equivalen a más de una interrupción por año durante su vida sexual activa). Tiene una hija de 15 años y un hijo de 6, sumando estos dos embarazos a los que nunca llevó a término, ha tenido 24 periodos de gravidez. Para Clara la sexualidad es un asunto de pasión y atracción física, no de edad.

–Empecé mi vida sexual a esa edad porque me gustó el papá de mi hija, y eso que me demoré en empezar–, dice con jocosidad.

La enfermera que asiste los procedimientos suelta una enorme carcajada.

– ¿Usted escuchó lo que dijo? Grabe todo y publique esas barbaridades–, me dice.



Clara la acompaña en su risa, no es motivo de vergüenza lo que expone, al contrario, sus carcajadas declaran lo que siente: indiferencia. En realidad no le preocupan mucho los abortos que se ha practicado y menos el no protegerse mediante ningún medio. Para esta mujer, el condón es una molestia que no ha usado en su vida y que no piensa comenzar a utilizar a estas alturas. Las pastillas la podrían engordar y los Dispositivos Intrauterinos son incómodos. Al parecer, Clara planea ligarse las trompas desde hace varios años, sin embargo, tampoco lo ha hecho.

Vino sola, su esposo está trabajando, pero tiene pleno conocimiento de su embarazo y está de acuerdo con la interrupción de su estado. El perfil de esta mujer tiene una particularidad: sus relaciones amorosas han sido estables. Tuvo un primer matrimonio que duró 11 años, de ahí resultó su primera hija. Luego se casó con su actual esposo, con quien lleva 14 años de relación y tuvo a su hijo menor. Muchas de las mujeres que acuden regularmente a realizarse interrupciones del embarazo cambian de pareja sexual en un periodo corto de tiempo, por eso el caso de Clara es diferente.

No quiso estudiar, terminó la secundaria básica a regañadientes y se dedicó a ser ama de casa. En Cuba, luego de la secundaria, que termina en noveno grado, se cursa el preuniversitario técnico, de décimo a once. En esta etapa se escoge un enfoque en dependencia de los gustos y habilidades del estudiante, de manera que termine mejor preparado para la carrera que escoja en la universidad. Y aunque es gratuito, el estudio es obligatorio hasta noveno grado, de ahí en adelante el alumno tiene derecho a escoger si desea o no seguir estudiando. Generalmente quienes no hacen estudios superiores, terminan el preuniversitario para aplicar a un trabajo que requiera el título de bachiller técnico. Pero, evidentemente, estas ambiciones no corresponden a las de Clara, ella asegura que prefiere quedarse en la casa y que la mantenga su marido, pues bastante hace con cuidar a los muchachitos.

Reconoce que los procedimientos de interrupción del embarazo son dolorosos y desagradables; sin embargo, aunque al final de cada aborto promete no volver, tarde o

temprano termina regresando a repetir el proceso. De hecho, su hija mayor la acompaña en la mayoría de ocasiones; un buen ejemplo de su “inneligencia”.

Para Clara todo es motivo de gracia y alborozo, no ha dejado de reírse desde que comenzamos a hablar. Este asunto continúa pareciéndole tan irrelevante que cuando le pregunto si considera que los embarazos que ha abortado eran vida, casi no logra responder, y no precisamente por causa de un episodio de reflexión o por el impacto de la pregunta; sino porque, nuevamente, sus carcajadas no le permiten terminar las oraciones.

– Ya no me pregunte más doctora, yo aborto porque no quiero tener más hijos y salen. Yo le mando todos esos niños a Dios para que los ponga a jugar béisbol en el cielo–.

Con tan inesperada respuesta, la ginecóloga, la enfermera y yo hemos enmudecido. Mientras, Clara sigue riendo de su inagotable “inneligencia”.

## **Conclusiones**

La interrupción voluntaria del embarazo en Latinoamérica se ha caracterizado por su naturaleza prohibitiva. El carácter ilegal del aborto, varía desde ciertas legislaciones que adoptan una posición absolutamente criminalizadora, hasta aquellas que lo permiten sólo en circunstancias específicas, como es el caso de Colombia. Sin embargo, estas prohibiciones, impedimentos y condicionamientos para el aborto, sólo han generado una problemática mayor: lejos de impedir su práctica, han empujado a mujeres de todas las edades y estratos

a acudir a la opción del aborto inseguro, practicado en condiciones clandestinas y peligrosas. Esto se ha traducido no sólo en la cobranza de múltiples vidas, sino también en problemas económicos, sociales, de salud pública y de justicia social tanto para los Estados como para las mujeres de América Latina. Así, en Colombia, este tema continúa siendo crítico y espinoso; luego de la aprobación de la ley C-355 de 2006, no se ha visto una disminución de la tasa de abortos clandestinos, lo que significa que la ley se ha manifestado ineficiente e insuficiente.

El hecho de que la historia, la cultura, los imaginarios colectivos, e incluso el cuerpo ejecutivo colombiano se encuentren permeados por fuertes convicciones religiosas, en mayor medida de carácter católico, ha constituido un enorme obstáculo para la aprobación completa e incluso parcial del aborto en el país. Estos, sin duda alguna, no son los filtros por los que deberían pasar este tipo de asuntos. Los peros de la ley y los prejuicios de la iglesia sólo han empeorado el problema. En Colombia y en la mayoría de países latinoamericanos se están obviando asuntos eminentemente fundamentales, como el derecho de la mujer a decidir sobre su cuerpo, su vida y su futuro, y el derecho de la criatura a ser deseado por sus padres y a nacer en un hogar en donde se le satisfagan sus necesidades principales, de manera que logre tener un desarrollo estable y feliz. Si bien es loable y entendible la tendencia por defender los derechos de la vida en gestación, se está obviando el sentir de la mujer, pues lo de ella también es un asunto de vida. En Colombia aún hay más impedimentos que posibilidades, hay más prejuicios que oportunidades reales y si bien, la aprobación de la ley fue un gran paso, todavía quedan muchos asuntos por solucionar, la ley aún no es completamente efectiva, quienes tienen la posibilidad de acogerse a ella, en ocasiones, no lo logran y quienes no, continúan engrosando las listas de mujeres que acuden a la opción ilegal e insegura. Cerrar los ojos ante esta realidad, hasta ahora, no ha traído resultados fructíferos.

Cuba, por su parte, se encuentra dentro de la reducida lista de países en los que el aborto es legal en cualquier circunstancia, así las mujeres gozan de todas las libertades y opciones para llevar a cabo una interrupción voluntaria del embarazo y cuentan con todas las facilidades para realizarla de manera gratuita y segura. Sin embargo, este procedimiento

invasivo se ha convertido en un asunto normalizado, tanto, que ha llegado al punto de ser utilizado como método de planificación familiar. Mientras en otros países el asunto de la planificación familiar muchas veces está ligado a impedimentos económicos y educativos, en la isla no hay excusa. El estado provee a la población de todo tipo de medios de protección para generar una planificación familiar efectiva y además proporciona a adolescentes, jóvenes y adultos de una educación clara y accesible.

Al hablar con los ciudadanos, tanto mujeres como hombres se llenaron de pretextos para explicar su irresponsabilidad cuando de sexualidad se trata, bien fuera por el machismo, la incomodidad de los dispositivos intrauterinos, los “efectos secundarios de los métodos hormonales”, en entre otras miles de explicaciones. Al tratarse de la decisión de abortar, la lista de excusas continuaba: la escasez de vivienda y de dinero, la dura situación que se vive en el país, los altos precios de los productos en el mercado, en fin. Si bien es cierto que Cuba atraviesa por una situación económica difícil, esto no constituye una razón para el uso del aborto como método de planificación familiar, más cuando se goza de una asistencia estatal efectiva. En la isla, la educación; y la accesibilidad a los métodos anticonceptivos de manera gratuita no han sido suficientes, la inconciencia de la población frente a este tema es alarmante. Muchos alegan que la educación sexual es la respuesta, sin embargo, este país caribeño es la viva prueba de que si bien ese es un factor esencial, en él no recae el peso absoluto de la solución; la educación sexual en Cuba es amplia y variada, pero parece no llegar a los receptores; parece no ser suficiente; parece no surtir los frutos esperados. De manera que, evidentemente, ni el caso de Colombia, ni de Cuba funcionan, ambos extremos resultan problemáticos.

Sin embargo, aunque muchos países en América Latina siguen contando con las más restrictivas políticas sobre aborto en el mundo, no todo el panorama en la región es desalentador; el caso de Uruguay se presenta como un ejemplo de avance en el tema, pues el país legaliza el aborto en las primeras 12 semanas de gestación y provee a la paciente de la asistencia de un equipo interdisciplinario de tres profesionales que deberá prestarle asesoramiento sobre los riesgos inherentes a la práctica del procedimiento y, finalmente la decisión dependerá única y exclusivamente de la mujer y su pareja, de ser el caso. Es de

esperar entonces que el Estado uruguayo logre mantener en la población una conciencia seria acerca de la trascendencia de este asunto y de la importancia del uso de los métodos de planificación familiar de manera responsable, para así evitar la asistencia masiva de mujeres a los consultorios con el fin de realizarse una interrupción voluntaria de embarazo.

El aborto es un tema problemático y espinoso en todos los ámbitos y cada caso abre un espectro diferente con respecto a las convicciones morales, pues estas suelen ser muy disímiles. Cada persona es un mundo, como diría mi abuela, un grano de arena jamás es igual al otro; es por eso que resulta tan complicado tomar un partido, dar un veredicto acerca del tema, ya que, más que nada, es un asunto que le compete a la humanidad del ser en su esencia. No todo está dicho, falta mucho por hacer y, sobre todo, por entender. Sin embargo, el tiempo ha hecho su labor y, con los años se han ido abriendo espacios de estudio que han permitido que la visión frente al tema se vaya transformando y que la discusión comience a tomar tintes más amables y esperanzadores. Resulta imposible hablar de una sola verdad frente a la concepción del aborto, no obstante, este reportaje ha buscado mostrar distintas realidades desde dos extremos cuestionables y problemáticos, de manera que sea posible poner sobre la mesa otros factores a discutir.

Este es el resultado de un trabajo catártico individual, es el cierre de varios sucesos trascendentales en mi vida. Luego de haber realizado este estudio, comprobé una teoría personal: el fenómeno del aborto como una decisión no sólo de la mujer, sino de la pareja es un asunto que va más allá de las leyes y las concepciones religiosas con sus obstáculos y prejuicios. Y es que las leyes nunca podrán dimensionar los complejos procesos humanos que se tejen alrededor de esto. No se trata de una vida, se trata de muchas que con el suceso del nacimiento o del aborto cambiarán irremediable y drásticamente.

## **Bibliografía**

- (s.f) El aborto en Cuba entrevista a Provida [Archivo de video]. Recuperado de <http://www.youtube.com/watch?v=g85Ib81eb7E>
- (s.f) Entrevista sobre el aborto a Dra. Celia Hernández [Archivo de video]. Recuperado de <http://www.youtube.com/watch?v=yqBT0xvAfqY>

- (s.f) Aborto en Latinoamérica (2012) <http://abortolatinoamerica.com/aborto/legislacion/906-2/>
- (s.f)Entrevista sobre el aborto en Cuba [Archivo de video]. Recuperado de <http://www.youtube.com/watch?v=16u1Od8GpyI>
- (sf) (12 enero 2006). Ley del aborto en china. [en línea] recuperado de: <http://www.gecoas.com/religion/Trabajos/aborto/legalChina.htm>
- (sf) (14 de junio 2012). El Gobierno chino obliga a abortar a una mujer a los siete meses de gestación. [en línea] recuperado de: <http://www.elmundo.es/elmundo/2012/06/14/internacional/1339670089.html>
- (sf) (14 de marzo 2011). Cuba: usan el aborto como método anticonceptivo. [en línea] recuperado de: <http://www.infobae.com/2011/03/14/1020808-cuba-usan-el-aborto-como-metodo-anticonceptivo>
- (sf) (17 de marzo 2011). Aborto está fuera de control en Cuba. Aciprensa. [en línea] recuperado de: <http://www.aciprensa.com/noticias/aborto-esta-fuera-de-control-en-cuba/#.UiPjFtIgbCl>
- (sf) (19 de febrero 2013). Mujer golpeada y obligada a aborto por policías en China: Perdimos a nuestro bebé. [en línea] recuperado de: <http://www.aciprensa.com/noticias/mujer-golpeada-y-obligada-a-aborto-por-policias-en-china-perdimos-a-nuestro-bebe-50365/#.Uj-CCtIgY4U>
- (sf) (2001). Aborto. Granma Consultas médicas.[en línea] recuperado de: <http://www.granma.cubaweb.cu/salud/consultas/a/a01.html>
- (sf) (29 de enero 2013) TV Martí Noticias — Mujeres en Cuba explican porque no quieren tener hijos. [en línea] recuperado de: <http://www.youtube.com/watch?v=DsKvK3cdzO0>
- Álvarez, L (1994) El aborto en Cuba. La Habana: Ciencias Sociales
- Álvarez, A. (2014, 28 de julio), entrevistada por López, G., La Habana.
- Álvarez, L. y Salomón, N. (2012), “El aborto en adolescentes en un contexto legal”, en Revista Cubana de salud pública [En línea], vol. 39, disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol39\\_sup\\_13/spu05su213.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol39_sup_13/spu05su213.htm), recuperado: 20 de noviembre de 2013.

- Amnistía Internacional (2009) La prohibición total del aborto en Nicaragua: la vida y la salud de las mujeres, en peligro; los profesionales de la medicina criminalizados.
- Arias, R. Estado laico y catolicismo integral en Colombia. La reforma religiosa de López Pumarejo [En línea], disponible en:  
file:///C:/Users/gabriela.lopez.UJAVERIANA/Downloads/-data-H\_Critica\_19-05\_H\_Critica\_19.pdf, recuperado: 21 de mayo de 2014
- Cabrera, V y Salazar, P (2014) Estilo de vida de los jóvenes y las necesidades de educación sexual [En línea], disponible en:  
[http://www.mineduacion.gov.co/cvn/1665/articles-340716\\_archivo\\_pdf.pdf](http://www.mineduacion.gov.co/cvn/1665/articles-340716_archivo_pdf.pdf)
- Comisión para la Interpretación Auténtica del Código de Derecho Canónico (1988) Qué entiende la iglesia por aborto [En línea], disponible en:  
<https://www.aciprensa.com/aborto/catolicosyaborto.htm>
- Díaz, N. (2014, 28 de julio), entrevistada por López, G., La Habana.
- Educación sin sexo, sexo sin educación [En línea], disponible en:  
<http://m.revistaarcadia.com/impresalibros/articulo/educacion-sexo-sexo-educacion/32150>, recuperado: 17 de mayo 2014
- El Espectador (2014) Las trabas absurdas al aborto en Colombia [En línea], disponible en: <http://www.elespectador.com/noticias/judicial/trabas-absurdas-al-aborto-colombia-articulo-519205>
- El Tiempo (2014) Polémico texto de Procuraduría sobre educación sexual [En línea], disponible en: <http://www.eltiempo.com/politica/justicia/polemico-texto-de-procuraduria-sobre-educacion-sexual/13972616>
- El Tiempo (2014) Polémico texto de Procuraduría sobre educación sexual [En línea], disponible en: <http://www.eltiempo.com/politica/justicia/polemico-texto-de-procuraduria-sobre-educacion-sexual/13972616>, recuperado: 16 de mayo 2014
- González, I. (2013), “Cuban Teenagers Overuse Abortion as Birth Control”, en Inter Press Service [En línea], disponible en: <http://www.ipsnews.net/2013/09/cuban-teenagers-overuse-abortion-as-birth-control/>, recuperado: 20 de noviembre de 2013.
- Heredero, L (Jueves, 10 de marzo de 2011). Cuba: cuando el aborto es una alternativa al método anticonceptivo. [en línea] recuperado de :  
[http://www.bbc.co.uk/mundo/noticias/2011/03/110119\\_cuba\\_aborto\\_salud\\_lh.shtml](http://www.bbc.co.uk/mundo/noticias/2011/03/110119_cuba_aborto_salud_lh.shtml)



- Juventud Rebelde (2011) Actualizan Programa de educación sexual [En línea] disponible en: <http://www.juventudrebelde.cu/cuba/2011-07-07/actualizan-programa-de-educacion-sexual/>
- Leblanc, L. (2014, 26 de julio), entrevistada por López, G., La Habana.
- Life Site News. (2006), Cuban Women Prefer Abortion as Birth Control Method [En línea], disponible en: <http://www.lifesitenews.com/news/archive//ldn/2006/jun/06060205>, recuperado: 20 de noviembre de 2013.
- Martí, J. (2013), “Abortion and Infanticide in Cuba”, en Population research Institute [En línea], disponible en: <http://www.pop.org/content/abortion-and-infanticide-in-cuba-1089>, recuperado: 20 de noviembre 2013
- Martínez, Y. (2014, 24 de julio), entrevistada por López, G., La Habana.
- Mayo, D (mayo 2002). Algunos aspectos histórico-sociales del aborto. [en línea] recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2002000200012&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2002000200012&script=sci_arttext)
- Montero, O. (2014, 4 de agosto), entrevistada por López, G., La Habana.
- Muñoz, A. (2014, 24 de julio), entrevistada por López, G., La Habana.
- Oriéntame. (2008), Lanzamiento del informe "Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia" [En línea], disponible: <http://www.orientame.org.co/Lanzamiento-del-informe-Embarazo.html>, recuperado: 20 de noviembre de 2013.
- Ortega, S. (2014, 30 de julio), entrevistado por López, G., La Habana.
- Pereira, C. N. (2009). Análisis del debate público sobre la despenalización del aborto en Colombia en el periódico El Tiempo (2005 al 2007). Bogotá.
- Pérez, N. (2014, 26 de julio), entrevistada por López, G., La Habana.
- Prada E. et al. (2011) Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: causas y consecuencias. Nueva York: Guttmacher Institute
- Presidencia de la República Oriental del Uruguay (2014) Uruguay tiene las tasas más bajas de aborto y mortalidad materna de América [En línea], disponible en: <http://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/conferencia-salud-de-la-mujer-en-uruguay>

- Profamilia (2010) Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS Colombia 2010, [En línea], disponible en:  
[http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/documentos/Principales\\_indicadores.pdf](http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/documentos/Principales_indicadores.pdf), recuperado: 17 de mayo 2014
- Ratzinger, J (1997) El aborto provocado: texto de la declaración y documentos de diversos, Congregación para la Doctrina de la Fe. Ediciones Palabra
- Real Academia de la Lengua Española (2012) Aborto [En línea], disponible en:  
<http://lema.rae.es/drae/?val=aborto>
- Santaaulalia, I y Galarraga, N (2011) Benedicto XVI lanza un mensaje contra el aborto y la eutanasia [En línea], disponible en:  
[http://politica.elpais.com/politica/2011/08/18/actualidad/1313699770\\_388121.html](http://politica.elpais.com/politica/2011/08/18/actualidad/1313699770_388121.html), recuperado: 21 de mayo de 2014
- Semana (2012) América Latina tiene la tasa más alta de abortos inducidos [En línea], disponible en: <http://www.semana.com/nacion/articulo/america-latina-tiene-tasa-mas-alta-abortos-inducidos/252169-3>
- Senado y Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay (2012) Despenalización del aborto [En línea], disponible en:  
<http://www.impo.com.uy/bancodatos/18987.htm>
- Suárez, R. (2014, 25 de julio), entrevistado por López, G., La Habana.
- Wites, T (14 de febrero 2012). El aborto en Rusia, antes y después de la caída de la Unión Soviética. [en línea] recuperado de:  
<http://bibliaytradicion.wordpress.com/2012/02/14/el-aborto-en-rusia-antes-y-despues-de-la-caida-de-la-union-sovietica/>
- Woman´s Link Worlwide. (2013). Lo que hay que saber sobre el aborto legal (2006-2013). Bogotá: Creative Commons.
- Women’s Link Worldwide (2005) El aborto: un problema de salud pública [En línea], disponible en:  
<https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=8&ved=0CEwQFjAH&url=http%3A%2F%2Fwww.womenslinkworldwide.org%2Fwlw%2FbajarFS.php%3Ftl%3D1%26per%3D185&ei=HpRKVLPsOdPPggTxkYCACg&usg=AFQjCNEjAWWsILxPHXfi64QNrWqmNVfWjg>

- Womens Link Worldwide. (2013), El aborto en cifras [En línea], disponible en: [http://www.womenslinkworldwide.org/pdf\\_programs/es\\_prog\\_rr\\_col\\_factsheets\\_cifras.pdf](http://www.womenslinkworldwide.org/pdf_programs/es_prog_rr_col_factsheets_cifras.pdf), recuperado: 20 de noviembre de 2013.

## **Anexos**

**Anexo No. 1.** Artículo de la sección judicial de El Espectador, periódico colombiano

JUDICIAL 26 SEP 2014 - 8:49 PM

*Este sábado se celebrará el Día Internacional por la Despenalización del Aborto*

## Las trabas absurdas al aborto en Colombia

*Aún existen barreras para que las mujeres puedan acceder a la interrupción voluntaria del embarazo en las tres causales que la Corte Constitucional aprobó en mayo de 2006.*

Por: María Camila Rincón Ortega

Julia, a quien se le ha cambiado el nombre para proteger su identidad, llega a un hospital en Bogotá y confirma la sospecha que tenía: está embarazada. Seis semanas atrás, cuando decidió ir de visita a su pueblo natal, fue violada por un hombre que tiene poder y control territorial en la zona. Un actor armado que la amenazó con masacrar a su familia si revelaba la agresión. Ella regresó a la capital acompañada de un silencio impuesto y de un embarazo no deseado. Es simple: Julia tiene una pareja que la maltrata y un hijo por el cual responder. No quiere tener a ese bebé y la ley la ampara.

Hace ocho años, la Corte Constitucional despenalizó el aborto en tres circunstancias: cuando la vida o la salud física de la mujer está en peligro, cuando el feto presente malformaciones que hagan inviable su vida fuera del útero y cuando el embarazo sea producto de violación o incesto. Sin embargo, el equipo médico que atendió a Julia falló en garantizarle su derecho a abortar. Luego de manifestar su decisión de interrumpir el embarazo, esta no fue incluida en la historia clínica, no se registró que era un caso de violencia sexual, algunos profesionales la maltrataron y hasta le impidieron salir del centro de atención.

Durante once días la sometieron “a un conjunto de obstáculos”, según registró en su estudio de caso la organización Grupo Médico por el Derecho a Decidir. “Una doctora me dijo en público que era que no me podían dejar salir porque yo quería irme a matar la criatura. Otra vino y me dijo duro: ¡Aquí sólo nos encargamos de ese problemita suyo cuando denuncie!”, le relató Julia a esta organización. Su caso, además de ser el mismo de muchas mujeres colombianas pero con diferentes matices, revela las barreras y los obstáculos que todavía existen para el acceso pleno a este derecho.

Mañana se celebrará el Día Internacional por la Despenalización del Aborto en América Latina y el Caribe, una iniciativa que pretende poner de manifiesto la garantía de los derechos sexuales y reproductivos y la necesidad de eliminar las barreras para ejercerlos. Precisamente, uno de los principales obstáculos que enfrentan las mujeres para acceder legalmente a la interrupción voluntaria del embarazo es la objeción de conciencia que declaran algunos médicos prestadores del servicio.

“Como se supone que uno se declara objetor antes, no durante la consulta, se supone que la institución ya sabe quiénes están en esta condición y lo preferible es que uno no tenga que enfrentar una mujer a un objetor. Si coincide con que es un objetor, pues la objeción no abarca el ámbito de la información y es deber del profesional remitir a la mujer a un médico que sí la pueda atender”, explicó Ana Cristina González, doctora del Grupo de Médicos por el Derecho a Decidir. Y añadió que los profesionales de la salud deben informar a las mujeres sobre sus derechos y “darles las herramientas para que ellas tomen las decisiones que les convengan”.

En este aspecto coincidió Carolina Melo, coordinadora de la Mesa por la Salud y Vida de las Mujeres, que hace acompañamiento jurídico a mujeres que encuentran impedimentos para acceder a los servicios de interrupción: “Existe un problema de acceso a la información, las mujeres no tienen ni idea de que en Colombia es posible abortar con estas circunstancias y los prestadores tampoco conocen las normas. En la medida en que se informe es importante explicar que una mujer que aborta no es una mujer inconsciente ni delincuente ni criminal. Sino que es una mujer que es capaz de hacer una lectura de su contexto y en ese momento es lo mejor para ella. Hay un componente muy grande de conciencia para tomar esa decisión”.

Melo también enfatizó que “la gente piensa que a las mujeres les encanta ir a abortar como si abortar fuera un evento buenísimo y que todas llegan felices, y no es así, es una decisión cargada de razones”. Precisamente, según cifras del Instituto Guttmacher, en Colombia se practican cerca de 400 mil abortos clandestinos al año y alrededor de 130 mil mujeres presentan complicaciones derivadas de procesos inseguros. Cifras que superan

abismalmente los registros del Ministerio de Salud respecto a la interrupción voluntaria del embarazo en las tres causales que están permitidas en el país.

“En el año 2009 registramos 469 casos, 1.551 en 2010, bajamos a 203 durante 2011, de ahí caímos a 26 casos en 2012 y en 2013, aunque es una cifra parcial, aún no ha salido el consolidado, estamos en 21 casos. Esto es algo que nos preocupa y estamos analizando a profundidad”, explicó el ministro de Salud, Alejandro Gaviria, el pasado 16 de septiembre en un debate de control político.

En este sentido, tampoco hay cifras certeras sobre los obstáculos para el acceso a la interrupción del embarazo en la reglamentación vigente: “Si analizamos el número de reportes por personas que no son atendidas en este tipo de requerimientos, no encontramos registros, en la Supersalud es casi nulo el número de quejas, sólo hay cuatro. Entonces, si se revisa a fondo, vemos que la gente tampoco está denunciando y creemos que ahí también hay un problema de características sociales”, añadió Gaviria.

Y es que la denuncia se ha convertido en un tema transversal para acceder a la interrupción voluntaria del embarazo por la causal de violación, pues muchas mujeres no acuden a las autoridades judiciales porque temen que su vida corra riesgo. El problema es que este es uno de los requisitos para acceder al servicio, de manera que muchas no pueden abortar por la vía legal porque no están respaldadas por la denuncia. Lo anterior sumado a que muchas veces las semanas de gestación no coinciden con la fecha en que ocurrieron los hechos y el médico considera que la mujer puede estar mintiendo.

Por eso, Carolina Melo sostuvo que “se necesitan campañas que difundan los derechos y que la discusión se centre en que se trata de que yo decido lo que para mí está bien con mi vida. Esa decisión y esa libertad son cosas que debemos tener garantizadas todas: la que quiere abortar y la que no”. De ahí que ambas profesionales consideren que el recorrido para la implementación del aborto despenalizado en Colombia aún es largo y necesita más garantías. Pero que reconozcan los esfuerzos que se hacen desde diferentes instituciones estatales y privadas. Así como la ampliación de marcos legales enfocados a garantizar este derecho.

“Esta es mi historia y no será escrita en lápiz y borrada con culpa. Será escrita con dolor y expresada con valentía”, dijo en un video la artista Leyla Josephine sobre su experiencia de aborto. Y es que en Colombia, desde hace ocho años se está haciendo el tránsito del delito al derecho.

## **Anexo No.2**

Artículo del periódico Granma de Cuba

La Habana, 9 de enero de 2014

Granma internacional

Por: José A. de la Osa

### **¡4,2!: Cuba registra la más baja tasa de mortalidad infantil de su historia**

*Sancti Spíritus y Granma alcanzan 3,2 y son ocho las provincias que registran indicadores menores que la tasa nacional de 4,2. El municipio especial Isla de la Juventud, 2,0. Cuba entre los países de más baja mortalidad infantil por malformaciones congénitas. Se registran 125.830 nacimientos, 156 más que en 2012. Veintidós municipios con cero mortalidad infantil. Destaca Ministro de Salud Pública labor de los trabajadores del sector.*

Como expresión de los desvelos de la Revolución por la salud de las madres y los niños, Cuba alcanza en 2013 la tasa de mortalidad infantil más baja de su historia: ¡4,2! Por cada 1000 nacidos vivos, lo que nos sitúa entre las primeras naciones del mundo con más bajo indicador.

Esta tasa permite medir de forma sintética la calidad con que una sociedad atiende y protege a sus niños, su salud y bienestar, y en el caso de Cuba se pone de manifiesto cómo

un archipiélago de poco más de 11 millones de habitantes, bloqueado con saña por Estados Unidos durante más de medio siglo es capaz de lograr tan impresionante éxito.

Este 2013 ocho provincias muestran indicadores más bajos que la tasa nacional de 4,2. Son ellas Sancti Spíritus y Granma, con 3,2; Holguín, 3,3; La Habana y Ciego de Ávila, 3,4; Pinar del Río y Villa Clara, 3,9, y Las Tunas, 4,0. El municipio especial Isla de la Juventud, 2,0.

Es de destacar que de los 168 municipios con que cuenta el país, en 22 de ellos no se produjo una sola muerte infantil.

Las causas principales del fallecimiento de los menores de un año están dadas fundamentalmente por afecciones perinatales, anomalías congénitas e infecciones.

De esas causas la que más disminuye en el 2013 son las malformaciones congénitas y, como saldo, se reduce su impacto sobre la mortalidad infantil. Fueron alrededor de 45 niños fallecidos menos por malformaciones congénitas que en 2012. Este logro mantiene a Cuba entre los países de más baja mortalidad infantil por esta causa en el mundo.

Según datos preliminares ofrecidos por la Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas del Ministerio de Salud Pública, en 2013 se produjeron 125.830 nacimientos, 156 más que los ocurridos en 2012.

Cuba consolida en 2013 los resultados del programa destinado a la reducción de las complicaciones y muertes maternas, al reportarse solo 26 defunciones directamente relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, y alcanza una tasa de mortalidad materna directa de 20,7 por cada 100.000 nacidos vivos, la más baja de la historia.

## **Declaraciones del Ministro de Salud**



Al finalizar el año el Ministro Roberto Morales Ojeda, en un encuentro con Granma, tuvo palabras de reconocimiento para todos los trabajadores del sistema sanitario, a quienes calificó de “verdaderos protagonistas de estos resultados” que confirman la grandeza de la obra de la Revolución ahora en su 55 aniversario.

Especial mención hizo a los trabajadores vinculados al Programa Materno-Infantil, quienes conjuntamente con todas las áreas de apoyo han alcanzado la tasa de mortalidad infantil, y también materna, más bajas den la historia de Cuba.

El Ministro valoró que la puesta en marcha de una nueva etapa de profundización en las transformaciones que se llevan a cabo en el sector, constituye una fortaleza para continuar mejorando los indicadores y, sobre todo, la satisfacción de la población por los servicios que se les brindan.

Asimismo hizo extensivo su reconocimiento y felicitación a los miles de trabajadores de la Salud que en otros muchos países ponen en alto el prestigio de la Medicina cubana ofreciendo su colaboración.

<b>MORTALIDAD INFANTIL EN LOS ÚLTIMOS 54 AÑOS. CUBA 1960-2013</b>			
<b>(Tasa por 1.000 nacidos vivos)</b>			
<b>AÑOS</b>	<b>&lt; 1 AÑO</b>	<b>AÑOS</b>	<b>&lt; 1 AÑO</b>
<b>1960</b>	<b>37,3</b>	1987	<b>13,1</b>
<b>1961</b>	<b>39,0</b>	1988	<b>11,9</b>
<b>1962</b>	<b>41,7</b>	1989	<b>11,1</b>
<b>1963</b>	<b>38,1</b>	1990	<b>10,7</b>
<b>1964</b>	<b>37,8</b>	1991	<b>10,7</b>

1965	37,9	1992	10,2
1966	37,3	1993	9,4
1967	36,4	1994	9,9
1968	38,3	1995	9,4
1969	46,7	1996	7,9
1970	38,7	1997	7,2
1971	36,1	1998	7,1
1972	28,7	1999	6,5
1973	29,6	2000	7,2
1974	29,3	2001	6,2
1975	27,5	2002	6,5
1976	23,3	2003	6,3
1977	24,9	2004	5,8
1978	22,4	2005	6,2
1979	19,4	2006	5,3
1980	19,6	2007	5,3
1981	18,5	2008	4,7
1982	17,3	2009	4,8
1983	16,8	2010	4,5
1984	15,0	2011	4,9
1985	16,5	2012	4,6
1986	13,6	2013	4,2

Fuente: Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas del Minsap.

<b>MORTALIDAD INFANTIL POR PROVINCIAS (ÚLTIMOS CINCO AÑOS)</b>					
PROVINCIA	2009	2010	2011	2012	2013 (***)
<b>PINAR</b>	3,9	5,0	4,0	5,5	3,9
<b>DEL RÍO</b>					
<b>ARTEMIS</b>	--	--	3,9	3,8	5,4

<b>A (*)</b>					
<b>LA</b>	4,9	5,0	4,3	4,9	3,4
<b>HABANA (**)</b>					
<b>MAYABE</b>	--	--	5,7	5,5	5,9
<b>QUE (*)</b>					
<b>MATANZAS</b>	4,5	3,7	5,4	4,9	4,8
<b>VILLA CLARA</b>	4,4	2,5	5,7	4,8	3,9
<b>CIENFUEGOS</b>	6,8	3,7	5,0	3,9	4,4
<b>SANCTI SPÍRITUS</b>	3,6	4,9	5,9	2,8	3,2
<b>CIEGO DE ÁVILA</b>	5,8	5,4	4,4	5,3	3,4
<b>CAMAGÜEY</b>	4,0	4,4	5,6	4,7	5,7
<b>LAS TUNAS</b>	3,6	5,5	3,5	5,1	4,0
<b>HOLGUÍN</b>	3,5	3,1	4,0	3,9	3,3
<b>GGRANMA</b>	5,3	4,7	4,4	4,1	3,2
<b>S. DE CUBA</b>	6,7	5,3	5,9	4,8	5,5
<b>GUANTÁNAMO</b>	4,6	5,7	6,1	4,8	4,3
<b>ISLA DE LA JUVENTUD</b>	9,2	2,8	7,9	6,1	2,0
<b>NACIONAL</b>	4,8	4,5	4,9	4,6	4,2

---

**Fuente: Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas del Minsap.**

**(\*) El 10 de enero de 2011 provincia Habana dio origen a dos nuevas provincias: Artemisa y Mayabeque.**

**(\*\*) Ciudad de la Habana fue designada entonces como La Habana con igual número de municipios.**

**(\*\*\*) Datos preliminares**

---

<b>TASA DE MORTALIDAD INFANTIL EN LAS AMÉRICAS (Países seleccionados)</b>	
<b>PAÍSES</b>	<b>TASA DE MORTALIDAD</b>
<b>CUBA*</b>	4,2
<b>CANADÁ</b>	5
<b>ESTADO UNIDOS</b>	6
<b>CHILE</b>	8
<b>COSTA RICA</b>	9
<b>URUGUAY</b>	9
<b>ARGENTINA</b>	13
<b>MÉXICO</b>	13
<b>EL SALVADOR</b>	13
<b>VENEZUELA</b>	13
<b>BRASIL</b>	14
<b>PERÚ</b>	14
<b>COLOMBIA</b>	15
<b>PANAMÁ</b>	17
<b>PARAGUAY</b>	19
<b>ECUADOR</b>	20
<b>R. DOMINICANA</b>	21
<b>NICARAGUA</b>	22
<b>GUATEMALA</b>	24

Fuente: Unicef: Estado Mundial de la Infancia 2013.

(\* ) Dato ofrecido el 1° de enero de 2014.  
Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas del Minsap.

<b>DE 168 MUNICIPIOS, 22 CON CERO MORTALIDAD INFANTIL EN 2013</b>	
<b>PROVINCIAS</b>	<b>MUNICIPIOS</b>
<b>PINAR DEL RIO</b>	VIÑALES
	S. JUAN Y MARTÍNEZ
<b>MAYABEQUE</b>	BEJUCAL
	JARUCO
	MADRUGA
	MELENA DEL SUR
<b>MATANZAS</b>	PEDRO BETANCOURT
	CIÉNAGA DE ZAPATA
<b>VILLA CLARA</b>	CORRALILLO
	QUEMADOS
	SAGUA LA GRANDE
<b>CIENFUEGOS</b>	LAJAS
	PALMIRA
<b>SANCTI SPÍRITUS</b>	FOMENTO

	LA SIERPE
<b>CIEGO DE ÁVILA</b>	CHAMBAS
	CIRO REDONDO
<b>CAMAGÜEY</b>	GUÁIMARO
	SIERRA DE CUBITAS
<b>LAS TUNAS</b>	MAGIBACOA
<b>GRANMA</b>	MEDIA LUNA
<b>GUANTÁNAMO</b>	CAIMANERA
<b>Fuente: Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas del Minsap.</b>	