



La lucha por nuestras vidas: Caminos hacia el derecho universal al aborto



Acerca de INCLO

La International Network of Civil Liberties (INCLO) es un grupo de 16 organizaciones nacionales e independientes dedicadas a la defensa de los derechos humanos y las libertades civiles, que trabajan para promover los derechos y libertades fundamentales. Apoyamos y fortalecemos la labor de nuestras organizaciones miembros en sus respectivos países y fomentamos la colaboración bilateral y multilateral dentro de la red. La INCLO está compuesta por organizaciones defensoras de los derechos humanos que abordan una amplia variedad de cuestiones y trabajan con diversos grupos, con un enfoque local e independencia respecto de sus gobiernos. Nuestros miembros defienden los derechos de todas las personas en sus respectivos países mediante una combinación de litigios, activismo legislativo, sensibilización pública y actividades de incidencia con comunidades de base.

Las 16 organizaciones que componen INCLO son: la American Civil Liberties Union (ACLU), de Estados Unidos; la Association for Civil Rights (ACRI), de Israel; la Canadian Civil Liberties Association (CCLA), de Canadá; el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), de Argentina; Conectas Direitos Humanos, de Brasil; Dejusticia, de Colombia; la Egyptian Initiative for Personal Rights (EIPR), de Egipto; la Human Rights Law Network (HRLN), de India; el Human Rights Law Centre (HRLC), de Australia; la Hungarian Civil Liberties Union (HCLU), de Hungría; el International Human Rights Group Agora (Agora), de Rusia; el Irish Council for Civil Liberties (ICCL), de Irlanda; la Kenya Human Rights Commission (KHRC), de Kenia; la Comisión para los Desaparecidos y las Víctimas de la Violencia (KontraS), de Indonesia; el Legal Resources Centre (LRC), de Sudáfrica; y Liberty, del Reino Unido.

Agradecimientos

Esta publicación fue desarrollada, redactada y editada por Muyenga Mugerwa-Sekawabe (INCLO/LRC), Harini Sivalingam (CCLA), Lucila Santos (INCLO), Quimey Ramos (INCLO) y Myriam Selhi (INCLO). Es el resultado de un esfuerzo colaborativo de nueve organizaciones miembros de INCLO, llevado a cabo en asociación con activistas por los derechos sexuales y reproductivos de Rusia, Brasil, Colombia, Irlanda e India. La publicación se fundamenta en seminarios web, intervenciones como amicus curiae en distintos litigios, discusiones internas, reuniones y otras

actividades coordinadas por INCLO en apoyo de los movimientos nacionales, regionales e internacionales por los derechos al aborto.

Esta compilación reúne ensayos elaborados por miembros de organizaciones de INCLO que se comprometen a servir como recurso para defensores, litigantes y movimientos de todo el Norte y Sur Global. Al analizar tendencias legales y políticas y ofrecer perspectivas estratégicas, los autores buscan contribuir al avance del acceso al aborto como un derecho humano fundamental. Las opiniones expresadas en los ensayos son las de los autores individuales y no reflejan necesariamente las posiciones de INCLO ni de sus organizaciones miembros.

INCLO agradece sinceramente a todos los autores que contribuyeron por dedicar tiempo de sus apretadas agendas para reflexionar y compartir su experiencia y vivencias en sus respectivos contextos. También expresamos nuestro agradecimiento a Taryn McKay por el diseño, a Sam Kelly por el apoyo editorial, y a Carlos Alberto Arenas por la traducción de la presente publicación al español.

La International Network of Civil Liberties Organizations (INCLO) reconoce con gratitud a la Fundación Ford, la Fundación Oak y Luminare por su generoso apoyo al pilar de Igualdad y Equidad de INCLO, bajo el cual se desarrolla el trabajo de la red en materia de derechos sexuales y reproductivos. Con este informe, INCLO reafirma su compromiso de promover los derechos al aborto a nivel mundial, así como la importancia de las asociaciones y alianzas en la búsqueda de un mundo más justo, equitativo e inclusivo.

Las siguientes organizaciones de INCLO participaron en la redacción de este informe: la American Civil Liberties Union (ACLU), la Canadian Civil Liberties Association (CCLA), el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS, Argentina), Conectas Direitos Humanos (Brasil), la Hungarian Civil Liberties Union (HCLU), el Human Rights Law Centre (HRLC, Australia), el Irish Council for Civil Liberties (ICCL), la Kenya Human Rights Commission (KHRC) y el Legal Resources Centre (LRC, Sudáfrica).

Foto de portada: Paula Thomas, vía Dejusticia.





Tabla de contenido

Introducción	Abriendo el camino: La lucha global por los derechos al aborto.....pg.8 Carmen Cecilia Martínez, Centro de Derechos Reproductivos.
Capítulo 1	Agitar la marea: La sociedad civil y la lucha por los derechos al abortopg.14 Introducción.....pg.15 Muyenga Mugerwa-Sekawabe, INCLO / Legal Resources Centre La sociedad civil en acción: Redes, litigios y derechos reproductivos en Argentina pg.17 Lucía de la Vega, Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) De la autonomía al control: El retroceso de los derechos reproductivos en Rusiapg.27 Valentina Frolova Proteger los derechos, desafiar al poder: Aborto y activismo feminista en Brasil.....pg.43 Júlia Piazza, Letícia Ueda Vella, Laura Molinari y Marina Rongo (Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde – CFSS, Campanha NEM Presa NEM Morta y Conectas Direitos Humanos, Brasil)
Capítulo 2	Aprovechar las victorias, luchar por el acceso: Caminos hacia la legalización.....pg.58 Introducción.....pg.59 Muyenga Mugerwa-Sekawabe, INCLO / Legal Resources Centre



Tabla de contenido

Capítulo 2 <i>Continued</i>	Caminos y barreras para la atención del aborto equitativo en Canadá: Lecciones de décadas de litigio e incidencia pg.61 Harini Sivalingam, Canadian Civil Liberties Association (CCLA), con la investigación, redacción y asistencia de edición de Jonathan McDonald y Jazzmine Gabert Derogar la Octava Enmienda: La campaña por la libertad reproductiva en Irlanda..... pg.74 Niamh McCormack, ex integrante del Irish Council for Civil Liberties (ICCL) De la promesa a la precariedad: Acceso al aborto e impugnación legal en Kenia..... pg.88 Adrian Kibe, Kenya Human Rights Commission (KHRC)
Capítulo 3	La negación en la práctica: Reclamar el acceso y la rendición de cuentas en la atención para el aborto.....pg.101 Introducción..... pg.102 Harini Sivalingam, Canadian Civil Liberties Association (CCLA) De las creencias a la discriminación: exenciones por motivos religiosos y la negación del acceso al aborto en Estados Unidos..... pg.104 Louise Melling, American Civil Liberties Union (ACLU) Regular la conciencia, proteger los derechos: Acceso al aborto en Sudáfrica..... pg.115 Muyenga Mugerwa-Sekawabe, INCLO / Legal Resources Centre



Tabla de contenido

Capítulo 4	Excluidas por diseño: Barreras, geografía y desigualdad en el acceso al aborto..... pg.126
	Introducción.....pg.127 Muyenga Mugerwa-Sekawabe, INCLO / Legal Resources Centre
	La autonomía a juicio: La restrictiva legislación sobre el aborto en India pg.129 Snigdha Tiwari
	Nombrándonos a nosotros mismos en el derecho de elegir: Aborto trans e incidencia comunitaria en Colombia.... pg.139 Marttin André Junco, Alianza Trans Abortera de Colombia
	Inequidad en el acceso al aborto: Medicaid, la pobreza y los límites del derecho al aborto en los Estados Unidos.... pg.146 Louise Melling, American Civil Liberties Union (ACLU)
	La distancia hacia la libertad: Desigualdades en el acceso al aborto en Hungría..... pg.157 Judit Zeller y Réka Lebedi, Hungarian Civil Liberties Union (HCLU)

Capítulo 5	Defender el acceso: Zonas de acceso seguro y derecho al aborto.....pg.172
	Introducción..... pg.173 Por Muyenga Mugerwa-Sekawabe, INCLO / Legal Resources Centre
	Del estigma a la seguridad: Promoción del acceso al aborto seguro en Australia.....pg.175 Adrianne Walters, Human Rights Law Centre (HRLC)



Tabla de contenido

Capítulo 5 <i>Continued</i>	Defensa de las zonas de acceso seguro con perspectiva de derechos: El caso de Irlanda pg.190 Luna Lara Liboni del Irish Council for Civil Liberties (ICCL)
Conclusión	El avance en los derechos al aborto: Lecciones de las luchas globales por el acceso..... pg.203 Muyenga Mugerwa-Sekawabe and Harini Sivalingam



Abriendo el camino: La lucha global por los derechos al aborto

Carmen Cecilia Martínez, directora asociada de estrategias legales, Programa de América Latina y el Caribe, Centro de Derechos Reproductivos

El propósito de esta publicación es ofrecer un estudio crítico y comparativo de las estrategias que las organizaciones y los movimientos nacionales de derechos humanos han empleado para promover el acceso al aborto en distintos países y en diversos contextos políticos.

Como señalan Cook, Erdman y Dickens, “el campo de la legislación sobre el aborto ha sobrevivido a varias revoluciones”¹. Hoy, el panorama global de este derecho revela una paradoja que atraviesa cada capítulo de esta publicación colectiva: la legalidad no implica acceso, y el acceso no implica justicia. Incluso en los lugares donde el acceso al aborto se ha garantizado mediante reformas legislativas, decisiones judiciales y décadas de movilización social, la realidad cotidiana de quienes buscan atención médica sigue estando marcada por el estigma, la exclusión territorial, la desigualdad económica, la discriminación racial y de género, la objeción de conciencia y el acoso persistente.

Las reflexiones aquí reunidas ponen de manifiesto las circunstancias estructurales y políticas que siguen determinando quién puede ejercer su autonomía reproductiva y en qué condiciones. No obstante, incluso frente a estas limitaciones, existen experiencias que demuestran la capacidad de los movimientos sociales, las organizaciones y el activismo para abrir nuevos caminos y transformar las reglas que rigen el derecho al aborto. Un ejemplo claro e inspirador es la creación y consolidación de la Marea Verde, que surgió en Argentina a partir del lanzamiento de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Libre. Su símbolo, el pañuelo verde, no tardó en cruzar las fronteras del país y en convertirse en un emblema transnacional que situó

¹ Rebecca J. Cook, Joanna N. Erdman y Bernard M. Dickens, eds. *Abortion Law in Transnational Perspective: Cases and Controversies*. University of Pennsylvania Press, 2014. <http://www.jstor.org/stable/j.ctt7zw7tf>.



al aborto en el centro del debate político regional como una cuestión de salud pública, justicia social y derechos humanos².

Hoy en día, diversos movimientos —como los que lograron la sentencia de Causa Justa en Colombia, las decisiones que surgieron de las protestas articuladas bajo el lema *Criança Não é Mãe* (Son niñas, no madres) en Brasil, y las sentencias de la Suprema Corte de Justicia de la Nación en México— se han sumado a la Marea Verde. Sin duda, una “marea verde feminista se extiende por toda la región [latinoamericana]”, convirtiéndose en un modelo para países que enfrentan marcos legales restrictivos o incluso graves reveses en materia de derechos reproductivos³.

El primer capítulo, **Agitar la marea**, examina con precisión la forma en que la sociedad civil se organiza, resiste e innova en contextos donde los actores antiderechos buscan restringir el alcance del aborto legal o erosionar los logros previamente alcanzados. En Argentina, Brasil y Rusia —tres jurisdicciones con historias y climas políticos distintos— los movimientos que luchan por la justicia reproductiva se encuentran con hostilidad estatal, agendas pronatalistas y, en el caso de Rusia, un marco institucional que ‘sofoca’ el acceso al aborto sin prohibirlo formalmente. Estas experiencias tienen en común la persistencia y la creatividad de activistas comprometidas no solo con la defensa de las victorias judiciales, sino también con la protección del espacio cívico necesario para preservarlas, así como con la capacidad de inspirarse en otros movimientos, como la experiencia de *Criança Não é Mãe*. A partir de los análisis del **Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS)**, del **Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde (CFSS)**, de la **Campanha Nem Presa Nem Morta**, de Conectas y del trabajo de Valentina Frolova, abogada rusa y defensora de los derechos de las mujeres y de la comunidad LGBTQIA+, este capítulo destaca el papel fundamental de la sociedad civil en la lucha contra la erosión democrática y los esfuerzos por socavar los derechos reproductivos.

En el capítulo **Aprovechar las victorias, luchar por el acceso**, la publicación examina países, como Canadá, Irlanda y Kenia, en los que el aborto ha sido legalizado, pero donde persisten las barreras arraigadas en la infraestructura sanitaria, las desigualdades geográficas y el estigma social. En Irlanda, el trabajo del **Irish Council for Civil Liberties (ICCL)** reconstruye la larga trayectoria que condujo al levantamiento de la prohibición constitucional del aborto tras décadas

² Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, Historia de la Campaña, 2005, <https://abortolegal.com.ar>; Proyecto Mirar, <https://proyectomirar.org.ar>.

³ Martínez Coral, C. “The Key Argument on Abortion That Changed Everything in Colombia”. *New York Times*, 14 de marzo de 2022.



de movilización. Asimismo, se exponen las lecciones organizativas, narrativas y políticas de una campaña que transformó el marco constitucional y que, pese a las profundas barreras que aún persisten, redefinió el acceso al aborto en el país.

Por su parte, el ensayo de la **Canadian Civil Liberties Association (CCLA)** describe cómo, a pesar de la evolución jurisprudencial iniciada por la decisión *Morgentaler* —que despenalizó el aborto— los obstáculos para acceder a este persisten, incluidos los derivados del federalismo, dando lugar a una aplicación desigual, como se evidenció en la provincia de Nuevo Brunswick. Esto confirma que “las victorias judiciales, aunque necesarias, son insuficientes si no se implementan”.

Por último, el artículo de la **Kenya Human Rights Commission (KHRC)** destaca que, a pesar de las disposiciones constitucionales vigentes desde 2010 que permiten el aborto en determinadas circunstancias, las contradicciones jurídicas y el estigma social siguen creando importantes barreras para el acceso al servicio. Aunque litigios estratégicos exitosos, como los casos *JMM* y *PAK*⁴, han supuesto avances en la jurisprudencia sobre el aborto, los abortos inseguros siguen contribuyendo de manera significativa a la elevada mortalidad materna en Kenia.

El capítulo tres, ***La negación en la práctica***, presenta dos experiencias —en Estados Unidos y Sudáfrica— de la objeción religiosa y de conciencia que se han extendido hasta convertirse en mecanismos que bloquean el acceso efectivo al aborto. En Estados Unidos, la **American Civil Liberties Union (ACLU)** describe cómo, durante décadas, la objeción religiosa ha permitido que centros y proveedores de salud nieguen información y servicios de aborto, incluso en situaciones de emergencia médica, lo que ha perjudicado la salud de las pacientes y ha dado lugar a un sistema de acceso discriminatorio. En Sudáfrica, el **Legal Resources Centre (LRC)** muestra que, aun contando con una de las leyes sobre el aborto más progresistas del mundo, la ausencia de un marco regulatorio claro sobre la objeción de conciencia ha permitido su proliferación como una barrera sistémica. El análisis también incluye información sobre cómo el marco regulatorio vigente en Colombia ofrece herramientas útiles para la incidencia en Sudáfrica, tanto dentro como fuera de los tribunales. En ambos contextos, los ensayos sostienen que no debe permitirse el uso de la objeción religiosa y de conciencia para socavar los derechos de quienes buscan acceder a este servicio.

El capítulo cuatro, ***Excluidas por diseño***, se centra en quienes se enfrentan a los mayores obstáculos: las personas trans y no binarias en Colombia; las mujeres pobres, rurales, negras y latinas en Estados Unidos; las mujeres romaníes en

4 Center for Reproductive Rights, “The Abortion Landscape in Kenya”, <https://reproductiverights.org/resources/kenya-abortion/#victories-high-court-kenya>



Hungría; y las mujeres jóvenes, solteras o rurales en la India. Cada caso muestra cómo el acceso al aborto se ve condicionado por distintas formas de desigualdad. La experiencia de Colombia, presentada por la **Alianza Trans Abortera**, destaca la importancia de nombrar e incluir a las personas trans y no binarias en los procesos de lucha y garantía del derecho al aborto y, sobre esa base, comparte la experiencia de la organización en la elaboración del primer informe sobre las barreras que enfrentan los hombres trans y las personas no binarias con capacidad gestante para acceder al aborto en América Latina. Este informe reveló que dichas barreras no son exclusivamente médicas, sino también simbólicas y estructurales. En respuesta, el artículo muestra cómo el acompañamiento comunitario se convierte en una práctica esencial, no solo para garantizar el acceso al aborto, sino también para afirmar un enfoque holístico de la atención, que implica acompañar el cuerpo, las emociones y las relaciones, y que debe entenderse como parte integral del propio proceso de salud.

En Estados Unidos, el análisis de la **ACLU** documenta los desafíos impuestos por la propia estructura y composición del sistema de salud, los cuales se han profundizado desde la anulación del Caso *Roe v Wade*, y muestra cómo estas condiciones imponen grandes obstáculos para las personas que necesitan acceder a un aborto, pero carecen de recursos financieros o de cobertura médica. Por su parte, el aporte de la **Hungarian Civil Liberties Union (HCLU)** muestra que, aunque el aborto es legal en Hungría en determinadas circunstancias, persisten importantes barreras de acceso, y expone en particular cómo la geografía y la raza determinan dicho acceso y cómo la población romaní se ve especialmente afectada. El ensayo de Snigdha Tiwari, de la India, describe los diversos factores que condicionan el acceso al aborto y las tensiones sociales y morales que lo rodean. Asimismo, muestra cómo estas dificultades se intensifican en un contexto marcado por profundas desigualdades que afectan de manera desproporcionada a las mujeres rurales, a las mujeres solteras, a las minorías y a otros grupos vulnerables.

El capítulo final, ***Defender el acceso***, se centra en un componente esencial: el derecho a acceder a los servicios de aborto en condiciones de seguridad, privacidad y dignidad. Las experiencias de Australia e Irlanda muestran cómo las protestas contra el aborto fuera de los centros de salud —que incluyeron insultos, carteles, conductas intimidantes, materiales gráficos y, en Australia, gritos y cánticos, la obstrucción de las entradas a las clínicas y empujones y golpes— crean entornos de miedo y estigma que pueden obstaculizar, retrasar e incluso disuadir el acceso a la atención médica.



En Australia, el artículo del **Human Rights Law Centre** se centra en cómo el litigio estratégico, junto con diversas formas de incidencia, fue clave para construir un caso a favor de las zonas de acceso seguro y para proporcionar una plataforma que permitiera promover la despenalización del aborto. En Irlanda, la experiencia reveló que los resultados del referéndum no eran suficientes: el acoso y las manifestaciones frente a los centros de salud seguían afectando tanto a quienes buscaban acceder a un aborto como a quienes lo practicaban. El aporte del **ICCL** examina la función protectora de las zonas de acceso seguro, analiza su compatibilidad con los marcos de derechos humanos y las obligaciones constitucionales de Irlanda, y traza el camino legislativo necesario para su promulgación, al tiempo que reconoce las numerosas barreras que aún persisten para asegurar el acceso seguro y legal. En conjunto, estos casos reafirman que proteger la autonomía reproductiva también requiere salvaguardar los espacios donde ésta se ejerce.

Este valioso y necesario trabajo colectivo demuestra que la autonomía reproductiva no es meramente una cuestión de salud o igualdad, sino un componente esencial de la vida democrática en su sentido más profundo. Dondequiera que la sociedad civil sea acosada o silenciada, como revelan las experiencias de Argentina, Rusia y Brasil; dondequiera que los marcos jurídicos avancen pero su aplicación falle, como se ha visto en Canadá, Irlanda y Kenia; dondequiera que actores traten de impedir el acceso a servicios esenciales mediante objeciones religiosas y de conciencia, como ocurre en Estados Unidos y Sudáfrica; dondequiera que la identidad, la raza, la clase social o el territorio condicionen y moldeen el alcance real de los derechos, como ilustran los casos de India, Colombia, Estados Unidos y Hungría; y dondequiera que incluso el espacio físico en el que se ejerce un derecho se vea amenazado por el acoso y la intimidación, como se documenta en Australia e Irlanda, lo que está en juego no es solo el acceso al aborto, sino la posibilidad misma de decidir y vivir con libertad.

Esta publicación nos invita a reconocer que “la promoción de la salud y los derechos sexuales y reproductivos a menudo requiere discernir dónde se encuentran las barreras para el goce efectivo de estos derechos en cada contexto y cómo se pueden elaborar leyes para abordarlas”⁵. Y, en ese sentido, que el acceso al aborto no puede reducirse a la mera existencia de una norma o una ley. Depende de que las personas puedan acceder a los servicios sin violencia, discriminación ni miedo; de que tengan información confiable; de que los

⁵ Yamin, A. y Ramon-Michel, A., “En-Gendering Democracy; Advancing Reproductive Justice: The Legalization of Abortion in Argentina”, en *The International Handbook on Abortion Law*, ed. Mary Ziegler (por publicar, Elgar 2023).



sistemas de salud dispongan de recursos suficientes; de que existan decisiones judiciales que garanticen el ejercicio de los derechos; y de que la sociedad civil pueda actuar sin represalias. En resumen, depende de que las normas, las instituciones y los territorios funcionen de manera coherente y coordinada.

Analizados en conjunto, los cinco capítulos ofrecen un valioso panorama de la situación mundial de los derechos reproductivos, al revelar avances notables, retrocesos significativos y una lucha colectiva y constante orientada a generar experiencias concretas no sólo de libertad, sino también de esperanza. De este modo, esta publicación —junto con las rigurosas experiencias de las organizaciones nacionales de derechos humanos— nos invita a comprender el derecho al aborto no como un asunto aislado, sino como un elemento central de las sociedades y las democracias que aspiramos a construir.



Introducción

Muyenga Mugerwa-Sekawabe, coordinador del área de Igualdad y Equidad de INCLO y abogado del Legal Resources Centre (LRC)

A pesar de los distintos marcos jurídicos y contextos políticos, las luchas contemporáneas por el acceso al aborto en Argentina, Brasil y Rusia revelan patrones comunes. Los ejes centrales de este capítulo son la importancia fundamental de la movilización popular, la influencia persistente de actores autoritarios y de extrema derecha, y la fragilidad de las victorias judiciales frente a la oposición política e institucional. Partiendo de tres contextos nacionales distintos, se analizan tanto los logros como los retos actuales a los que se enfrentan la sociedad civil y los movimientos feministas para garantizar los derechos sexuales y reproductivos.

En Argentina, la emblemática Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo de 2020 supuso un hito histórico, ya que consagró el acceso al aborto hasta la decimocuarta semana y estableció protecciones más allá de ese periodo en casos de violación o riesgo para la salud de la persona embarazada. Esta victoria fue la culminación de décadas de activismo organizado, en particular por parte de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, que implementó estrategias que iban desde la defensa jurídica hasta la sensibilización pública y la creación de redes de apoyo para las personas que deseaban acceder a un aborto. No obstante, el período posterior a la legalización ha enfrentado nuevos desafíos, incluidos ataques judiciales y la retirada deliberada de recursos estatales bajo el actual gobierno del presidente Javier Milei, lo que demuestra que el éxito judicial no se traduce automáticamente en un acceso efectivo y sin obstáculos en la práctica.

Brasil ofrece un panorama contrastante, aunque igualmente complejo. El aborto legal se limita a circunstancias muy restringidas; sin embargo, el movimiento feminista ha resistido de manera constante los intentos de la extrema derecha por restringir aún más el acceso, en particular para las personas menores de edad y las víctimas de violencia sexual. Campañas estratégicas como *Criança Não é Mãe* han combinado la movilización, la participación de los medios y el activismo legislativo para frenar medidas regresivas como el proyecto de ley 1904/2024, lo que demuestra el poder de la acción social coordinada incluso en un contexto de creciente polarización política y de predominio conservador en el Congreso.

Capítulo 1 Agitar la marea: La sociedad civil y la lucha por los derechos al aborto



Manifestante a favor del derecho al aborto frente al Congreso Nacional con la consigna «Luchar hoy para no verte morir mañana». Buenos Aires, Argentina, diciembre de 2020. Foto de Myriam Selbi.

El caso de Rusia presenta un escenario diferente, pero igualmente instructivo, en el que el derecho al aborto, aunque legalmente reconocido, se ve cada vez más amenazado por presiones tanto estatales como sociales, incluidas políticas restrictivas y prácticas de estigmatización. Activistas y las organizaciones de la sociedad civil se enfrentan a un escrutinio cada vez mayor, lo que pone de relieve las dificultades que plantea defender los derechos reproductivos en contextos en los que el apoyo institucional es débil o abiertamente hostil.

En conjunto, estos estudios de caso ponen de relieve que la lucha por el acceso al aborto es multidimensional: las reformas legales, aunque esenciales, deben complementarse con una movilización social sostenida, litigios estratégicos y acciones de incidencia para garantizar que los derechos se materialicen en la práctica. Los movimientos de la sociedad civil han demostrado resiliencia y creatividad en diversos contextos y han logrado desarrollar redes, campañas y narrativas que amplían la conciencia pública y presionan a los actores políticos. Así, este capítulo sitúa las luchas nacionales en el marco de una dinámica global más amplia y destaca el papel fundamental que desempeñan los movimientos locales de movilización e incidencia al sortear obstáculos institucionales, culturales y políticos para defender y promover los derechos sexuales y reproductivos.



Manifestación feminista en el Día Internacional de las Mujeres. Buenos Aires, Argentina, 8 de marzo de 2024. Foto de Julián Reynoso / CELS.

La sociedad civil en acción: Redes, litigios y derechos reproductivos en Argentina

Lucía de la Vega, coordinadora de la Agenda transversal feminista, Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS)

Introducción

En 2020, el Congreso argentino aprobó el Proyecto de Ley de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo.⁶ La aprobación de esta histórica ley fue el resultado de cuatro décadas de activismo impulsado por una red de actores sociales que se articularon para conformar la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. La Campaña empleó diversas estrategias para lograr la legalización, incluidas acciones judiciales orientadas a ampliar

⁶ Ley 27.610.



los fundamentos legales del aborto y la elaboración de directrices médicas oficiales su atención. Asimismo, construyó redes de profesionales de la salud y de educadores para generar apoyo de base a favor de la legalización del aborto. Este artículo repasa la historia y las estrategias de la Campaña, describe el marco jurídico del derecho al aborto y analiza los retos que siguen configurando la lucha por los derechos sexuales y reproductivos en Argentina.

Descripción general de la Campaña

La Campaña se formó el 14 de mayo de 2005, tras una reunión en la que participaron más de 70 organizaciones feministas de todo el país. En uno de los Encuentros Nacionales de Mujeres⁷, se adoptó el pañuelo verde como símbolo de su movimiento, en referencia a los pañuelos blancos que llevaban las madres de Plaza de Mayo⁸. Este pañuelo simboliza la lucha colectiva, mientras que el color verde representa la naturaleza, la esperanza y la vida.

Tras su formación, la Campaña “adquirió vida propia sobre la base de una diversa alianza federal que se alimentó a través del reconocimiento de la historia de las luchas por el aborto legal en Argentina, teniendo en cuenta las diferentes estrategias regionales, pero dentro de un marco nacional. Y de esta manera se presentó en sociedad hasta hoy”⁹. En 2018, la Campaña llevó la lucha por el aborto legal al ojo público hasta un punto que sus organizaciones miembros nunca habrían imaginado.

Ese año, cuando el Proyecto de Ley de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo¹⁰ fue debatido por primera vez en el Poder Legislativo, la Campaña estaba integrada por más de 500 organizaciones sociales, políticas y de derechos humanos, así como por sindicatos y otros actores sociales. Su alcance era nacional, como lo sigue siendo. “[Está] distribuida en las 24 provincias y lleva la organización feminista a múltiples localidades con diferentes niveles de activismo, pero con la misma tenacidad militante”¹¹.

7 CNN Chile “La historia detrás del pañuelo verde, el nuevo símbolo feminista que llegó a Chile”, https://www.cnnchile.com/tendencias/la-historia-detras-del-panuelo-verde-el-nuevo-simbolo-feminista-que-llego-a-chile_20180723/, consultado el 18 de noviembre de 2025.

8 Las Madres de Plaza de Mayo lideraron un movimiento de resistencia pacífica contra la dictadura militar argentina (1976-1983) en respuesta a la desaparición forzada y tortura de opositores políticos.

9 Bellucci, Mabel. *Historia de una desobediencia: Aborto y feminismo*. Buenos Aires: Capital Intelectual, 2014, pág. 390.

10 Ley 27.610.

11 Alcaraz, María Florencia. ¡Que sea ley!: *La lucha de los feminismos por el aborto legal*. Buenos Aires: Marea, 2018, p. 158.



La organización Socorristas en Red ha desempeñado un papel esencial para hacer del aborto una realidad, al construir dispositivos de acompañamiento destinados a facilitar el aborto con medicamentos y al coordinarse con el sistema público de salud. El servicio de asesoría que ofrece Socorristas en Red brinda información sobre cómo acceder a un aborto y acompaña los trámites antes, durante y después del procedimiento. Si bien la Campaña recibió cierto apoyo de los servicios sociales de los centros de salud, esta fue liderada por la comunidad y organizada por Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto, una organización creada en 2009 que lucha para que “todas las mujeres podamos abortar como más nos convenga: en el hospital, por obra social, o en nuestra casa”¹². Esta organización mantiene una línea telefónica pública y de fácil acceso, así como un libro controvertido titulado *Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse un aborto con pastillas*¹³.

Así, los pañuelos verdes comenzaron a ganar visibilidad en calles, hospitales y centros de salud, y “cada vez que se ve un pañuelo verde en la calle, el metro, el colectivo, el tren, en el barrio, en el trabajo, en cualquier lugar, es como un rayo de luz. Su presencia crea una atmósfera de confianza. Envía un mensaje claro: no estamos solas...”¹⁴. El Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) sostiene que no estamos solas cuando necesitamos acceder a un aborto, ni tampoco lo estamos al reconocer que es nuestra responsabilidad garantizar los derechos. En este sentido, la Campaña y su Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir¹⁵ redujeron el aislamiento que experimentaban muchas personas que buscaban acceder a un aborto.

En 2020 se aprobó la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo.¹⁶ Desde el punto de vista normativo, la ley garantiza los derechos por los que el CELS ha luchado durante largo tiempo y da cumplimiento a los compromisos internacionales asumidos por Argentina en materia de derechos humanos. El texto

12 Minas, A, Díaz Villa, G, Rueda, R, y Marzano, V (2013). *El aborto lesbiano que se hace con la mano: Continuidades y rupturas en la militancia por el derecho al aborto en Argentina (2009-2012)*. Bagoas: *Estudios Gays, Géneros e Sexualidades*, 7(9), p. 133.

13 Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto. (2010). *Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse un aborto con pastillas* (pp. 50-51). Editorial El Colectivo.

14 Alcaraz, María Florencia. ¡Que sea ley!: *La lucha de los feminismos por el aborto legal*. Buenos Aires: Marea, 2018, p. 158.

15 Esta red está conformada por profesionales de la salud que buscaban fortalecer sus capacidades, compartir experiencias y coordinar estrategias para que el sistema de salud dejara de ser una barrera para el acceso al aborto.

16 Ley 27.610 de interrupción voluntaria y legal del embarazo, 2020.



El arte y la creatividad en el corazón de la Marea Verde. Buenos Aires, Argentina, 8 de marzo de 2024. Foto de Julián Reynoso / CELS.

de la ley incorpora numerosos aspectos de la propuesta presentada al Congreso por la Campaña¹⁷ y refleja el amplio debate parlamentario desarrollado en 2018.

El marco jurídico

La ley reconoce el derecho de las mujeres y de las personas embarazadas a decidir y acceder a la interrupción voluntaria del embarazo hasta la decimocuarta semana. Asimismo, establece un marco para garantizar el acceso al aborto más allá de ese plazo en casos de violación o cuando la vida o a la salud de la persona embarazada esté en riesgo. La norma también regula la objeción de conciencia¹⁸, impone la obligación de derivar a las pacientes a otro establecimiento de salud y reafirma los deberes de confidencialidad y el secreto profesional. El procedimiento debe realizarse dentro de los diez días posteriores a su solicitud

¹⁷ Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. “Hacia la Legalización de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en la Argentina. Argumentos para el debate”, <https://www.abortolegal.com.ar/wp-content/uploads/2018/04/Argumentos-Campana-CC-83a-2018-FFF.pdf>, consultado el 18 de noviembre de 2025.

¹⁸ La objeción de conciencia en materia de aborto se refiere a la negativa de un profesional de la salud a participar en procedimientos de interrupción del embarazo por motivos morales, religiosos o éticos.



y está plenamente cubierto por el sistema público de salud y el régimen de seguridad social.

Paralelamente, se modificó el Código Penal argentino mediante la sustitución del artículo 85¹⁹, con el fin de eliminar la penalización del aborto, la pena de prisión de uno a cuatro años y el estigma que acompañaba esta práctica. Junto con la nueva ley del aborto, el Poder Legislativo también aprobó la Ley de 1000 Días²⁰, destinada al acompañamiento²¹ de las personas embarazadas en situación de vulnerabilidad, que estableció una serie de medidas para asistirles a ellas y a sus hijos durante el primer año de vida.

Amenazas al acceso al aborto

Tras la aprobación de la ley sobre el aborto, se presentaron 37 recursos judiciales que alegaban su inconstitucionalidad. A octubre de 2025, solo tres de estos casos permanecen pendientes de resolución ante la Corte Suprema de Justicia de la Nación. En dos de ellos, el Procurador General sostuvo que un grupo de ciudadanos y una asociación civil podrían representar a los “niños por nacer” en sede judicial. El CELS considera que esta interpretación es errónea a la luz de la Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, ya que, en el ordenamiento jurídico argentino —y conforme a los estándares internacionales de derechos humanos—, un “niño por nacer” no posee la misma condición jurídica que un niño.

Tras la aprobación de la ley del aborto, su implementación estuvo acompañada de resistencias, protestas y contramedidas en la esfera pública, un proceso que se profundizó con la llegada de Javier Milei a la presidencia. Milei ha promovido una nueva relación entre el Estado y la ciudadanía.

En febrero de 2024, un legislador nacional del partido La Libertad Avanza, liderado por Milei, presentó un proyecto de ley destinado a derogar la ley del aborto. La iniciativa proponía, principalmente, eliminar la violación como causal de interrupción legal del embarazo, una excepción reconocida en el Código Penal desde 1921.

Si bien La Libertad Avanza expresó que no era un momento oportuno para ese tipo de debates, el tema ha permanecido en la agenda legislativa y gubernamental. De

¹⁹ Código Penal Argentino, artículo 85, inciso 2.

²⁰ Ley Nacional 27.611, 1000 Días, 2020.

²¹ El término “acompañamiento” se refiere a la atención de apoyo basada en un enfoque de derechos, que se brinda a las personas que buscan acceder a un aborto a lo largo de todo el proceso: antes, durante y después del procedimiento.



Manifestación feminista en el Día Internacional de las Mujeres. Buenos Aires, Argentina, 8 de marzo de 2024. Foto de Julián Reynoso / CELS.

hecho, se publicó un decreto que declaraba 2024 el “Año de la Defensa de la Vida, la Libertad y la Propiedad”²².

El nombramiento de hombres abiertamente opositores al aborto en cargos públicos se produce en un contexto de negación de las desigualdades estructurales que afectan a las mujeres, niñas y adolescentes. El Gobierno ha afirmado que prohibiría la inclusión de la perspectiva de género en la administración nacional. Numerosos representantes del Poder Ejecutivo se han manifestado en contra de las leyes de educación sexual, como la ESI²³ (educación sexual integral), y de la Ley de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo; asimismo, han suspendido la financiación de políticas clave destinadas a abordar las desigualdades de género. A principios de 2025, el presidente Milei nombró al abogado Manuel José García Mansilla como juez de la Corte Suprema²⁴. Mansilla había expresado públicamente su oposición al aborto y a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y niñas.

²² Decreto presidencial 55/2024, 2024 - Año de la Defensa de la Vida, la Libertad y la Propiedad, <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/301968/20240122>.

²³ Ley 26.150.

²⁴ Tras un breve periodo en el cargo, García Mansilla renunció a su puesto en la Corte Suprema de Justicia luego de que su nombramiento fuera rechazado por el Senado.



A partir de 2024, y durante 2025, el Gobierno nacional ha retirado de manera intencional recursos financieros y humanos de áreas y programas clave destinados a garantizar los derechos de mujeres y niñas. El CELS monitorea esta situación mediante informes periódicos titulados *La Cocina de los Cuidados*. Esta iniciativa comenzó en marzo de 2024 como un espacio interseccional y transversal para monitorear e informar sobre las medidas gubernamentales en el ámbito del trabajo de cuidado. Está conformada por integrantes de organizaciones sociales y de derechos humanos, sindicatos, iglesias, instituciones académicas, funcionariado público y legisladores y legisladoras de distintos partidos políticos. Cada tres meses, La Cocina de los Cuidados publica un informe dinámico y colaborativo que registra y sistematiza el impacto de los cambios en las políticas públicas, con el objetivo de avanzar hacia una organización más justa e igualitaria del trabajo de cuidado.

En su informe de marzo de 2025, el CELS señaló que “[e]l desguace de las medidas que afectan la vida de las mujeres y personas de la diversidad que eran alcanzadas por estas políticas logró encontrar nuevas profundidades trimestre a trimestre. Si al principio era un cuestionamiento a la brecha salarial, luego se transformó en negar la violencia de género e intentar que se derogue el agravante penal por feminicidio”²⁵.

Al mismo tiempo, el Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia²⁶ (Plan ENIA), una política pública que desde 2017 trabaja para reducir los embarazos adolescentes, vio su presupuesto reducido en un 20 % en 2024. Mientras estuvo vigente, el Plan ENIA logró reducir la tasa de embarazos adolescentes en un 50 %. Ese mismo año, el Gobierno nacional dio por finalizados los contratos de las 619 personas que integraban los equipos del Plan ENIA en 12 provincias. La Defensoría del Pueblo de la Nación y diversas organizaciones de derechos humanos presentaron una acción colectiva para preservar el plan, y actualmente existen varias iniciativas a nivel provincial y nacional destinadas a convertir el Plan ENIA en ley.

Además, en 2024 el Gobierno nacional no distribuyó misoprostol y mifepristona, los medicamentos utilizados para la interrupción del embarazo. El Proyecto Mirar, una iniciativa dedicada al seguimiento de la implementación de la Ley 27.610, informa que durante el primer semestre de 2024 los niveles de interrupciones de embarazo se mantuvieron similares a los de 2023, ya que, en ese periodo, los

²⁵ <https://www.cels.org.ar/web/publicaciones/la-cocina-de-los-cuidados-informe-4/>.

²⁶ Presidencia de la Nación. (2019). *Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia*. Obtenido de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/documento_oficial_plan_2019.pdf.



Manifestación feminista en el Día Internacional de las Mujeres. Buenos Aires, Argentina, 8 de marzo de 2024. Foto de Julián Reynoso / CELS.

proveedores de servicios de salud dependieron de los recursos distribuidos por el Ministerio de Salud a finales de 2023²⁷. En el informe citado se indica que:

Los servicios se organizan principalmente en el primer nivel de atención (43 % del total de los casos reportados), con variaciones regionales: 7 provincias cuentan con similar número de efectores de 1ro y 2do nivel que dan acceso; cinco provincias tienen una organización con mayor número de efectores del 1er nivel de atención, mientras que en otras dos prevalece la provisión en efectores de 2do o 3er nivel de complejidad. A partir de esta organización pero también de la capacidad de ofrecer atención de los distintos efectores, se observa que 43 % de todas las IVE ILE reportadas por las provincias fueron asistidas en el 1er nivel de atención. Los niveles secundario y terciario mostraron proporciones similares: 28% y 29%,

²⁷ Proyecto Mirar, *Reporte diciembre 2024 | Insistir y Persistir. El panorama del aborto en Argentina*, pág. 2.



Consigna histórica de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito: «Ni una mujer muerta por aborto clandestino». Buenos Aires, Argentina, 8 de marzo de 2018. Foto / CELS.

respectivamente. Este dato sugiere que el 1er nivel absorbe gran parte de la demanda de IVE ILE^{28,29}.

A partir del segundo semestre de 2024, las provincias comenzaron a registrar dificultades para garantizar la interrupción voluntaria del embarazo debido que el Ministerio de Salud suspendió la distribución de medicamentos para el aborto.

El CELS, junto con otras organizaciones de la sociedad civil, interpuso una acción judicial contra el Gobierno nacional para exigir la distribución de misoprostol y mifepristona a las provincias³⁰. En diciembre de 2025, la falta de garantías por parte del Gobierno nacional en el suministro de estos medicamentos seguía siendo objeto de análisis judicial. Las organizaciones demandantes sostienen que la inacción en su distribución provoca un daño generalizado y potencialmente

²⁸ “IVE-ILE” se refiere a dos categorías legales del aborto en Argentina bajo la Ley 27.610. IVE se refiere a “interrupción voluntaria del embarazo”, mientras que ILE se refiere a “interrupción legal del embarazo”.

²⁹ Proyecto Mirar, *Reporte diciembre 2024 | Insistir y Persistir. El panorama del aborto en Argentina*, p. 3.

³⁰ La Asociación Civil La Ciega y el CELS presentaron una acción colectiva contra el Ministerio de Salud de Argentina (Expediente n.º FLP 1876/2025) solicitando una medida administrativa urgente que ordene adquirir y distribuir misoprostol y mifepristona. Estos medicamentos son esenciales para garantizar el acceso a abortos seguros (IVE/ILE) en el sistema público de salud.



irreparable, al impedir el acceso efectivo al aborto. Por su parte, el Ministerio de Salud argumenta que la responsabilidad operativa recae en los proveedores de servicios de salud a nivel provincial y que el rol del ministerio se limita a la coordinación y orientación regulatoria en el marco del federalismo sanitario.

El juez a cargo inscribió el caso en el Registro Público de Procesos Colectivos de la Corte Suprema de Justicia y ordenó la adopción de medidas de difusión destinadas a garantizar que todas las personas potencialmente afectadas conocieran las acciones que estaba implementando el ministerio. Este último apeló las medidas de registro y difusión y, a diciembre de 2025, se encontraba pendiente la decisión de la Cámara de Apelaciones. En el marco de esta acción judicial, al igual que en otras promovidas contra medidas gubernamentales, comenzaron a evidenciarse ciertos límites del Poder Judicial en la protección de los derechos.

Conclusión

Como se señaló anteriormente, el litigio estratégico emprendido por el CELS continúa reflejando el enfoque de la sociedad civil en Argentina de promover los derechos a través de múltiples vías. En la actualidad, las redes de “socorristas”, trabajadores de la salud, abogadas y abogados, y activistas de derechos humanos siguen operando. Las mujeres y las personas que pueden quedar embarazadas continúan accediendo a abortos; sin embargo, el acceso sigue siendo muy limitado en algunas provincias, como Misiones, Tucumán, Salta, Santiago del Estero, Formosa y Santa Cruz. La articulación entre el personal de la salud y las “socorristas” hace posible el acceso al aborto pese a las enormes dificultades derivadas de la falta de insumos y recursos. A pesar de la sanción de la ley en 2020, muchas de las barreras existentes antes de la legalización han reaparecido, entre ellas la escasez de medicamentos esenciales y las desigualdades territoriales en el acceso. Frente a este escenario, las organizaciones de la sociedad civil continúan resistiendo estos retrocesos y adoptan medidas para garantizar el ejercicio efectivo del derecho al aborto³¹.

31 Proyecto Mirar, Reporte diciembre 2024 / Insistir y Persistir. El panorama del aborto en Argentina, pág 3.



Manifestación feminista contra la prohibición del aborto. Ekaterimburgo, Rusia, agosto de 2023. Foto de Ural Feminist Initiative.

De la autonomía al control: El retroceso de los derechos reproductivos en Rusia

Valentina Frolova, abogada rusa, derechos de la mujer y de personas LGBTIQNB+

Introducción

En 2025, el Gobierno de Rusia aprobó la *Estrategia de acción para la aplicación de la política familiar y demográfica, así como el fomento de la práctica de tener múltiples hijos en la Federación de Rusia hasta 2036*³². Como parte de esta estrategia para contrarrestar la disminución natural de la población observada en Rusia desde 2017, se propone “fortalecer la institución de la familia y preservar y promover los valores familiares en la sociedad” (artículo 6)³³. Entre otras medidas,

32 Orden del Gobierno de la Federación de Rusia, de 15 de marzo de 2025, N° 615-r.
33 Ibid.



Kirill, patriarca de la Iglesia Ortodoxa Rusa, junto al presidente de la Federación Rusa, Vladimir Putin. Rusia, noviembre de 2022. Foto de King of Religions, licencia CC BY-SA 4.0, vía Wikimedia Commons.

la estrategia establece de manera expresa “la implementación de un conjunto de acciones para apoyar a las mujeres embarazadas en la toma de decisiones sobre la reproducción, con el fin de reducir el número de abortos inducidos” (artículo 3)³⁴.

Este enfoque no es casual; constituye la continuación lógica de la política estatal en materia de derecho al aborto en Rusia desde la década de 2010, incluidas varias medidas recientes, incluidas la introducción de “indicadores de natalidad” en los indicadores clave de desempeño de los gobernadores regionales³⁵, la asignación de 57 subvenciones por un total de 113,5 millones de rublos (USD 1,44 millones) del Fondo de Subvenciones Presidenciales entre 2019 y 2023, destinadas a prevenir los abortos, y el establecimiento de responsabilidades administrativas por promover la negativa a tener hijos³⁶.

³⁴ Ibid.

³⁵ Verstka.Media, “‘La familia debe ser grande, papá debe ser un guerrero’: Cómo las regiones aumentarán las tasas de fertilidad a petición del Kremlin” [ruso], 26 de noviembre de 2024, <https://verstka.media/kak-regiony-budut-povyshat-rozhdayemost-po-trebovaniyu-kremlya>.

³⁶ Verstka.Media, “Durante cinco años el Fondo de Subvenciones Presidenciales otorgó más de 100 millones de rublos para la prevención del aborto” [ruso], 1 de octubre de 2023, <https://verstka.media/za-5-let-fond-prezidentskih-grantov-razdal-svyshe-100-mln-rublej-na-profilaktiku-abor-tov>.



Las autoridades regionales han abordado esta cuestión de distintas maneras. En algunas regiones, se ha establecido responsabilidad administrativa por promover o incentivar el aborto; asimismo, se han documentado presiones informales sobre organizaciones médicas, incluidas clínicas privadas. Estas prácticas han contribuido a una disminución sostenida del acceso al aborto en todo el país.

Este artículo ofrece una visión general del derecho al aborto reconocido por la legislación federal, así como de las diversas limitaciones y barreras derivadas de iniciativas legislativas y prácticas a nivel regional. Asimismo, sostiene que, aunque el acceso individual al aborto puede abordarse de manera ocasional mediante acciones legales específicas en cada caso, la posibilidad de impugnar la legislación federal o regional continua siendo extremadamente limitada.

El marco legislativo vigente y sus obstáculos

En Rusia, el derecho al aborto está consagrado en la legislación federal. De conformidad con el artículo 56(1) de la Ley Federal N.º 323-FZ sobre los fundamentos de la protección de la salud de los ciudadanos de la Federación de Rusia, “toda mujer decide de manera independiente si desea ser madre o no”³⁷. El aborto a solicitud de la mujer está permitido hasta la duodécima semana de embarazo³⁸. No se requiere justificación alguna, y el procedimiento se realiza sobre la base del consentimiento informado y voluntario.

Aunque este derecho está garantizado por la legislación federal, su ejercicio se encuentra sujeto a diversas barreras, entre ellas los periodos de espera obligatorios, la consejería previa al aborto y la exigencia de demostrar la presencia de latidos cardíacos fetales.

³⁷ Ley Federal N.º 323-FZ, del 12 de noviembre de 2011, sobre los fundamentos de la protección de la salud de los ciudadanos de la Federación de Rusia, art. 56(1).

³⁸ Ley Federal N.º 323-FZ, art. 56(4), nota 38 más arriba.



Periodos de espera

La ley establece un período de espera obligatorio antes de la realización de un aborto.³⁹

- » Si el embarazo se encuentra entre las cuarta y séptima semanas, o entre la onceava y doceava semana, el aborto solo puede realizarse una vez transcurridas al menos 48 horas desde la primera consulta de la mujer en una institución médica.
- » Si el embarazo se encuentra entre la octava y décima semana, el período de espera es de siete días contados a partir de la consulta inicial.

Asesoría previa al aborto

A pesar de esta garantía a nivel federal, el acceso efectivo al aborto a solicitud de la mujer se ve significativamente obstaculizado por la imposición de diversos requisitos adicionales.

De acuerdo con las Directrices clínicas del Ministerio de Salud de la Federación de Rusia, vigentes a partir del 1 de enero de 2025, el aborto se realiza sobre la base del “‘deseo persistente’ de la mujer, siempre que haya recibido asesoría psicológica profesional obligatoria en la oficina de apoyo médico-social de una clínica de consulta para mujeres o en un centro de apoyo médico-social para mujeres embarazadas en situación de vulnerabilidad.”⁴⁰

El 17 de julio de 2017, el Ministerio de Salud publicó una carta metodológica⁴¹ titulada *Asesoramiento psicológico para mujeres que planifican la interrupción inducida del embarazo*. Este documento sirve como orientación para los profesionales de la salud. Las pautas allí contenidas establecen explícitamente que el objetivo de la asesoría psicológica es motivar a la mujer a continuar con el embarazo:

- » “Una de las principales funciones de la oficina de apoyo médico-social es implementar medidas para prevenir el aborto, inculcar en la mujer la conciencia de la necesidad de llevar el embarazo a término y proporcionar apoyo durante todo el embarazo” (sección 2.2).

³⁹ Ley Federal N.º 323-FZ, art. 56(3)(1)–(2), nota 38 más arriba.

⁴⁰ Ministerio de Salud de la Federación de Rusia, *Directrices clínicas para el aborto médico* [ruso], aprobadas por el Ministerio de Salud de la Federación de Rusia, <https://legalacts.ru/doc/klinicheskie-rekomendatsii-iskusstvennyi-abort-meditsinskii-abort-odobreny-minzdravom-rossii/>.

⁴¹ N.º 15-4/10/2-4792.



- » “El objetivo del profesional en psicología es apoyar a la mujer en la toma de una decisión informada orientada a continuar el embarazo y llevarlo a término” (sección 2.4).
- » Para alcanzar este objetivo, el profesional en psicología debe cumplir, entre otras, las siguientes funciones: ... 6. Formar en la mujer una actitud negativa hacia el aborto” (sección 2.4).

La implementación del requisito de recibir asesoría antes del aborto varía según la región; sin embargo, la tendencia apunta hacia un modelo en el que, aunque formalmente se mantiene la libertad de elección, esta se encuentra cada vez más restringida y controlada.⁴² Por ejemplo, en 2018, los medios de comunicación informaron que, en el óblast de Belgorod, la asesoría previa al aborto consistía en conversaciones entre la mujer, un profesional en psicología, un representante de la Iglesia ortodoxa y un especialista de un centro de crisis.⁴³ Asimismo, los informes también indicaron que a las mujeres se les entregaba un “formulario de derivación” o una “autorización” para una “comisión de interrupción del embarazo”, que debía contar no solo con la firma de profesionales de la salud, sino también con la de las personas mencionadas, como requisito para acceder al aborto.⁴⁴ Además, se informó que representantes de la Iglesia fueron asignados a todos los hospitales de maternidad y clínicas de consulta para mujeres.⁴⁵ Especialistas señalan que otras prácticas regionales incluyen la creación de “fuerzas demográficas especiales” en la región de Nizhni Nóvgorod, destinadas a identificar las solicitudes de aborto y ofrecer asesoría a las mujeres para que lleven el embarazo a término, así como la supervisión por parte de profesionales de los servicios sociales en la región de Riazán.⁴⁶

El gobierno ruso también ha establecido oficinas de apoyo médico-social en las clínicas de consulta para mujeres, aunque consultarlas no es formalmente

⁴² Consorcio de ONG de mujeres, “‘Den a luz, chicas’: Cómo el Estado intenta restringir los abortos y por qué no produce resultados demográficos” [ruso], 27 de septiembre de 2025, <https://wcons.net/novosti/rozhajte-devochki-kak-gosudarstvo-pytaetsja-ogranichivat-aborty-i-pochemu-jeto-ne-daet-demograficheskikh-rezultatov>.

⁴³ BBC News Russian, “¿Qué le espera a una mujer que decide abortar en Rusia?” [ruso], 13 de mayo de 2018, <https://www.bbc.com/russian/features-44281632>.

⁴⁴ Kommersant, “La consulta espiritual de las mujeres: ‘Kommersant’ encuentra que las mujeres en la región de Belgorod no están obligadas a hablar con un sacerdote antes de un aborto” [ruso], 26 de abril de 2018, <https://www.kommersant.ru/doc/3614060>.

⁴⁵ *Ibid.*

⁴⁶ Consorcio de ONG de mujeres, “‘Den a luz, chicas’: Cómo el Estado intenta restringir los abortos y por qué no produce resultados demográficos” [ruso], 27 de septiembre de 2025, <https://wcons.net/novosti/rozhajte-devochki-kak-gosudarstvo-pytaetsja-ogranichivat-aborty-i-pochemu-jeto-ne-daet-demograficheskikh-rezultatov>.



obligatorio para acceder a un aborto.⁴⁷ Las principales funciones de estas oficinas incluyen:

- » Aplicar medidas destinadas a reducir los abortos;
- » Proporcionar asesoría sobre el apoyo social disponible para las mujeres que desean abortar; y
- » Promover la conciencia de la mujer sobre la necesidad de llevar el embarazo a término.

La carta metodológica también describe las funciones de los profesionales en psicología clínica en las oficinas de apoyo médico-social y en los centros de crisis de embarazo. Según este documento, los profesionales deben:

- » “Realizar trabajo psicológico con las mujeres y sus familiares para prevenir la interrupción del embarazo (asesoría previa al aborto)” (sección 3.2.).

Demostrar la presencia de latidos cardíacos fetales

En las Directrices clínicas del Ministerio de Salud de la Federación de Rusia, que entraron en vigor el 1 de enero de 2025, se especifica que, como parte del examen previo al aborto:

Se recomienda realizar una ecografía del útero y sus anexos (hasta la novena semana de embarazo) o una ecografía fetal (a partir de la décima semana de embarazo) antes de practicar un aborto médico, con el fin de diagnosticar el embarazo, determinar su ubicación, evaluar la correspondencia del saco gestacional, embrión o feto con la duración del embarazo, detectar la presencia de latidos cardíacos fetales (si los hay) y mostrar a la paciente la imagen ecográfica y, en caso de existir, los latidos cardíacos fetales. Las evaluaciones adicionales incluyen identificar y evaluar cualquier cicatriz uterina (si existe) y determinar la ubicación del corion/placenta (placenta previa o fijación en el área de una cicatriz, si corresponde) (sección 2.4, Directrices clínicas “Aborto inducido (aborto médico)”⁴⁸.

47 Orden N.º 389, Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Federación de Rusia, 1 de junio de 2007, relativa a las medidas para mejorar la organización de la asistencia médica y social en las clínicas de consulta para mujeres [ruso].

48 Directrices clínicas para el aborto médico, nota 41 más arriba.



Aborto por motivos médicos y sociales

El aborto por motivos médicos está permitido independientemente de la etapa del embarazo⁴⁹. La Orden N.º 736 del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Federación de Rusia, de 3 de diciembre de 2007, especifica no solo el nombre y el código CIE-10 de una enfermedad, sino también su gravedad, la etapa y las condiciones conexas en que se permite el aborto⁵⁰. En relación con determinadas enfermedades o afecciones, no se prescriben criterios de evaluación; en su lugar, una junta médica está facultada para decidir sobre la necesidad de interrumpir el embarazo en un caso concreto.

Los motivos no médicos para acceder al aborto se han ido reduciendo progresivamente. En la actualidad, el aborto por motivos sociales está permitido hasta la vigesimosegunda semana de gestación⁵¹. Sin embargo, de acuerdo con la legislación vigente, solo se reconoce una indicación social: que el embarazo sea el resultado de una violación⁵². La lista de indicaciones sociales se redujo en 2003 y nuevamente en 2013. Las listas previas incluían situaciones como el encarcelamiento, la muerte o la discapacidad del cónyuge durante el embarazo, la condición de refugiada o desplazada interna, o el desempleo de la mujer o de su cónyuge, entre otras. Hoy, para acceder a un aborto por motivos sociales (entre las semanas 13 y 22), la mujer debe presentar un documento que confirme la indicación social, es decir, la violación⁵³. No obstante, ni la ley ni los reglamentos especifican qué constituye dicho documento, ya sea un informe policial, una decisión judicial u otra forma de confirmación oficial. Expertos jurídicos sugieren que la mujer debe obtener un documento oficial que certifique el inicio de la causa penal para presentarlo al médico como prueba⁵⁴.

Cambios recientes para limitar el derecho al aborto

Ha habido una serie de acontecimientos significativos que limitan el derecho al aborto en Rusia. Entre los más destacados se encuentran los cambios legislativos de 2025; la promulgación de la Ley de Prohibición de la “Incitación” al Aborto; la propuesta de reducir de doce a nueve semanas el plazo para acceder a un aborto a

49 Ley Federal N.º 323-FZ, art. 56(4), nota 38 más arriba.

50 Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Federación de Rusia, “Apéndice: Lista de indicaciones médicas para la interrupción inducida del embarazo”, apéndice de la Orden N.º 736 (3 de diciembre de 2007), <https://base.garant.ru/12158174/53f89421bbdaf741eb2d1ecc4ddb4c33/>

51 Ley Federal N.º 323-FZ, art. 56(4), nota 38 más arriba.

52 Ley Federal N.º 323-FZ, art. 56(4), Decreto del Gobierno de la Federación de Rusia N.º 98 de 6 de febrero de 2012, sobre las indicaciones sociales para la interrupción artificial del embarazo.

53 Ley Federal N.º 323-FZ, art. 101, nota 38 más arriba.

54 Pravo na abort, <https://pravonaabort.com/>.



petición de la mujer; la restricción del acceso a los medicamentos utilizados para el aborto y la anticoncepción de emergencia, el proyecto de ley sobre “el derecho de un ser humano a la protección de la salud incluso antes del nacimiento”; y las restricciones al aborto en clínicas privadas. A continuación, se analizará cada uno de estos acontecimientos de manera individual.

Cambios legislativos de 2025

En marzo de 2025, el Ministerio de Salud de Rusia propuso una revisión de la lista oficial de indicaciones médicas para el aborto, con el objetivo de especificar con mayor precisión los criterios y reducir, en la práctica, el número real de afecciones que cumplen los requisitos⁵⁵. Si bien la lista actualizada parece más extensa debido a la clasificación detallada de las enfermedades (como la expansión de cinco categorías psiquiátricas generales a aproximadamente 60 diagnósticos específicos), las nuevas normas enfatizan que el aborto solo se recomienda en casos de enfermedad grave o resistencia al tratamiento. Afecciones como la esquizofrenia, el trastorno de estrés postraumático, los trastornos de la conducta alimentaria y las enfermedades autoinmunes solo calificarían si existiera un alto riesgo de deterioro de la salud como consecuencia del embarazo. El Ministerio sostiene que los avances en la medicina moderna permiten cursar embarazos más seguros incluso en contextos de salud complejos, lo que reduciría la necesidad de recurrir al aborto en numerosos casos. No obstante, profesionales de la salud expertos han expresado su preocupación por que estas definiciones más estrictas limiten el acceso al aborto para algunas mujeres, en particular si los proveedores de servicios médicos o las propias pacientes subestiman o evalúan incorrectamente los riesgos involucrados, lo que podría retrasar la adopción de decisiones cruciales⁵⁶. Aunque el Ministerio insiste en que el derecho de decidir permanece intacto, algunas personas consideran que estos cambios constituyen un avance hacia la restricción del acceso, amparado en el discurso del progreso =] médico.

Prohibición de la “incitación” al aborto, o la llamada “propaganda antinatalista”

A principios de 2025, catorce regiones de Rusia ya habían incorporado en su legislación local la penalización de la denominada “incitación” al aborto⁵⁷, también

55 Kommersant, “El Ministerio de Salud propone reducir la lista de indicaciones médicas para el aborto” [ruso], 18 de marzo de 2025, <https://www.kommersant.ru/doc/7585515?tg>.

56 *Ibid.*

57 Por ejemplo, la Ley de Delitos Administrativos de San Petersburgo establece que “la incitación a interrumpir un embarazo se entiende como acciones destinadas a presionar a una mujer para que interrumpa su embarazo mediante persuasión, sugerencias, soborno o engaño”. Al mismo tiempo, “el hecho de que un médico proporcione información sobre la existencia de indicaciones médicas o sociales para el aborto no constituye incitación”.



referida como “propaganda antinatalista”⁵⁸. Asimismo, el 23 de noviembre de 2024 se introdujeron además enmiendas al artículo 6.21 del Código de Delitos Administrativos de la Federación de Rusia, titulado *Propaganda de relaciones y/o preferencias sexuales no tradicionales, así como de la transición de género*⁵⁹. La versión actualizada del artículo establece responsabilidad por hacer “propaganda” contra la maternidad, definida como la difusión de información o la realización de acciones públicas orientadas a promover el atractivo de una vida sin hijos, crear una percepción distorsionada de la equivalencia social entre tener hijos y no tenerlos, o imponer información contra la maternidad que genere interés en dicho estilo de vida⁶⁰. Estas conductas pueden dar lugar a multas de entre 50 000 y 100 000 rublos (aproximadamente entre 630 y 1260 dólares estadounidenses) para personas físicas; de entre 100 000 y 200 000 rublos para funcionarios; y de entre 800 000 y 1 000 000 de rublos, o la suspensión de actividades por un periodo de hasta 90 días, para personas jurídicas. Se prevén sanciones más severas cuando la “propaganda” se dirige a menores de edad o se difunde a través de medios de comunicación o de Internet⁶¹.

Paralelamente, se modificó la Ley Federal de Información, Tecnologías de la Información y Protección de la Información N.º 149-FZ, de 27 de julio de 2006, para imponer a los propietarios de sitios y/o páginas web la obligación de supervisar sus plataformas de redes sociales con el fin de identificar contenidos considerados antinatalistas⁶².

La Orden N.º 25 de Roskomnadzor (organismo federal encargado de la supervisión de las comunicaciones, las tecnologías de la información y los medios de comunicación), de 27 de febrero de 2023⁶³, estableció los criterios para el bloqueo de contenidos en línea que promuevan el denominado “antinatalismo”:

58 Ley de San Petersburgo N.º 349-58, de 11 de junio de 2025, sobre la prohibición de la incitación a la interrupción artificial del embarazo en San Petersburgo y sobre las enmiendas a la Ley de San Petersburgo sobre delitos administrativos en San Petersburgo, *Garant*, <https://www.garant.ru/hotlaw/peter/1825409/>.

59 Artículo 6.21(4) del Código de Infracciones Administrativas de la Federación de Rusia, “Propaganda de relaciones y/o preferencias sexuales no tradicionales, así como de la transición de género”.

60 *Ibid.*

61 *Ibid.*

62 Ley Federal N.º 149-FZ, de 27 de julio de 2006, sobre la información, las tecnologías de la información y la protección de la información, art. 10(5)(i) (modificado el 24 de junio de 2025).

63 “Criterios para la evaluación de materiales y/o información necesarios para las decisiones del Servicio Federal de Supervisión en el ámbito de las comunicaciones, las tecnologías de la información y los medios de comunicación, que sirven de base para la inclusión de nombres de dominio y/o identificadores de páginas web en Internet, así como de direcciones de red utilizadas para identificar sitios web en Internet, en el Sistema de Información automatizado unificado, ‘Registro Unificado de Nombres de Dominio, Identificadores de Páginas Web y Direcciones de Red en Internet que contienen información cuya distribución está prohibida en la Federación de Rusia’”.



Monumento contra el aborto erigido frente a una iglesia ortodoxa rusa. Surgut, Distrito Autónomo Janti-Mansi, Rusia, 2013. Foto de Alexander Poprygin, licencia Creative Commons Atribución 3.0 Unported.

- » La presencia de declaraciones destinadas a persuadir a la audiencia de la conveniencia de rechazar la maternidad;
- » La presencia de información que justifique el antinatalismo y que pueda generar una actitud positiva hacia la decisión de no tener hijos;
- » La presentación de la decisión de no tener hijos como preferible a la de tenerlos;
- » La presencia de información destinada a generar una percepción distorsionada de la equivalencia social entre tener hijos y optar por no hacerlo;
- » La presencia de información destinada a formar una imagen distorsionada (negativa) del embarazo, la maternidad o la paternidad; o
- » La difusión de información orientada a fomentar una actitud positiva hacia la ausencia de hijos y que pueda incitar a la decisión de no tenerlos.

Propuesta para reducir de doce a nueve semanas el plazo para que una mujer pueda solicitar un aborto

Otra medida que podría afectar el acceso al aborto es la propuesta de reducir su disponibilidad mediante la disminución del límite de edad gestacional. En junio



de 2024, el Comité de Protección de la Salud de la Duma Estatal recomendó que el Ministerio de Salud considerara la posibilidad de reducir de doce a nueve semanas el plazo dentro del cual una mujer puede solicitar el aborto⁶⁴.

Restricción del acceso a los medicamentos utilizados para el aborto médico y la anticoncepción de emergencia

Desde el 1 de septiembre de 2024, los medicamentos utilizados para el aborto (mifepristona y misoprostol) están sujetos a un sistema de contabilidad cuantitativa detallada⁶⁵. Esta medida impondrá cargas adicionales relacionadas con la presentación de informes y los procesos de adquisición para las clínicas que realizan estos procedimientos⁶⁶. Dado que la mifepristona también es un componente de los medicamentos anticonceptivos de emergencia, estos últimos también serán más difíciles de obtener. En julio de 2025, los medios de comunicación informaron sobre la escasez de anticonceptivos de emergencia basados en mifepristona. Al ponerse en contacto con las principales cadenas de farmacias, *Lenta.ru* descubrió que “el medicamento estaba agotado en toda Rusia”⁶⁷.

Proyecto de ley “Sobre el derecho de un ser humano a la protección de la salud incluso antes del nacimiento”

Según informes de los medios de comunicación de diciembre de 2024, se preveía que en 2025 se presentara ante la Duma Estatal un proyecto de ley titulado *Sobre el derecho de un ser humano a la protección de la salud incluso antes del nacimiento*.⁶⁸ La propuesta de modificación del artículo 18(1) de la Ley Federal N.º 323-FZ añade la frase “antes y después del nacimiento” a la disposición vigente

64 RBC, “El Comité de la Duma Estatal recomienda que el Ministerio de Salud acorte el plazo para abortar” [ruso], 28 de junio de 2024, <https://www.rbc.ru/politics/28/06/2024/667e-68609a7947b209d8a813>.

65 Ministerio de Salud de la Federación de Rusia, Orden N.º 459n, de 1 de septiembre de 2023: “sobre la aprobación de la lista de medicamentos de uso médico sujetos a control cuantitativo detallado”, registrada en el Ministerio de Justicia el 2 de octubre de 2023 (N.º 75422) [ruso], https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_458706/.

66 Lenta.ru, “Las mujeres rusas se enfrentarán a más obstáculos para acceder al tipo de aborto más seguro a partir del 1 de septiembre” [ruso], 29 de agosto de 2024, <https://lenta.ru/news/2024/08/29/abortion/>.

67 Verstka, “Las tabletas para anticonceptivos de emergencia desaparecieron de las farmacias rusas” [ruso], 2 de julio de 2025, <https://verstka.media/iz-rossijskih-aptek-propali-sredstva-dlya-ekstrennoj-kontracepczii-na-osnove-mifepristona>.

68 Kommersant, “Los derechos de los rusos volverán a un estado naciente: Los diputados proponen que el Estado proteja la salud de los ciudadanos incluso antes del nacimiento” [ruso], 12 de marzo de 2024, <https://www.kommersant.ru/doc/7344940>.



que establece que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud”⁶⁹. No obstante, hasta la fecha, esta iniciativa no ha sido presentada.

Restricciones al aborto en clínicas privadas

En el plano regional, se han introducido diversas restricciones adicionales. Según un informe de los medios de comunicación del 23 de noviembre de 2023, “estas restricciones suelen surgir tras discusiones entre profesionales de la salud y funcionarios regionales, quienes instan firmemente a los directores de las clínicas a ‘contribuir a mejorar la situación demográfica del país’”. Por ejemplo, en la provincia de Kursk las clínicas privadas han dejado de ofrecer servicios de aborto, y se han introducido restricciones parciales en Mordovia, Tatarstán y el óblast de Cheliábinsk⁷⁰.

El 30 de enero de 2025, el primer vicepresidente del Comité de la Duma Estatal para la Protección de la Familia, la Paternidad, la Maternidad y la Infancia anunció, a través de Telegram, que las clínicas privadas de nueve regiones de Rusia habían dejado de ofrecer servicios de aborto por completo⁷¹.

Desde la primavera de 2023, se ha instado a las clínicas privadas de Tatarstán a entregar voluntariamente sus licencias para la práctica de abortos. El ministro regional de salud sostuvo que los abortos deberían realizarse únicamente en instituciones médicas estatales. Los informes indican que las clínicas privadas fueron advertidas de manera informal de que conservar la licencia podría traducirse en una reducción del presupuesto del Fondo de Seguro Médico Obligatorio⁷². Para noviembre de 2023, un tercio de las clínicas privadas de la región ya había entregado sus licencias⁷³.

En la primavera de 2023, el Comité de Salud de San Petersburgo envió cartas a las clínicas privadas en las que se indicaba que los programas de atención del



embarazo que estas ofrecían no estaban reconocidos por el Gobierno federal y que, por lo tanto, no podían proporcionar legalmente atención prenatal⁷⁴.

Desde octubre de 2025, la “suspensión voluntaria, total o parcial, de los servicios de aborto por parte de clínicas privadas”⁷⁵ continua siendo una tendencia.

Campañas de incidencia y litigios estratégicos en favor de los derechos reproductivos y el acceso al aborto

La defensa de los derechos reproductivos en Rusia sigue siendo, hasta la fecha, esporádica y en gran medida reactiva, ya que responde principalmente a debates públicos o a la introducción efectiva de nuevas restricciones.

En la década de 2010, grupos activistas rusos defendieron el derecho al aborto combinando argumentos socialistas sobre la economía moral del cuidado con reivindicaciones liberales de autonomía y derechos. Utilizaron símbolos culturales — como las bayas de serbal y los ganchos para ropa— peticiones, *performances* callejeras y campañas en línea para exponer la hipocresía de un Estado que restringe el derecho al aborto mientras descuida el apoyo social y promueve el militarismo. La resistencia evolucionó desde mensajes maternalistas cautelosos (“Lucha contra el aborto, no contra las mujeres”) hacia afirmaciones feministas explícitas de la autonomía corporal (“Mi cuerpo, mi decisión”), lo que refleja la adaptación de las estrategias feministas globales al contexto autoritario y patriarcal de Rusia⁷⁶.

En noviembre de 2023, en respuesta a la iniciativa del gobernador de Nizhni Nóvgorod de restringir el derecho al aborto (véase más arriba), las y los habitantes de la región comenzaron a recoger firmas para presentar una solicitud colectiva en contra de dichos cambios. Al cerrarse la petición, había sido firmada por más de 6000 personas⁷⁷.

69 *Ibid.*

70 Kommersant, “Expertos y ciudadanos se oponen a la propuesta de prohibir los abortos en clínicas privadas” [ruso], 23 de noviembre de 2023. <https://www.kommersant.ru/doc/6352818>.

71 “Tatyana Butskaya, primera vicepresidenta del Comité de la Duma Estatal: Las clínicas privadas de nueve regiones de Rusia han dejado de practicar abortos” [ruso], 30 de enero de 2025, <https://www.currenttime.tv/a/rossiya-aborty/33297189.html>.

72 Business-Gazeta “Los abortos solo están disponibles para el estado: Minnullin liberará a aquellos que no quieren dar a luz de las garras de las clínicas privadas” [traducido], 28 de agosto de 2023, <https://www.business-gazeta.ru/article/604909>.

73 RIA Novosti, “Tatarstán rechaza la introducción de una prohibición a los abortos en clínicas privadas” [ruso], 27 de noviembre de 2023, <https://ria.ru/20231127/aborty-1912146946.html>.

74 BBC News Russian, “Lucha por la ‘preservación de la población’: El Patriarca Kirill pidió a la Duma Estatal prohibir los abortos en clínicas privadas” [ruso], 13 de noviembre de 2023, <https://www.bbc.com/russian/articles/cmlpn10zw72o>.

75 “‘Den a luz, chicas’: Cómo el Estado intenta restringir los abortos” [ruso], nota 43 más arriba.

76 Michele Rivkin-Fish, “Defending legal abortion through new civic activism”, in *Unmaking Russia’s Abortion Culture: Family Planning and the Struggle for a Liberal Biopolitics* 205, 205–28 (Vanderbilt University Press 2024), <https://doi.org/10.2307/jj.22247019.15>.

77 Kommersant, “Los residentes de Nizhny Novgorod envían una petición a Gleb Nikitin contra el endurecimiento de las leyes sobre el aborto” [ruso], 23 de noviembre de 2023, <https://www.kommersant.ru/doc/6352476>.



En septiembre de 2024 se lanzó el proyecto “Derecho al Aborto”⁷⁸. Sus creadoras declararon que “nos preocupa que en el futuro cada vez más mujeres enfrenten problemas similares, pero no logren encontrar a tiempo la información necesaria para proteger su derecho a interrumpir un embarazo”. El sitio web del proyecto proporciona información detallada sobre cómo ejercer el derecho al aborto, junto con plantillas de documentos y asesoría legal⁷⁹.

Potencial para litigios estratégicos y defensa de los derechos en el contexto político actual

En los últimos años, el derecho al aborto se ha visto restringido en diversos contextos, tanto mediante la adopción de las leyes y políticas mencionadas como a través de mecanismos informales (por ejemplo, la presión administrativa sobre las instituciones médicas privadas en determinadas regiones).

Estas medidas han estigmatizado la elección reproductiva y el aborto en sí, lo que dificulta entablar un debate público abierto sin temor a sanciones graves y aumenta la marginación de las mujeres que desean abortar. Asimismo, se traducen en una reducción del número de clínicas que ofrecen la interrupción del embarazo y generan un alto nivel de autocensura por parte de las propias instituciones médicas, lo que restringe el acceso al procedimiento incluso en las principales regiones del país.

Esto va acompañado de la aparición y el debate de iniciativas consideradas “radicales”, incluso a nivel legislativo. Estas incluyen propuestas para enmendar la ley con el fin de reconocer el derecho a la vida desde el momento de la concepción, exigir que la mujer obtenga el consentimiento de su cónyuge para acceder a un aborto –o el de sus padres, en el caso de menores de edad–; e introducir una prohibición directa del aborto en clínicas privadas, ya sea a nivel regional o federal. Asimismo, se ha debatido la posibilidad de ofrecer incentivos financieros para que el personal médico “disuada” a las mujeres de abortar⁸⁰.

Estas iniciativas legitiman la narrativa según la cual una mayor restricción del derecho al aborto resulta aceptable y contribuyen a generar un clima generalizado de miedo e incertidumbre entre las mujeres.

⁷⁸ Forbes Woman, “Defensores de los derechos humanos lanzan el proyecto ‘Derecho al aborto’ para ayudar a las mujeres” [ruso], 27 de septiembre de 2024, <https://www.forbes.ru/forbes-woman/522075-pravozasitniki-zapustili-proekt-pravo-na-abort-v-pomos-zensinam>.

⁷⁹ “Den a luz, chicas”: Cómo el Estado intenta restringir los abortos”, nota 43 más arriba.

⁸⁰ Vedomosti, “Los médicos del óblast de Pskov recibirían 5000 rublos por negarse a practicar abortos” [ruso], 7 de febrero de 2024. <https://www.vedomosti.ru/strana/northwestern/news/2024/02/07/1019037-vracham-pskovskoi-oblasti>.



Dado que las mujeres ya se enfrentan a restricciones significativas, es previsible que en el corto plazo surjan litigios individuales destinados a impugnar la denegación del acceso oportuno al aborto, ya sea a solicitud de la mujer o por razones sociales o médicas. Asimismo, pueden presentarse casos de presión o coacción orientados a obligar a una mujer a desistir de abortar, así como otras violaciones de sus derechos reproductivos. Teniendo en cuenta la delicadeza del asunto y la creciente estigmatización de la elección reproductiva y de las mujeres que solicitan un aborto, es poco probable que se den muchos casos de este tipo.

El contexto actual puede hacer que los esfuerzos por iniciar litigios estratégicos destinados a cuestionar leyes y políticas resulten especialmente arriesgados: de no prosperar, podrían reforzar las restricciones existentes y crear una base jurídica y política más sólida para la introducción de nuevas barreras. Por ejemplo, es muy probable que cualquier eventual recurso ante el Tribunal Constitucional que impugne la constitucionalidad de la prohibición de la denominada “propaganda” antinatalista (artículo 6.21 del Código de Infracciones Administrativas de la Federación de Rusia) sea rechazado sobre la misma base que la impugnación previa de la constitucionalidad de la “propaganda” a favor de las denominadas “relaciones sexuales no tradicionales”.

En este último caso, el Tribunal Constitucional ya ha reconocido la admisibilidad de tales restricciones. En su sentencia N.º 24-P, de 23 de septiembre de 2014, el Tribunal declaró que, “teniendo en cuenta el carácter delicado de estas cuestiones, vinculadas al ámbito de la autonomía individual, y sin invadir su esencia, el Estado tiene derecho a introducir, sobre la base de los requisitos mencionados en la Constitución de la Federación de Rusia, ciertas restricciones a las actividades relacionadas con la difusión de dicha información cuando esta adquiere un carácter agresivo e intrusivo y es capaz de causar daños a los derechos e intereses legítimos de otras personas, en particular de los menores, o resulta ofensiva por su forma”.

También es importante señalar que, dada la alta sensibilidad y politización del tema, cualquier individuo, grupo de iniciativa u organización que decida participar en una defensa pública o litigio puede enfrentarse a diversas formas de represalias físicas, administrativas o de otra índole, así como a otras consecuencias adversas. Al mismo tiempo, existen indicios de resistencia social frente a la restricción del derecho al aborto, como la recolección de un gran número de firmas contra la iniciativa legislativa del gobernador de Nizhni Nóvgorod o el surgimiento de iniciativas orientadas a brindar asesoría jurídica gratuita.



Conclusión

Si bien el derecho al aborto sigue estando garantizado formalmente por la legislación federal, una combinación de cambios legislativos, prácticas administrativas y políticas regionales ha restringido de manera creciente su acceso en la práctica. Medidas como la asesoría obligatoria, los períodos de espera, la reducción progresiva de las causales sociales y médicas y las nuevas restricciones a las clínicas privadas han configurado un entorno altamente controlado que limita la autonomía reproductiva. Las actividades de incidencia continúan siendo esporádicas y, en gran medida, reactivas. Los litigios estratégicos, aunque posibles, conllevan riesgos significativos y pueden resultar ineficaces en el clima político actual. No obstante, nuevos casos de recursos jurídicos, como los del óblast de Vólogda, demuestran que aún existen vías para la defensa de los derechos reproductivos, aunque su alcance sea por ahora limitado.



Integrantes del movimiento Criança não é Mãe protestan contra el proyecto de ley PL 1.904/2024, que equipara el aborto después de las 22 semanas de gestación con el homicidio. Brasília (DF), Brasil, 19 de junio de 2024. Foto de Marcelo Camargo / Agência Brasil, vía fotopublicas.com.

Proteger los derechos, desafiar al poder: Aborto y activismo feminista en Brasil

Júlia Piazza, Letícia Ueda Vella, abogadas del Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde (CFSS), Laura Molinari, coordinadora de la Campanha NEM Presa NEM Morta, y Marina Rongo, asesora del Área de violencia institucional en Conectas Direitos Humanos.

Introducción

En Brasil, el aborto es legal en tres supuestos: cuando el embarazo es resultado de violencia sexual, cuando existe riesgo para la vida de la persona embarazada y cuando el feto presenta anencefalia⁸¹. Los dos primeros supuestos están previstos

⁸¹ La anencefalia es un defecto grave y fatal del tubo neural en el que un bebé nace sin partes importantes del cerebro, el cráneo y el cuero cabelludo debido a que el tubo neural no se cierra correctamente durante el desarrollo embrionario.



en el Código Penal brasileño⁸² desde su promulgación hace más de 80 años. El tercer caso fue incorporado a la legislación brasileña en 2012, a raíz de una decisión del Supremo Tribunal Federal (STF) en la *Acción de cumplimiento contra una violación de un derecho constitucional fundamental (ADPF)* n.º 54. En ninguno de estos casos existe un límite de edad gestacional para la realización del aborto, lo que implica que el acceso al procedimiento en estas circunstancias no debería estar sujeto a restricciones.

A pesar de las restricciones legales, el aborto es una realidad para las personas que pueden quedar embarazadas en Brasil. Los datos indican que una de cada siete mujeres ha interrumpido al menos un embarazo antes de cumplir los 40 años⁸³ y que las mujeres negras tienen un 46% más de probabilidades de haber abortado que las mujeres blancas⁸⁴. Sin embargo, la criminalización y las restricciones vigentes empujan a muchas de ellas a recurrir a procedimientos inseguros, lo que convierte al aborto inseguro en la cuarta causa principal de mortalidad materna en el país⁸⁵, siendo las mujeres negras 2,5 veces más propensas a morir en estas circunstancias⁸⁶. Un estudio que analizó datos correspondientes al periodo 2006–2015 concluyó que las mujeres negras son las principales víctimas de muertes causadas por abortos inseguros, seguidas por las mujeres indígenas, que resultaron particularmente afectadas en 2013 y 2014⁸⁷.

La situación es aún más grave si se analiza desde la perspectiva del embarazo infantil y adolescente, si se tiene en cuenta que, conforme a lo dispuesto en el Código Penal brasileño⁸⁸, todas las personas menores de 14 años tienen derecho a acceder al aborto legal. En 2023, los datos preliminares registraron 13 909 nacimientos de madres menores de 14 años⁸⁹ y, entre 2018 y 2023, una

82 Decreto-Ley 2848 de 1940, art. 128.

83 Diniz, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. “Encuesta Nacional de Aborto – Brasil, 2021”. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, a. 28, n.º 6, 2023, <https://www.scielo.br/j/csc/a/mDCKfkqkyPbXtHXY9qcpMqD/abstract/?lang=pt>.

84 Diniz, Debora; Medeiros, Marcelo; Souza, Pedro H. G. Ferreira de; Goés, Emanuelle. “Aborto y raza en Brasil, Encuestas Nacionales de Aborto 2016 a 2021”. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, 2023, <https://www.scielo.br/j/csc/a/rKQ6mrR8h8vTYkqhbWMfQWp/?format=pdf&lang=en>.

85 Brasil. Ministerio de Salud. DATASUS. Tabnet: Sistema de Información de Mortalidad – SIM. Brasília, DF, 2023, <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>.

86 Goes, E. F.; Menezes, G. M. S.; Almeida, M. C. C.; Araújo, T. V. B.; Alves, S. V.; Alves, M. T. S. S. B. et al. “Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, supl. 1/ 2020. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Gk58HJMk95gYjSqztFm84hS/>.

87 Veiga, Edison. “As maiores vítimas do aborto no Brasil”. *Deutsche Welle*, 2020, <https://www.dw.com/pt-br/as-maiores-v%C3%ADtimas-do-aborto-no-brasil/a-52462333>.

88 Art. 217-A.

89 Daltoé, C.M.; Cardieri, L.; Soares, V. M. N. “Statutory Rape: Characterization of Child Mothers and Regions in 2022 – Update of the Original Study Conducted in 2021 by the Feminist Health Network Regarding the Decade 2010–2019”. Curitiba: Rede Feminista de Saúde, 2024.



niña o adolescente —de entre 10 y 19 años— falleció cada semana a causa de complicaciones derivadas del embarazo⁹⁰. En las estadísticas sobre maternidad infantil, las niñas indígenas son las más afectadas en términos proporcionales⁹¹.

Como muestran los datos, las violaciones de los derechos reproductivos afectan de manera desproporcionada a las personas negras e indígenas que pueden quedar embarazadas. En Brasil, estas personas se enfrentan a una discriminación interseccional basada en la raza, el género y la clase, y deben tomar decisiones reproductivas en un contexto de marcada vulnerabilidad socioeconómica⁹². Además, son víctimas de violencia con mayor frecuencia: más del 50% de las víctimas de violación en el país son personas negras⁹³. Lamentablemente, el Estado brasileño aún tiene un largo camino por recorrer para implementar políticas públicas basadas en los principios de la justicia reproductiva⁹⁴.

A diciembre de 2025, las tres ramas del Estado están involucradas en debates relacionados con el aborto. En el Poder Judicial, hay dos causas importantes pendientes ante el STF: la *ADPF 442*, que solicita la despenalización del aborto hasta la duodécima semana de embarazo, y la *ADPF 989*, que solicita el reconocimiento de la inconstitucionalidad de las barreras de acceso al aborto legal. En la causa *ADPF 442*, la entonces relatora del caso⁹⁵ y presidenta del STF, Rosa Weber, emitió su voto a favor de la procedencia de la acción en septiembre de 2023, antes de su jubilación. El magistrado Barroso asumió la relatoría del caso y publicó su voto favorable a la *ADPF 442* en octubre de 2025, un día antes de su jubilación, siguiendo el precedente establecido por Rosa Weber y en respuesta a la significativa presión de la sociedad civil, incluidas las organizaciones que

90 Felizardo, N. “Uma menina morre por semana por complicações na gravidez. E seu prefeito com isso?” *Intercept Brasil*, 2024, <https://www.intercept.com.br/2024/09/18/uma-adolescente-morre-por-semana-gravidez/>.

91 Lourenço, Juliana. “Maiores taxas de fecundidade estão em territórios indígenas”. *AZMina*, 2025, <https://azmina.com.br/reportagens/maiores-taxas-de-gestacoes-entre-meninas-de-10-a-14-anos-estao-em-territorios-indigenas/>.

92 Criola. Dossiê Justiça Reprodutiva, 2021, <https://criola.org.br/criola-lanca-dossie-mulheres-negras-e-justica-reprodutiva-nesta-sexta-feira-01-10-as-19h/>.

93 Fórum Brasileiro de Segurança Pública – FBSP. *Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2024*. São Paulo: FBSP, 2024, <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2024/07/anuario-2024.pdf>.

94 “El término ‘justicia reproductiva’ es un concepto desarrollado a través del activismo de las mujeres negras, específicamente por Loretta F. Ross, quien en 2006 unió los marcos de los derechos sexuales y reproductivos con el de la justicia social. Ross y otras integrantes del movimiento de mujeres negras buscan llamar la atención sobre cómo la discriminación y la desigualdad por motivos raciales, de género y de clase afectan al acceso a la atención sanitaria y al ejercicio de los derechos en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción”, <https://mapajusticareprodutiva.org.br/o-mapa/o-que-e-justica-reprodutiva/>.

95 En el sistema judicial brasileño, el relator es el juez encargado de analizar el caso y presentar una opinión preliminar al tribunal.



contribuyen a este artículo⁹⁶. En cuanto a la causa *ADPF 989*, Barroso concedió una medida cautelar que permitía la aplicación inmediata de la decisión; sin embargo, esta fue anulada apenas horas después por otros seis magistrados⁹⁷. Al momento de redactar este artículo, ninguno de los dos casos había sido sometido a juicio.

Por otro lado, aunque está encabezado por un gobierno progresista, el Ejecutivo brasileño ha tenido dificultades para gobernar con eficacia. Brasil cuenta con un sistema presidencialista de coalición, en el que el presidente debe construir amplias alianzas en el Congreso Nacional para garantizar la gobernabilidad. Con el auge de la extrema derecha ultraconservadora, que ha ampliado de manera significativa su presencia y su influencia en el Congreso, el Gobierno actual enfrenta obstáculos considerables. En este contexto, el movimiento feminista afronta algunos de sus principales desafíos, dado que el ataque al aborto legal constituye una de las prioridades centrales de la extrema derecha. A este respecto, estos sectores suelen contar con el apoyo del amplio bloque conocido como el *centrão*, que no representa un centro ideológico propiamente dicho, sino que recibe esa denominación por su tendencia a alinearse con la oposición o con el gobierno en función de intereses principalmente electorales. Como resultado, pese a promover una agenda progresista, algunos legisladores y miembros del Ejecutivo afines al gobierno han evitado involucrarse en los debates sobre el aborto, lo que pone en riesgo la defensa de los derechos de las mujeres, las niñas y las personas que pueden quedar embarazadas.

Los hallazgos reportados por la organización no gubernamental CFEMEA (Centro Feminista de Estudos e Assessoria) indican que actualmente existen al menos 98 propuestas legislativas contrarias al derecho al aborto en trámite en el Congreso de Brasil⁹⁸. La mayoría de ellas cuentan con el patrocinio de miembros del Partido Liberal, al que también está afiliado el expresidente Jair Bolsonaro. Estas iniciativas abarcan una amplia gama de acciones, que van desde la difusión de información errónea y la promoción de campañas antiaborto en espacios públicos

96 Dias, Pâmela. “Antes de sair do STF, Barroso recebe carta para se manifestar a favor de ações sobre aborto”. *O Globo*, 2025, <https://oglobo.globo.com/blogs/lauro-jardim/post/2025/10/antes-de-sair-do-stf-barroso-recebe-carta-para-se-manifestar-a-favor-de-aco-es-sobre-aborto.ghml>.

97 Jota. “Stf tem maioria contra liminar que permitia que enfermeiros auxiliassem no aborto legal”. *JOTA Info*, 2025, <https://www.jota.info/saude/stf-tem-maioria-contra-liminar-que-permitia-que-enfermeiros-auxiliassem-no-aborto-legal>.

98 Correia, Mariama. “As dezenas de projetos contra o aborto no Congresso Nacional”. *Agência Pública*, 2024, <https://www.nexojournal.com.br/externo/2024/07/02/as-dezenas-de-projetos-contra-o-aborto-no-congresso-nacional>.



hasta proyectos de ley de carácter punitivo orientados a aumentar las sanciones o a profundizar la criminalización del aborto.

Ante las dificultades en el frente político, el movimiento feminista y la sociedad civil han tenido que recurrir a estrategias alternativas para evitar retrocesos. En la siguiente sección se esbozarán algunos de los principales desafíos recientes para el acceso al aborto legal en Brasil, especialmente a lo largo de 2024.

Posteriormente, se presentará un estudio de caso sobre cómo el movimiento feminista lideró una movilización popular exitosa en contra del proyecto de Ley 1904/2024, que buscaba aumentar la pena por abortos realizados después de la vigésima segunda semana de embarazo —incluso en caos de violación— hasta los 20 años de prisión, equiparándola a la prevista para el delito de homicidio.

Los recientes ataques al aborto legal en Brasil

Las restricciones al derecho al aborto en Brasil no son una novedad. El primer proyecto de ley contra el aborto legal se remonta a 1949 y fue presentado por un sacerdote que también era congresista, quien sostuvo que el procedimiento permitido por el Código Penal irrespetaba la “moral católica del pueblo brasileño”⁹⁹. Desde hace al menos dos décadas, existen en el país movimientos interreligiosos como *Brasil Sem Aborto* (Brasil sin Aborto), que organizan manifestaciones y otras formas de activismo¹⁰⁰. No obstante, desde el ascenso de la extrema derecha al poder en 2019, los ataques contra el aborto legal se han intensificado y persisten hasta la actualidad.

Dentro del Poder Judicial, los importantes avances en la causa *ADPF 442* en septiembre de 2023 desencadenaron una ola de reacciones de la extrema derecha en torno al debate sobre el aborto en los tres poderes del gobierno. En vísperas de su jubilación, la entonces magistrada Rosa Weber, relatora del caso, emitió su voto a favor de la despenalización del aborto hasta la duodécima semana de embarazo¹⁰¹. Aunque sostuvo que no programaría el inicio del juicio por considerar

99 Westin, Ricardo. “Há 75 anos, padre redigiu 1º projeto de lei do Brasil sobre o aborto”. *Senado Federal*, 2024, <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/arquivo-s/ha-75-anos-padre-redigiu-lo-projeto-de-lei-do-brasil-sobre-o-aborto>.

100 Gonçalves, Ana Carolina de Oliveira. “Entre o feto e a “mãe”: enquadramentos no movimento antiaborto brasileiro”. *Revista de Estudos de Conflito e Controle Social*, 2024, <https://www.scielo.br/j/dilemas/a/GrSj5ZxwSvY5K5WtD65vxjd/>. Consultado el 19 de febrero de 2025.

101 Brasil. Tribunal Supremo Federal. Voto de la Ministra Rosa Weber en la causa *ADPF 442*. Brasília, DF: STF, 2023, <https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/Voto.ADPF442.Versa771oFinal.pdf>.



que la sociedad no estaba preparada para ese debate¹⁰², el magistrado Barroso, presidente del STF entre 2023 y 2025, también publicó su voto a favor de la acción.

Poco después de que se hiciera público el voto favorable de la magistrada Weber, se desató una serie de ataques implacables contra el aborto legal en Brasil. La primera medida significativa fue el cierre, en diciembre de 2023, de un servicio especializado para sobrevivientes de violencia sexual y de procedimientos de aborto legal, ordenado por el alcalde de São Paulo, la ciudad más poblada de América Latina. Ubicado en el Hospital Municipal de Vila Nova Cachoeirinha, este era el único centro del estado que realizaba abortos después de la vigesimosegunda semana de gestación. Su cierre fue una maniobra estratégica de la extrema derecha brasileña, decidida a imponer un límite legal de 22 semanas¹⁰³ al acceso al aborto, una tendencia que se hará evidente en los ejemplos que se presentan a continuación.

El alcalde de São Paulo, Ricardo Nunes, fue reelegido en 2024 con el apoyo del expresidente de extrema derecha Jair Bolsonaro. Para su nuevo mandato, Nunes nombró a Ângela Gandra como secretaria de relaciones internacionales. Gandra es una abogada católica y activista antiaborto afiliada a grupos ultraconservadores como el Opus Dei y Ordo Iuris, y se desempeñó como secretaria nacional para la familia durante el mandato de Bolsonaro. Casi dos años después, el servicio continúa cerrado, pese a la presión de la sociedad civil y las impugnaciones jurídicas presentadas por el partido político de oposición Socialismo e Liberdade (PSOL), que dieron lugar a una sentencia dictada en marzo de 2025 que ordenó la reapertura del servicio¹⁰⁴.

A nivel federal, la administración del presidente Lula revocó inicialmente algunas medidas regresivas implementadas por el gobierno anterior. Retiró a Brasil del

¹⁰² Mendes, Lucas. "Barroso diz que vai pautar descriminalização do aborto 'em algum momento'". *CNN Brasil*, 2025, <https://www.cnnbrasil.com.br/politica/barroso-diz-que-vai-pautar-de-scriminalizacao-do-aborto-em-algum-momento/>.

¹⁰³ Aunque la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda no imponer límites gestacionales al acceso al aborto, uno de los principales argumentos del movimiento antiaborto sostiene que, a partir de las 22 semanas de gestación, el feto es considerado viable, es decir, capaz de sobrevivir fuera del útero. Este argumento fue citado en un comunicado del Consejo Médico Regional de São Paulo para justificar la revisión ilegal de las historias clínicas de los pacientes del Hospital Municipal Vila Nova Cachoeirinha. También ha aparecido en la justificación de los proyectos de ley y otras medidas encaminadas a restringir el acceso al aborto legal. Sin embargo, los especialistas señalan que la probabilidad de supervivencia es extremadamente baja y el riesgo de complicaciones graves es significativo. Véase <https://catarinas.info/viabilidade-do-feto-a-partir-de-22-semanas-o-que-especialistas-tem-a-dizer/>.

¹⁰⁴ Barros, Millena Grigoleti. "Prefeitura não retoma serviço de aborto legal no Hospital Vila Nova Cachoeirinha". *Estadão*, 2025, https://www.estadao.com.br/saude/prefeitura-nao-reto-ma-servico-de-aborto-legal-no-hospital-vila-nova-cachoeirinha/?srsltid=AfmBOoosi4_R-Jfbv_6ld-3qBpZwQAJpOmR3QaT3bwF1cBOV6LC2STkjo.



Integrantes del movimiento *Criança não é Mãe* protestan contra el proyecto de ley PL 1.904/2024, que equipara el aborto después de las 22 semanas de gestación con el homicidio. Brasília (DF), Brasil, 19 de junio de 2024. Foto de Marcelo Camargo / Agência Brasil, vía fotopublicas.com.

llamado Consenso de Ginebra, una alianza internacional antiaborto¹⁰⁵, y derogó una ordenanza del Ministerio de Salud que exigía la denuncia obligatoria a la policía de los abortos legales en casos de violación y restringía el procedimiento a los embarazos de menos de 22 semanas de gestación¹⁰⁶. Sin embargo, tras estas primeras medidas positivas, el Gobierno federal comenzó a frenar la promoción de políticas en materia de derechos reproductivos, cediendo así ante la presión de las fuerzas conservadoras del Congreso.

Un ejemplo de ello fue la filtración, en febrero de 2024, de una nota técnica del Ministerio de Salud en la que se reafirmaba que en Brasil no existe un límite de edad gestacional para la realización de abortos legales. Tras una intensa presión

¹⁰⁵ Brasil. Ministerio de Salud, "Desligamento do Brasil do Consenso de Genebra – Nota Conjunta do Ministério das Relações Exteriores, do Ministério da Saúde, do Ministério das Mulheres e do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania" *Nota à Imprensa nº 13*, https://www.gov.br/mre/pt-br/canal_atendimento/imprensa/notas-a-imprensa/desligamento-do-brasil-do-consenso-de-genebra.

¹⁰⁶ G1. "Ministério da Saúde revoga portaria sobre aborto e outras medidas contrárias às diretrizes do SUS". *G1*, 2023, <https://g1.globo.com/saude/noticia/2023/01/16/ministerio-da-saude-revo-ga-portaria-sobre-aborto-e-outras-medidas-contrarias-as-diretrizes-do-sus.ghtml>.



de los grupos antiaborto, el ministro de salud decidió no publicar la nota¹⁰⁷. Al momento de redactar este informe, el Ministerio no ha emitido nuevas normas sobre el tema.

En otra jugada del Poder Ejecutivo, el 23 de diciembre de 2024, el Consejo Nacional de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia (CONANDA), órgano dependiente del Ministerio de Derechos Humanos e integrado por funcionarios gubernamentales y representantes de la sociedad civil, aprobó la resolución 258/2024¹⁰⁸, que establece procedimientos para la atención de niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual y garantiza su derecho a un acceso rápido y seguro a los servicios de aborto legal. La resolución solo fue aprobada porque la sociedad civil obtuvo la mayoría durante la sesión de votación del Conanda; el propio gobierno votó en contra de manera abrumadora, cediendo una vez más a la presión de la extrema derecha¹⁰⁹. Tras su aprobación, el Ministerio de Derechos Humanos cuestionó públicamente la legitimidad del proceso de votación. Además, Damares Alves, senadora de extrema derecha y exministra de la mujer, familia y derechos humanos durante el gobierno de Bolsonaro, presentó una demanda contra la resolución, que fue finalmente desestimada por el Tribunal Regional Federal tras un recurso promovido por organizaciones de la sociedad civil¹¹⁰. En el Parlamento, se han presentado propuestas de decretos legislativos que buscan revocar la resolución, y han surgido nuevas acciones judiciales para impugnarla. Aun así, la resistencia de la sociedad civil ha sido eficaz hasta ahora, y la resolución sigue vigente.

Mientras que las causas *AFDP 442* y *989* siguen sin avances, se han presentado nuevos casos ante el STF que impugnan medidas específicas destinadas a restringir el acceso al aborto legal. En abril de 2024, el Consejo Federal de Medicina, órgano profesional federal, legalmente estructurado como una autarquía especial y responsable de regular el ejercicio de la medicina en Brasil, adoptó la Resolución 2.378/2024¹¹¹, que prohíbe el uso de la técnica de asistolia

107 G1. “Ministério da Saúde suspende nota técnica que derrubava orientação do governo Bolsonaro sobre aborto legal”. *G1*, 2024, <https://g1.globo.com/saude/noticia/2024/02/29/ministerio-da-saude-nota-tecnica-aborto-legal.ghtml>.

108 CONANDA. Resolução nº 258, de 23 de dezembro de 2024, <https://www.gov.br/participa-maisbrasil/blob/baixar/62190>.

109 Brasil. Representantes do Governo Federal votaram contra a Resolução do CONANDA, <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2024/dezembro/nota-a-imprensa-sobre-votacao-contra-a-resolucao-do-conanda>.

110 Vivas, Fernanda. “Justiça Federal rejeita ação de Damares que tentava vetar orientações sobre aborto legal para crianças e adolescentes”. *G1*, 2024, <https://g1.globo.com/politica/noticia/2025/01/16/justica-federal-rejeita-acao-de-damares-que-tentava-vetar-orientacoes-sobre-aborto-legal-para-criancas-e-adolescentes.ghtml>, consultado el 18 de febrero de 2025.

111 Conselho Federal de Medicina. RESOLUÇÃO CFM Nº 2.378/2024. Brasília, 2024, https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2024/2378_2024.pdf.



fetal para interrumpir embarazos después de la vigesimosegunda semana de gestación en casos de violación. Esta técnica es esencial para la realización segura de abortos en etapas gestacionales avanzadas, que con frecuencia son solicitados por niñas y adolescentes, quienes suelen tardar más tiempo en reconocer el embarazo y en acceder a los servicios de salud.

La resolución fue suspendida temporalmente en mayo de 2024 mediante una orden del STF obtenida por el PSOL a través de la causa *ADPF 1141*¹¹². Sin embargo, el breve periodo durante el cual la resolución estuvo en vigor fue suficiente para provocar interrupciones. Con base en el reglamento, el Consejo Regional de Medicina de São Paulo inició investigaciones administrativas contra los médicos que trabajaban en el servicio de aborto legal de Cachoeirinha y solicitó repetidamente historias clínicas confidenciales en un intento de criminalizar a las personas involucradas en los procedimientos. Afortunadamente, la relatoría del STF también ordenó la suspensión de estas investigaciones y acciones conexas.

Por último, en el seno de la legislatura, entre mayo y junio de 2024, en represalia por la decisión emitida por el magistrado Moraes¹¹³ en la causa *ADPF 1141*, la extrema derecha se movilizó en la Cámara de Diputados. El congresista Sóstenes Cavalcante, pastor evangélico de la iglesia Assembleia de Deus y líder del Partido Liberal, presentó el proyecto de Ley 1904/2024 para su consideración. El proyecto busca equiparar los abortos realizados después de la vigesimosegunda semana de gestación con el delito de homicidio, imponiendo penas de hasta 20 años de prisión, incluso en casos de violación. Esta medida afectaría especialmente a las niñas y adolescentes que quedan embarazadas como resultado de violencia sexual. Debido al miedo o a la falta de conocimiento, especialmente considerando que este tipo de violencia suele ocurrir en el ámbito doméstico y es perpetrada por familiares o conocidos¹¹⁴, las víctimas suelen acudir tardíamente a los servicios de salud para solicitar el procedimiento. Cavalcante, quien anteriormente presidió el Frente Parlamentario Evangélico, admitió en una entrevista que retiraría el proyecto de ley si el PSOL retiraba la causa *ADPF 1141* del STF¹¹⁵.

112 STF. “STF suspende resolução do CFM que dificulta aborto em gestação decorrente de estupro”, <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=537717&ori=1>.

113 En el sistema judicial brasileño, el relator puede dictar una medida cautelar en una decisión monocrática, antes de que el STF se pronuncie de sobre el fondo del asunto.

114 Fórum Brasileiro de Segurança Pública – FBSP. *Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2024*. São Paulo: FBSP, 2024, pág 404, <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2024/07/anuario-2024.pdf>.

115 Juliano, Carolina. “Autor de PL do aborto diz que retira projeto se PSOL recuar em assistolia... - Veja mais em <https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/redacao/2024/06/17/autor-de-pl-do-aborto-diz-que-retira-projeto-se-psol-recuar-sobre-assistolia.htm?cmpid=copiaecola>”. *Uol*, 2024, <https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/redacao/2024/06/17/autor-de-pl-do-aborto-diz-que-retira-projeto-se-psol-recuar-sobre-assistolia.htm>.



El 12 de junio de 2024, en una maniobra antidemocrática, la plenaria de la Cámara aprobó por unanimidad dar trámite de urgencia¹¹⁶ al proyecto de ley 1904 en una votación simbólica¹¹⁷ que duró apenas 23 segundos. El entonces presidente de la Cámara de Diputados, Arthur Lira, ni siquiera anunció el número de la ley que se votaría¹¹⁸, lo que impedía que los legisladores de la oposición se organizaran en contra. Sin embargo, tras una intensa movilización social en las calles y en Internet, liderada por el movimiento feminista a través de la campaña *Criança Não é Mãe* (Son Niñas, No Madres), Lira finalmente cedió y se comprometió a crear una comisión especial para evaluar el proyecto de ley, promesa que no cumplió antes de que finalizara su mandato.

A finales de 2024, surgió otra amenaza en la Cámara: la Propuesta de Enmienda Constitucional (PEC) 164/2012, que buscaba enmendar la constitución para garantizar el derecho a la vida desde la concepción, lo que en la práctica implicaría prohibir el aborto legal y restringir numerosos derechos sexuales y reproductivos. La admisibilidad de la propuesta fue aprobada por la Comisión de Constitución, Justicia y Ciudadanía con 35 votos a favor y 15 en contra¹¹⁹. En ese momento, tanto el presidente de la comisión como el relator del PEC eran conocidos partidarios de Bolsonaro y defensores declarados del movimiento antiaborto. Al momento de redactar este artículo, una comisión especial aún debe analizar la propuesta, y deberán celebrarse dos rondas de votación en la plenaria antes de que sea remitida al Senado.

La legislatura federal no es la única que ha tomado medidas contra los derechos reproductivos. Las legislaturas estatales y municipales de São Paulo, Rio de Janeiro, Recife, Goiás, Maceió, Porto Alegre y otras ciudades y regiones también han avanzado en la misma dirección. A estos niveles, las leyes y proyectos de

¹¹⁶ Una solicitud de urgencia sobre un proyecto de ley sirve para acortar su proceso legislativo, permitiendo que la propuesta evite la revisión por parte de las comisiones temáticas de la legislatura y sea considerada directamente por la plenaria de la Cámara.

¹¹⁷ “Votación en la que no hay registro de votos individuales. El presidente de la sesión pide a los legisladores a favor del asunto que permanezcan en sus puestos, y los opositores deben expresar su objeción. Este procedimiento se utiliza generalmente para votar proyectos con acuerdo previo.”, Câmara dos Deputados, Votação simbólica, <https://www.camara.leg.br/noticias/67687-votacao-simbolica/>.

¹¹⁸ Braz, Gabriella. “Votação de urgência de PL que equipara aborto ao homicídio durou 23 segundos”. *Correio Braziliense*, 2024, <https://www.correiobraziliense.com.br/politica/2024/06/6877273-votacao-de-urgencia-de-pl-que-equipara-aborto-ao-homicidio-durou-23-segundos.html>.

¹¹⁹ Agência Câmara de Notícias. CCJ aprova admissibilidade de proposta que garante direito à vida para fetos e impede aborto legal. 2024, <https://www.camara.leg.br/noticias/1114922-CCJ-APROVA-ADMISSIBILIDADE-DE-PROPOSTA-QUE-GARANTE-DIREITO-A-VIDA-PARA-FETOS-E-IMPEDE-ABORTO-LEGAL>.



Integrantes del movimiento *Criança não é Mãe* protestan contra el proyecto de ley PL 1.904/2024, que equipara el aborto después de las 22 semanas de gestación con el homicidio. Brasília (DF), Brasil, 19 de junio de 2024. Foto de Marcelo Camargo / Agência Brasil, vía fotopublicas.com.

ley se han centrado en gran medida en promover campañas engañosas sobre el aborto.

La victoria sobre el proyecto de ley 1904/2024

La campaña *Criança Não é Mãe*¹²⁰ (en adelante “la Campaña”) surgió como un lema feminista y, en 2022, se organizó de manera estructurada, inspirándose en la Campaña *Son Niñas, No Madres*¹²¹, con el objetivo de movilizar a la población brasileña contra el embarazo forzado de niñas. La Campaña ha trabajado activamente para bloquear los intentos de la extrema derecha de poner fin al aborto legal en Brasil. En la actualidad, participan en ella 23 organizaciones feministas y de derechos humanos¹²².

¹²⁰ Véase <https://criancanaoemae.org.br/>.

¹²¹ Véase <https://www.ninasnomadres.org/>.

¹²² Las siguientes organizaciones integran la Campaña: CFEMEA, Nem Presa Nem Morta, Nossas, Redeh, Católicas pelo Direito de Decidir Brasil, Anis – Instituto de Bioética, Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, CLADEM Brasil, Mapa do Acolhimento, Frente Nacional contra a Criminalização das Mulheres e pela Legalização do Aborto, Rede Nacional de Feministas Antiproibicionistas, Portal Catarinas, Mulheres EIG, Cunha Coletivo Feminista, Grupo Curumim, Criola, Rede Feminista de Saúde, CEPIA, Coalizão Brasileira pelo Fim da Violência contra Crianças e Adolescentes, Anistia Internacional, CEBES, PPG y Conectas.



Las acciones de la Campaña contra el proyecto de ley 1904/2024 constituyen un caso de éxito, en la medida en que dieron lugar a una movilización pública eficaz que logró modificar el curso de la actividad parlamentaria. El principal desafío consistió en construir una narrativa que trascendiera la “burbuja de la justicia reproductiva”, es decir, que fuera más allá del círculo de activistas, expertas y expertos y organizaciones ya involucradas en el tema, con el objetivo de alcanzar a un público más amplio y suscitar su interés, poniendo en el centro a los niños, niñas y adolescentes como sujetos centrales de los derechos reproductivos. No fue una tarea sencilla, ya que la agenda política y el discurso público en torno a la protección de la niñez han sido copados en los últimos años por grupos conservadores, como el movimiento Escola Sem Partido¹²³. La Campaña también tuvo que enfrentar el activismo contra la educación sexual, una cruzada contra la llamada “ideología de género” y una supuesta “defensa de la familia”, promovida por algunos de los líderes políticos de extrema derecha más influyentes del país, abiertamente opuestos a los derechos sexuales y reproductivos. Al mismo tiempo, buscó cuestionar los estereotipos de la llamada “víctima ideal”, con el fin de garantizar que la Campaña defendiera una concepción amplia e inclusiva de la justicia reproductiva. La participación de diversas organizaciones, en particular aquellas centradas en los derechos de las niñas y los niños, permitió poner a prueba narrativas capaces de responder eficazmente a estos desafíos.

Cuando la solicitud de trámite de urgencia del proyecto de ley fue incluida en la agenda de votación de la Cámara de Diputados, la Campaña se movilizó rápidamente y adoptó una postura pública clara. Su mensaje central subrayó que el proyecto de ley afectaría principalmente los proyectos de vida de las niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual, en lugar de centrarse en las prácticas médicas relativas al aborto en etapas gestacionales avanzadas, como la asistolia fetal, a las que se hace referencia en la exposición de motivos del proyecto. Dado que las fuerzas conservadoras cuentan actualmente con la mayoría en la Cámara de Diputados, era fundamental conseguir que el público en general apoyara la Campaña contra el proyecto de ley para inclinar la balanza del poder político. La Campaña también convocó a la acción colectiva mediante la recolección de firmas a través de una plataforma digital que enviaba correos electrónicos directamente a los legisladores. Cada firma generaba un mensaje en el que se instaba a rechazar tanto la solicitud del trámite de urgencia como el proyecto de ley en su conjunto. Estos mensajes llegaron a cientos de parlamentarios, incluido el entonces

¹²³ El movimiento Escola Sem Partido es un movimiento conservador que tiene como objetivo influir en las políticas educativas y restringir las discusiones sobre género, sexualidad y política en las escuelas.



presidente de la Cámara de Diputados, Arthur Lira, quien controlaba la agenda legislativa. En total, se enviaron más de 304 000 correos electrónicos¹²⁴.

La narrativa fue tan poderosa que rompió la burbuja de las redes sociales¹²⁵ y generó indignación en diversos sectores de la sociedad, incluidos aquellos tradicionalmente indiferentes al derecho al aborto. La movilización de figuras públicas, desde actrices hasta *influencers* digitales, fue una de las estrategias clave para alcanzar nuevas audiencias y amplificar la narrativa. El debate pasó a dominar las redes sociales: un estudio de Quaest reveló que, entre los 1,1 millones de menciones al proyecto de ley registradas entre el 12 y el 14 de junio, el 52% expresaba oposición, mientras que solo el 15% manifestaba apoyo¹²⁶. Además, una encuesta pública en el sitio web de la Cámara de Diputados mostró que 979 087 personas manifestaron estar “totalmente en desacuerdo” con el proyecto de ley, lo que representa el 88% del total de votos registrados¹²⁷. La página web del proyecto de ley recibió 6,1 millones de visitas en cinco días, lo que equivale al 12,22% del total de visualizaciones acumuladas por los 109 000 proyectos de ley monitoreados¹²⁸.

Las organizaciones que participaron en la Campaña también invirtieron recursos en la divulgación mediática, proporcionando datos y argumentos a los medios de comunicación tradicionales. Un informe de monitoreo de *NEM Presa Nem Morta* (Ni presa, ni muerta) reveló que, de un total de 625 artículos sobre el proyecto de ley publicados en medios impresos y digitales, 280 se oponían a este, 282 adoptaron una postura neutral y solo 63 lo apoyaban. En los medios de comunicación, el proyecto de ley pasó a conocerse popularmente como el “proyecto de ley de los violadores”, ya que la pena prevista para quienes abortaran después de la vigesimosegunda semana de gestación sería más severa que la aplicable a las personas condenadas por violación. Esta narrativa

¹²⁴ En el siguiente enlace encontrará un archivo de la plataforma mencionada; el original ya no está disponible en línea: <https://archive.ph/r05lb>.

¹²⁵ La organización que alojaba de la plataforma de envío de correos electrónicos de la Campaña Criança Não é Mãe afirmó que “más de un tercio de las personas que enviaron correos electrónicos a Lira nunca habían participado en otras campañas de la entidad”. En: Mello, Patricia Campos. “Foco em crianças estupradas e rapidez explicam sucesso da esquerda contra PL Antiaborto por Estupro”. *Folha de São Paulo*, 2024, <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2024/06/foco-em-criancas-estupradas-e-rapidez-explicam-sucesso-da-esquerda-contra-pl-antiaborto-por-estupro.shtml>.

¹²⁶ Sadi, Andréia. “Quaest: maioria nas redes sociais é contra projeto de lei que equipara aborto ao crime de homicídio”. *G1*, 2024, <https://g1.globo.com/politica/blog/andreia-sadi/noticia/2024/06/14/quaest-redes-sociais-pl1904.ghtml>.

¹²⁷ Câmara dos Deputados. Enquete do PL 1904/2024, <https://www.camara.leg.br/enquetes/2434493/resultados>.

¹²⁸ Câmara dos Deputados. Projeto sobre aborto atinge 6,1 milhões de visualizações no site da Câmara, <https://www.camara.leg.br/noticias/1073370-projeto-sobre-aborto-atinge-61-milhoes-de-visualizacoes-no-site-da-camara/>.



se extendió a otros ámbitos, y numerosas instituciones y asociaciones, entre ellas organizaciones de profesionales de la salud, obstetras, profesionales de enfermería, trabajadores sociales, profesionales del derecho, periodistas, grupos religiosos e incluso escuelas de samba, emitieron comunicados en contra del proyecto de ley¹²⁹.

Finalmente, la Campaña llevó a los movimientos sociales a las calles de todo Brasil, organizando protestas que reunieron a miles de manifestantes. Las personas manifestantes portaban pañuelos verdes¹³⁰ y coreaban consignas como “Son niñas, no madres” y “los violadores no son padres” mientras presionaban públicamente a Lira por primera vez debido a su considerable influencia política. Muchos de los carteles también exigían explícitamente “Fuera Lira”.

Como resultado de esta presión social, el proyecto de ley fue derrotado simbólicamente, aunque no se archivó de manera oficial. Lira se retractó y decidió no someterlo a votación en la plenaria de la Cámara de Diputados. En su lugar, prometió crear una comisión especial para debatir la propuesta “sin prisas ni urgencia”¹³¹, según sus propias palabras. Aunque se comprometió a formar la comisión durante el segundo semestre de 2024, hasta ahora no lo ha hecho.

Otro resultado importante de esta movilización es el creciente apoyo del público a los derechos reproductivos. Según la encuesta de opinión de 2025 titulada “Percepciones sobre los derechos de las niñas y mujeres embarazadas después de la violación”, realizada por la Agência Patricia Galvão, cerca de la mitad de la población conoce la Campaña *Criança Não é Mãe*. Después de leer una breve descripción de la iniciativa, el 96% de las personas encuestadas la consideró importante. Además, tres de cada cuatro personas en Brasil se oponen a encarcelar a quienes hayan abortado¹³².

129 Valenga, Daniela. “Quem é contra o PL 1904?” *Portal Catarinas*, 2024, <https://catarinas.info/quem-e-contra-o-pl-1904/>.

130 El pañuelo verde se ha convertido en un poderoso símbolo del movimiento feminista por la legalización del aborto en América Latina. Apareció por primera vez en Argentina a principios de la década de 2000 y fue adoptado por la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito en ese país. El pañuelo se convirtió en un emblema visible durante las protestas y manifestaciones públicas que exigían la aprobación de la Ley 27.610, que se promulgó en 2021. Dado el éxito de la Campaña, los movimientos feministas de otros países latinoamericanos, entre ellos Brasil, adoptaron posteriormente el pañuelo verde como símbolo.

131 Rodrigues, Paloma; Castro, Ana Flávia. “Lira anuncia comissão para projeto sobre aborto e diz que tema ficará para o 2º semestre: ‘Sem pressa’”. *G1*, 2024, <https://g1.globo.com/politica/noticia/2024/06/18/lira-recua-e-diz-que-votacao-pl-que-equipara-aborto-a-homicidio-sera-no-segundo-semester.ghml>.

132 Agência Patrícia Galvão. “6 em cada 10 brasileiros conhecem uma mulher que foi estuprada quando menina”. 2025, <https://agenciapatriciagalvao.org.br/mulheres-de-olho/dsr/6-em-cada-10-brasileiros-conhecem-uma-mulher-que-foi-estuprada-quando-menina/>.



El amplio apoyo público a la campaña, tanto en Internet como en las calles, puso de relieve el potencial de generar cambios aún mayores en la opinión pública mediante narrativas diversificadas y la colaboración estratégica con distintos sectores sociales.

Conclusión

La defensa de los derechos sexuales y reproductivos en Brasil enfrenta grandes retos. El auge de la extrema derecha, tanto a nivel mundial como nacional, ha agudizado las tensiones en torno al debate sobre el aborto, no solo por las dificultades para avanzar en la lucha por la despenalización y legalización, sino —lo que resulta más grave— por los ataques dirigidos contra el acceso al aborto en los supuestos ya protegidos por la ley.

El panorama político en los tres poderes del Estado presenta importantes obstáculos. Si bien las fuerzas progresistas lideran el Poder Ejecutivo, este se encuentra condicionado por una amplia coalición de partidos políticos; el Poder Judicial presta cada vez más atención a la cuestión; y el Poder Legislativo ha intensificado sus ataques contra el aborto, recurriendo a diversas estrategias para presionar a los otros dos poderes.

En este contexto, el movimiento feminista ha buscado ampliar sus estrategias y diversificar sus narrativas para evitar retrocesos y asegurar avances en la lucha por la justicia reproductiva. Una de las estrategias más recientes y de mayor alcance ha sido el surgimiento de la Campaña *Criança Não é Mãe*, inspirada en el movimiento hispanoamericano “Son Niñas, No Madres”. Esta iniciativa logró movilizar con éxito a amplios sectores de la sociedad y poner en evidencia a las fuerzas políticas ultraconservadoras en sus intentos de revertir derechos ya reconocidos. Los resultados de la Campaña durante el último año evidencian un creciente apoyo social a la causa, lo que ha contribuido a frenar el avance de la extrema derecha.



Capítulo 2 Aprovechar las victorias, luchar por el acceso: Caminos hacia la legalización

Introducción

Muyenga Mugerwa-Sekawabe, INCLO / Legal Resources Centre (LRC)

La reforma de las leyes sobre el aborto nunca es un proceso lineal. Refleja las luchas entre los principios constitucionales, la opinión pública, la autoridad religiosa y las experiencias vividas de quienes buscan atención médica. Los procesos de reforma legislativa varían considerablemente según el contexto, incluida la jurisdicción y el marco jurídico aplicable. Este capítulo reúne tres ejemplos —Irlanda, Canadá y Kenia— para ilustrar distintas trayectorias hacia el reconocimiento del aborto como un derecho legal.

El camino de Irlanda hacia el reconocimiento del derecho al aborto y la autonomía reproductiva se articuló principalmente en torno a la movilización y el referéndum. Durante décadas, la Octava Enmienda de la Constitución equiparó la vida fetal con la de la persona embarazada, anulando su autonomía y provocando muertes y embarazos forzados; además, obligó a miles de personas a viajar al extranjero para acceder a atención médica, a menudo en secreto y sumidas en la vergüenza. Tras décadas de debate público, referendos y litigios, la muerte de Savita Halappanavar en 2012 marcó un punto de inflexión en la discusión, al provocar protestas masivas y campañas testimoniales que reformularon el aborto como una cuestión de dignidad e igualdad. En 2018, la ciudadanía votó de manera contundente a favor de derogar la prohibición constitucional, allanando así el camino para la posterior reforma legislativa.

Por su parte, Canadá siguió un camino impulsado principalmente por el litigio. No hubo referéndum ni acto legislativo de gran alcance. En cambio, las impugnaciones constitucionales dismantelaron las restricciones. En 1988, la Corte Suprema, en el caso *R. v. Morgentaler*, declaró inconstitucionales algunas disposiciones del Código Penal al considerar que violaban el derecho a la libertad y la seguridad de la persona, tal como se consagra en la Carta Canadiense de los Derechos y las Libertades. Si bien los tribunales reconocieron el aborto como un derecho protegido, el federalismo y la estructura de los sistemas de salud dejaron lagunas en su implementación, dando lugar a un acceso desigual entre las provincias. La experiencia de Canadá pone de relieve tanto el poder como los límites del litigio constitucional.

Finalmente, Kenia presenta un tercer camino. Las leyes de la era colonial, derivadas de la Ley de Delitos contra la Persona de 1861, penalizaban el aborto de manera casi absoluta. La Constitución de 2010 reconoció que el aborto es



En respuesta a la revocación de *Roe v. Wade* en Estados Unidos y a los ataques a los derechos de las mujeres a nivel global, miles de personas se movilizan en Melbourne, Australia, en solidaridad con los derechos al aborto. Foto de Matt Hrkac, vía Flickr, bajo licencia Creative Commons CC BY 2.0.

lícito cuando un profesional de la salud determina que el embarazo representa un riesgo para la vida o la salud de la persona embarazada. No obstante, las contradicciones con el Código Penal han generado un clima de incertidumbre. En el caso *PAK & Mohammed v. Attorney General* (2022), el Tribunal Superior afirmó que el aborto constituye un derecho constitucional vinculado a la dignidad y la igualdad. Sin embargo, su implementación práctica sigue siendo incompleta.

A pesar de sus diferencias, las tres historias comparten lecciones fundamentales. En todos los casos, la reforma fue el resultado de años de lucha y momentos de crisis: la muerte de una mujer en Irlanda, un litigio constitucional en Canadá y el enjuiciamiento de una adolescente en Kenia. Asimismo, en los tres contextos la legalización no ha eliminado las barreras de acceso. El estigma, las desigualdades territoriales y las brechas socioeconómicas siguen condicionando el acceso efectivo al aborto.

En conjunto, estos relatos muestran que el derecho al aborto puede garantizarse por diferentes vías, pero que siempre sigue siendo una tarea en curso y requiere una defensa constante para garantizar que los derechos reconocidos por la ley se traduzcan en un acceso real.



Manifestación a favor del derecho al aborto en Montreal. Montreal, Canadá, finales de la década de 1960. Archivo: Archives nationales à Montréal, Fonds Antoine Desilets, Bibliothèque et Archives nationales du Québec (BAnQ).

Caminos y barreras para la atención del aborto equitativo en Canadá: Lecciones de décadas de litigio e incidencia

Harini Sivalingam, directora del Programa de Igualdad, Canadian Civil Liberties Association (CCLA), con asistencia en investigación, redacción y edición de Jonathan McDonald, Universidad St. Thomas, y Jazzmine Gabert, Facultad de Derecho Osgoode Hall.

Introducción

En la histórica decisión de la Corte Suprema de Canadá en el caso *R. v Morgentaler*¹³³, el aborto fue despenalizado y se establecieron medidas de

¹³³ *R. v Morgentaler*, 1988 CanLII 90 (SCC), [1988] 1 SCR 30 [*Morgentaler*].



protección destinadas a afianzar la autonomía corporal de las mujeres en el país. Si bien la jurisprudencia posterior ha confirmado que la autonomía corporal está protegida frente a la intervención intrusiva del Estado, las barreras legales e institucionales siguen siendo fundamentales a la hora de evaluar las desigualdades persistentes en el acceso a la justicia reproductiva en todo Canadá. Aunque el país no impone restricciones federales al aborto y los tribunales han reconocido desde hace décadas que se trata de una cuestión de autonomía corporal e igualdad, protegida por la Carta Canadiense de los Derechos y las Libertades (la Carta), incluida en la Parte 1 de la Constitución canadiense¹³⁴, los actores políticos no han logrado garantizar de manera efectiva el acceso a los servicios de aborto¹³⁵. Estos problemas de acceso no pueden atribuirse únicamente a limitaciones presupuestales. Diversos estudios han demostrado que Canadá cuenta desde hace tiempo con la capacidad institucional necesaria para proporcionar atención en materia de aborto a través de su sistema público y universal de salud. La investigación de Shaw y Norman sostiene que, más de 35 años después del fallo *Morgentaler*, “la atención para el aborto seguro y ético puede regularse como parte ordinaria de los servicios generales de salud reproductiva, en ausencia de una ley penal”¹³⁶.

Erdman identifica tres marcos jurídicos y constitucionales distintos a través de los cuales puede promoverse la justicia reproductiva en Canadá: las reivindicaciones basadas en derechos al amparo de la Carta; la división estructural de competencias propia del federalismo canadiense; y los mecanismos institucionales del sistema universal de salud del país¹³⁷. Sin embargo, pese a la existencia de estos enfoques, la inacción y la resistencia a nivel provincial han socavado su potencial, impidiendo que muchas mujeres y personas de género diverso en todo el país gocen efectivamente de la justicia reproductiva. El resultado es un panorama fragmentado y desigual, en el que la ley reconoce formalmente el derecho al aborto, pero muchas personas siguen sin poder acceder a él en la práctica.

134 Acta Constitucional de 1982, art. 52(1), siendo el Anexo B del Acta Canadiense de 1982 (Reino Unido), 1982, c 11.

135 Peter W. Hogg, *Constitutional Law of Canada, 5th Edition* (2 de julio de 2025), 47:12, en línea: (WL CAN) Thomson Reuters Canadá.

136 Dorothy Shaw y Wendy V. Norman, “When There Are No Abortion Laws: A Case Study of Canada” (2020) 62 *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynecology* págs. 49–62.

137 Joanna N. Erdman, “Access to Abortion Services and the Canadian Health Care System” (2007) 52:2 *McGill Law Journal*, pág. 225.



Acceso al aborto, diálogo y autonomía corporal

Históricamente, el aborto estuvo ampliamente tipificado como delito en Canadá. El Código Penal de 1892¹³⁸ prohibía al personal médico practicar abortos y penalizaba a las mujeres que se sometieran a dicho procedimiento¹³⁹. En respuesta al activismo de la década de los 1960, en 1969 el Parlamento aprobó una reforma general que introdujo el artículo 251 del Código Penal. Esta modificación permitió el aborto únicamente en circunstancias muy limitadas y solo cuando un comité hospitalario certificaba que “la continuación del embarazo pondría a en peligro la vida o la salud de la mujer”¹⁴⁰.

No obstante, el artículo 251 creó importantes barreras de acceso. Permitió a los hospitales y grupos antiaborto obstaculizar el acceso a los servicios de aborto simplemente negándose a establecer los comités¹⁴¹ o imponiendo requisitos adicionales, como el consentimiento del padre¹⁴². La introducción de la Carta en 1982 marcó un punto de inflexión al proporcionar una nueva vía constitucional para la protección de los derechos reproductivos. Tras una serie de apelaciones, la Corte Suprema emitió su decisión fundamental de 1988 en el caso *R. v. Morgentaler*¹⁴³, que se convertiría en el primer recurso constitucional exitoso contra las leyes sobre el aborto en Canadá, impuesto por el médico y proveedor de servicios de aborto, el Dr. Henry Morgentaler. Los jueces emitieron tres opiniones distintas, pero todos coincidieron en que el requisito vigente en ese momento de obtener la aprobación de un Comité Médico para el Aborto (TAC, por sus siglas en inglés) vulneraba los derechos de las personas a la salud y la integridad corporal. El entonces presidente de la Corte Suprema, Brian Dickinson, y el magistrado Beetz, fundamentaron dicha vulneración en los retrasos administrativos y los riesgos para la salud generados por los TAC¹⁴⁴, mientras que la magistrada Bertha Wilson adoptó un enfoque más amplio, al sostener que el derecho al aborto también debía derivarse del derecho a la libertad¹⁴⁵. Esta decisión histórica de la Corte Suprema despenalizó el aborto y sentó las bases para los derechos reproductivos en Canadá.

138 Código Penal canadiense, 1892, SC 1892, c 29.

139 Lianne McTavish, “Abortion in New Brunswick” *Acadiensis* 44, n.º 2 (2015), págs. 107–130. Pág. 118.

140 Katrina Ackerman y Shannon Stettner, “‘The Public Is Not Ready for This’: 1969 and the Long Road to Abortion Access” (2019), 100:2 *Canadian Historical Review*, págs. 239–240.

141 *Ibid*, pág. 245.

142 Rachael Johnstone, *After Morgentaler: The Politics of Abortion in Canada*, 1ra ed. (Vancouver: UBC Press, 2017), pág. 56.

143 *Morgentaler*, nota 235 más arriba.

144 *Morgentaler*, nota 235 más arriba, págs. 57–65, 90–105.

145 *Morgentaler*, nota 235 más arriba, págs. 183–184, 171.



Henry Morgentaler rodeado de personas que lo apoyan al entregarse a las autoridades. Canadá, 1977. Fotografía de Len Sidaway. Derechos de autor cedidos a Library and Archives Canada por el titular de los derechos, The Gazette.

Poco después del caso *Morgentaler*, en 1989, la Corte Suprema decidió por unanimidad en el caso *Tremblay v Daigle*¹⁴⁶ que un feto no posee derechos legales que puedan impedir que una mujer se someta a un aborto. Aunque este caso suele presentarse como una victoria a favor del derecho a decidir, Rachael Johnstone —autora, investigadora y profesora asistente de ciencias políticas en la Universidad de Dalhousie— califica la decisión de “profundamente perturbadora”¹⁴⁷, ya que la Corte no examinó los derechos de Daigle más allá de las cuestiones procesales relacionadas con su aborto¹⁴⁸. Johnstone también critica a la Corte Suprema por haber instado al Parlamento a legislar el aborto de manera “adecuada” en el caso *Tremblay*, en lugar de afirmar explícitamente que se trata de un derecho constitucional¹⁴⁹. Como consecuencia, tanto el Parlamento federal como las legislaturas provinciales recibieron escasas orientaciones sobre la forma que deberían adoptar las leyes sobre el aborto para ser constitucionales, o sobre si el artículo 7 de la Carta exige únicamente garantías de equidad procesal o

146 *Tremblay v Daigle*, 1989 CanLII 33 (SCC), [1989] 2 SCR 530 [*Tremblay v Daigle*].

147 Johnstone, nota 244 más arriba, pág. 67.

148 Johnstone, nota 244 más arriba, págs. 66-68.

149 *Morgentaler*, nota 235 más arriba, pág. 73; Johnstone, nota 244 más arriba, pág. 69.



una protección sustantiva más robusta¹⁵⁰. Johnstone y otros autores y autoras sostienen que la ambivalencia de la Corte Suprema en los casos *Morgentaler* y *Daigle* dejó a Canadá sin un marco normativo claro en materia de aborto, lo que hace que acceder a él dependa, en gran medida, de la dinámica política nacional.

Si bien la prestación de servicios de salud está bajo la jurisdicción de cada provincia, el gobierno federal puede influir en las políticas imponiendo condiciones a las transferencias federales¹⁵¹. Desde 1995, Health Canada, el departamento federal responsable de formular la política nacional de salud, considera que el aborto es un servicio médico en virtud de la Ley de Salud de Canadá¹⁵², y ha retenido transferencias de fondos a aquellas provincias que no prestan servicios de aborto o que no los financien adecuadamente¹⁵³. Bajo este modelo, la provincia de Nuevo Brunswick fue sancionada tanto en 2005 como en 2020 por su negativa a financiar la prestación de servicios de aborto¹⁵⁴. En este contexto, el federalismo no opera como un marco coherente de protección de derechos, sino como un sistema fragmentado en el que el acceso a los servicios de aborto depende de una distribución desigual de los recursos, determinada por la implementación a nivel provincial y la voluntad política. En consecuencia, el acceso al aborto se ve configurado —y con frecuencia limitado— por la intersección de tres factores: la estructura federal de Canadá, las lagunas existentes en la Ley de Salud de Canadá y la persistente oposición política en determinadas provincias¹⁵⁵. El resultado ha sido la introducción de restricciones a nivel provincial y el surgimiento de una nueva ola de impugnaciones.

Después de la decisión en el caso *Morgentaler*, el doctor Henry Morgentaler anunció planes para abrir una clínica independiente en Halifax, Nueva Escocia. En respuesta, el gobierno provincial modificó su Ley de Servicios Médicos¹⁵⁶ para prohibir la práctica de abortos fuera de los hospitales y suspender su financiación con fondos públicos¹⁵⁷. Morgentaler fue acusado de 14 cargos por incumplir las

150 Gwen C. Mathewson, “Security of the Person, Equality and Abortion in Canada” (1989) 1989:1 *University of Chicago Legal Forum*, pág. 268.

151 Howard A. Palley, “Canadian Abortion Policy: National Policy and the Impact of Federalism and Political Implementation on Access to Services” (2006) 36:4 *Publius*, págs. 578-579.

152 Ley de Salud del Canadá, RSC 1985, c-6.

153 *Ibid.* 578-579.

154 Johnstone, nota 244 más arriba, pág. 116; Emmett Macfarlane & Rachael Johnstone, “Equality Rights, Abortion Access, and New Brunswick’s Regulation 84-20” (2021) 55:72 *University of New Brunswick Law Journal*, pág. 209.

155 Emmett Macfarlane & Rachael Johnstone, “Public Policy, Rights, and Abortion Access in Canada” (2015) 51:1 *International Journal of Canadian Studies*, pág. 97; Laura Eggertson, “Abortion Services in Canada: A Patchwork Quilt with Many Holes” (2001) 164:6 *Canadian Medical Association Journal*, págs. 847-849.

156 Ley de Servicios Médicos, RSNS, 1989, c. 281.

157 *R. v Morgentaler*, [1993] 3 SCR 463, págs. 494-495 (SCC) [*Morgentaler*, 1993].



leyes de Nueva Escocia sobre el aborto; sin embargo, el Tribunal de Apelaciones anuló los cargos al determinar que la provincia no tenía competencia legal para imponer tales restricciones, y en 1993 la Corte Suprema desestimó el recurso interpuesto¹⁵⁸. A pesar de esta segunda victoria de Morgentaler ante la Corte Suprema, Johnstone sostiene que la decisión del tribunal fue insuficiente, ya que no tuvo en cuenta las protecciones fundamentales consagradas en los artículos 7 y 15 de la Carta¹⁵⁹. En consecuencia, aunque Morgentaler impugnó la normativa de Nueva Escocia en 1993, esta permaneció en vigor durante más de dos décadas¹⁶⁰.

Una impugnación similar surgió en la Isla del Príncipe Eduardo (IPE), donde la provincia utilizó políticas destinadas a preservar el statu quo, a pesar de la decisión en *Morgentaler* de despenalizar el aborto¹⁶¹. Las medidas regulatorias adoptadas por la IPE fueron diseñadas específicamente para impedir la apertura de clínicas y mantener el aborto inaccesible¹⁶². Sumadas a la ausencia de proveedores de servicios de aborto en los hospitales, estas políticas eliminaron *de facto* el acceso al aborto en la provincia¹⁶³. En 2016, la organización Abortion Access Now PEI impugnó dichas regulaciones, argumentando que las restricciones provinciales al acceso al aborto en clínicas privadas vulneraban los artículos 7 y 15 de la Carta. Ante la probabilidad de una derrota judicial, el gobierno de la PEI modificó nuevamente sus regulaciones de manera preventiva, se comprometió a financiar la atención fuera de la provincia y anunció planes para establecer una clínica de salud reproductiva¹⁶⁴. Dadas estas promesas de reforma, el caso fue desestimado sin un pronunciamiento sobre el fondo¹⁶⁵.

Al igual que la IPE, desde hace mucho tiempo Nuevo Brunswick (NB) ha restringido el acceso al aborto a través de su marco normativo, en lo que Erdman describe como “una de las peores provincias [...] en términos de acceso al aborto”¹⁶⁶. Los sucesivos gobiernos provinciales han limitado reiteradamente dicho acceso. Por ejemplo, en 1985, la provincia prohibió la práctica de abortos fuera de los hospitales para evitar que Morgentaler abriera una clínica¹⁶⁷. No obstante,

158 *Ibid.*, pág. 516

159 Rachael Johnstone, “Canadian Abortion Policy and the Limitations of Litigation” en Emmett Macfarlane, ed, *Policy Change, Courts, and the Canadian Constitution* (Toronto: University of Toronto Press, 2018), pág. 341.

160 *Ibid.*, pág. 735

161 Joanna N. Erdman, “A Constitutional Future for Abortion Rights in Canada” (2017) 54:3 *Alberta Law Review*, pág. 734.

162 *Ibid.*, págs. 734-735.

163 Erdman, note 263 más arriba, págs. 734-735.

164 *Ibid.*, pág. 728.

165 *Ibid.*, pág. 729.

166 Johnstone, nota 244 más arriba, pág. 83.

167 Katrina R Ackerman, “Not in the Atlantic Provinces: The Abortion Debate in New Brunswick, 1980-1987” (2012) 41:1 *Acadiensis*, pág. 85.



Morgentaler abrió una clínica en 1994, la cual fue clausurada rápidamente en virtud de las enmiendas de 1985, y su licencia médica fue suspendida¹⁶⁸. Posteriormente se interpuso un recurso judicial y, de acuerdo con el fallo del caso *Morgentaler*. 1993, el Tribunal de la Reina de Nuevo Brunswick determinó que la prohibición de los abortos en clínicas era *ultra vires*¹⁶⁹.

En 2003, Morgentaler interpuso un recurso contra el Reglamento 84-20 de NB, que denegaba la financiación de los servicios de aborto salvo cuando fueran realizados por un especialista en un hospital y aprobados por dos miembros del personal médico¹⁷⁰. Los méritos del caso nunca fueron examinados. En su lugar, la provincia, junto con activistas provida, logró paralizar el proceso durante años mediante retrasos procesales, entre ellos la impugnación de la legitimación activa de Morgentaler, evitando así cualquier debate de fondo sobre las cuestiones planteadas en la Carta. Morgentaler falleció en 2013, antes de que el caso pudiera proseguir¹⁷¹. En 2014, el Reglamento 84-20 fue modificado para eliminar los requisitos de aprobación médica y de intervención de especialistas; sin embargo, la provincia continuó restringiendo la financiación de los servicios de aborto a solo tres hospitales, que en ese momento prestaban servicios únicamente al 10% de la población¹⁷².

La Canadian Civil Liberties Association impugna las restricciones al acceso al aborto de Nuevo Brunswick

En 2021, la Canadian Civil Liberties Association (CCLA) interpuso un recurso constitucional contra el Reglamento 84-20 del Gobierno de NB¹⁷³, que restringe la financiación pública de la atención para el aborto a los procedimientos realizados en entornos hospitalarios. La CCLA sostuvo que el reglamento vulnera la Ley de Salud de Canadá, así como los derechos a la libertad, la seguridad, la intimidad y la igualdad consagrados en la Carta. El primer argumento jurídico planteado en la impugnación es que la atención para el aborto constituye un servicio de salud esencial y que excluir la prestación de estos servicios fuera de entornos hospitalarios es contrario a la Ley de Salud de Canadá. Limitar la cobertura del seguro médico para los abortos quirúrgicos impide el acceso equitativo a servicios de salud vitales para los residentes de Nuevo Brunswick.

168 Johnstone, nota 244 más arriba, pág. 86.

169 *Morgentaler v New Brunswick (Attorney General)*, 1994 CanLII 10960 (NB QB), párr. 42-43.

170 Johnstone, nota 244 más arriba, pág. 85

171 *Ibid.*, págs. 87-88

172 Emmett Macfarlane y Rachael Johnstone, “Equality Rights, Abortion Access, and New Brunswick’s Regulation 84-20” (2021) 55:72 *University of New Brunswick Law Journal* 209, pág. 306.

173 *Regulaciones Generales, NB*, Reglamento 84-20.



La primera ministra de Nuevo Brunswick, Susan Holt, durante una conferencia de prensa en la que anuncia la derogación de las regulaciones que restringían la financiación de abortos fuera de los hospitales. Nuevo Brunswick, Canadá, 7 de noviembre de 2024. Foto de Harini Sivalingam.

En segundo lugar, la CCLA fundamentó su impugnación en argumentos constitucionales, al sostener que el Reglamento 84-20 es incompatible con los artículos 7 (vida, libertad y seguridad de la persona) y 15 (igualdad) de la Carta. En cuanto a la vulneración del artículo 7, la CCLA argumentó que las restricciones a la financiación impuestas por Nuevo Brunswick interfieren con la capacidad de las personas para tomar decisiones sobre sus propios cuerpos, al imponer barreras significativas —financieras, geográficas, relacionadas con la privacidad y logísticas— que dificultan o impiden el acceso oportuno a la atención médica necesaria para el aborto.

Estas restricciones exponen a las mujeres, las niñas y personas de género diverso a daños físicos y psicológicos significativos, similares a los identificados en los casos *Morgentaler* y *Morgentaler, 1993*.

La exclusión de la atención para el aborto fuera de los hospitales también vulnera el artículo 15 sobre el derecho a la igualdad, ya que crea una distinción basada en el “embarazo” y el “sexo” y tiene un impacto desproporcionado en las mujeres, niñas y personas de género diverso. Desde 1988, el Reglamento 84-20 ha operado como una barrera estructural persistente para el acceso al aborto en NB, creando barreras superpuestas —financieras, geográficas, relacionadas con la privacidad



y logísticas— que han negado el acceso a la atención médica necesaria para el aborto. Estas cargas no se distribuyen de manera uniforme: las personas más marginadas de NB, en particular aquellas con bajos ingresos, que viven en zonas rurales o que pertenecen a comunidades racializadas o con identidades de género diversas, son más propensas a ver negado el acceso y, en consecuencia, corren un mayor riesgo de sufrir daños físicos o psicológicos¹⁷⁴.

En 2024, la recién elegida Primera Ministra de Nuevo Brunswick derogó la restricción, permitiendo la financiación pública de abortos quirúrgicos fuera de los entornos hospitalarios. No obstante, si bien este avance refleja los pasos necesarios para que la legislatura de la provincia se alinee con los principios establecidos tras el caso *Morgentaler*, no constituye una solución definitiva al acceso desigual. Las desigualdades persistentes en el acceso, impulsadas por deficiencias de infraestructura, la escasez de proveedores y la discriminación sistémica, continúan socavando la promesa de la justicia reproductiva en Nuevo Brunswick. Tras las enmiendas regulatorias, la CCLA retiró su recurso jurídico; sin embargo, sigue apoyando a las organizaciones de base en la provincia para garantizar que la atención equitativa del aborto sea reconocida formalmente y que los derechos al aborto se traduzcan en un acceso real, efectivo y exigible para las mujeres y personas de género diverso en la provincia.

Barreras de acceso, igualdad e interseccionalidad

A pesar de los avances en la protección jurídica del derecho al aborto en Canadá, siguen existiendo importantes obstáculos para el acceso equitativo a los servicios de aborto en todo el país. Las personas que viven lejos de los grandes centros metropolitanos suelen tener dificultades para acceder al aborto. Además, las barreras financieras afectan de manera desproporcionada a “las comunidades aisladas, en particular a las comunidades del norte”, ya que a menudo “no existen clínicas de aborto en la zona ni hospitales que realicen el procedimiento”¹⁷⁵. En un estudio realizado en 2013, que puso de relieve estas desigualdades territoriales en el acceso a la atención para el aborto, se descubrió que el 18,1% de las mujeres que deseaban abortar tuvieron que viajar más de 100 km dentro de Canadá¹⁷⁶.

174 Julia Hughes et al, *Clinic 554 and Abortion Access in New Brunswick: Final Report* (Ottawa: Health Canada, 2023), pág. 35.

175 *Ibid.*

176 Sethna C, Doull M. “Spatial disparities and travel to freestanding abortion clinics in Canada”. *Women's Studies International Forum* 2013; 38, págs. 52–62.



La clínica 554, en Fredericton, Nuevo Brunswick, que cerró sus puertas en enero de 2024. Fredericton, Canadá, enero de 2024. Foto cortesía de Save Clinic 554, vía Facebook.

Como explican Downie y Nassar, las limitaciones sistémicas de recursos¹⁷⁷, en particular la disponibilidad limitada de servicios de aborto quirúrgico en los hospitales, generan retrasos significativos que incrementan el riesgo médico¹⁷⁸. Estas carencias institucionales se entrecruzan con barreras asociadas a los recursos personales, lo que agrava aún más las dificultades de acceso¹⁷⁹. Hughes y sus colegas señalan que, incluso en contextos donde el aborto está formalmente garantizado, las exigencias acumuladas —como la necesidad de ausentarse del trabajo, organizar el cuidado infantil, desplazarse a centros lejanos y exponerse al estigma— operan como importantes factores disuasorios para la búsqueda de estos servicios¹⁸⁰. Estas limitaciones afectan de manera desproporcionada a los grupos marginados, para quienes la injusticia reproductiva no es aislada ni circunstancial, sino estructural y profundamente arraigada.

177 Jocelyn Downie y Carla Nassar, “Barriers to Access to Abortion Through a Legal Lens” (2007), *Health Law Journal* 15:1, págs. 143–144.

178 *Ibid.*, págs. 144–146; Angel M Foster et al., “If I Ever Did Have a Daughter, I Wouldn’t Raise Her in New Brunswick: Exploring Women’s Experiences Obtaining Abortion Care before and after Policy Reform” (2017) 95:5 *Contraception*, pág. 479.

179 *Ibid.*, pág. 480.

180 *Ibid.* Hughes.



Las cargas derivadas del acceso restringido recaen con mayor intensidad sobre las comunidades estructuralmente marginadas, incluidas las personas indígenas, negras y racializadas; las personas recién llegadas; las personas con discapacidad; las personas 2SLGBTQIA+¹⁸¹; las poblaciones de bajos ingresos; y quienes viven en zonas rurales o aisladas, cuya capacidad para desenvolverse en el sistema de salud ya se encuentra limitada por formas superpuestas de desigualdad.

A partir de una investigación cualitativa sobre las experiencias de los pueblos indígenas en relación con la atención para el aborto, Monchalin y otros identificaron una serie de barreras estructurales e interpersonales que se derivan del legado persistente del colonialismo en Canadá¹⁸². De las 15 personas participantes en el estudio, 12 informaron haber recibido un trato con menos cuidado y respeto que los pacientes blancos, lo que pone de manifiesto cómo las jerarquías racializadas se reproducen incluso en contextos de alta vulnerabilidad médica¹⁸³. Las 15 personas participantes también describieron los efectos corrosivos del colonialismo sobre el conocimiento reproductivo intergeneracional: un proceso de borrado que rompe las conexiones con las prácticas culturales y socava la autonomía reproductiva. Estos hallazgos coinciden con críticas más amplias al racismo sistémico antindígena en la atención sanitaria, caracterizado por el trato discriminatorio, el abandono institucional y la persistencia de barreras para el acceso a una atención culturalmente segura¹⁸⁴.

Existe una brecha similar en la literatura sobre las experiencias de las personas 2SLGBTQIA+ en la atención y los servicios para el aborto¹⁸⁵. Aunque los estudios al respecto siguen siendo limitados, Moseson y otros destacan los obstáculos que desde hace tiempo enfrentan las personas transgénero y de género no conforme para acceder incluso a la atención médica básica. Entre estos obstáculos se incluyen el uso de pronombres o marcadores de género incorrectos, la falta de conocimientos por parte de los proveedores de salud, la discriminación

181 2SLGBTQIA+ es un acrónimo que engloba a las personas de doble espíritu, lesbianas, gais, bisexuales, transgénero, queer/en proceso de cuestionamiento, intersexuales, asexuales y todas las demás identidades sexuales y de género divergentes. El “2S” honra a las personas de doble espíritu, un término para personas indígenas con identidades espirituales, de género y sexuales específicas: <https://www.canada.ca/en/women-gender-equality/free-to-be-me/what-is-2slgbtqi-plus.html>.

182 Renée Monchalin et al., “A Qualitative Study Exploring Access Barriers to Abortion Services Among Indigenous Peoples in Canada” (2023) 124:5 *Contraception* 110056, pág. 3.

183 *Ibid.*, pág. 3.

184 Mary E. Turpel-Lafond, *In Plain Sight: Addressing Indigenous-Specific Racism and Discrimination in BC Health Care* (Vancouver: Government of British Columbia, 2021), págs. 55–57.

185 Heidi Moseson et al., “Abortion Experiences and Preferences of Transgender, Nonbinary, and Gender-Expansive People in the United States” (2021) 224:4 *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, pág. 376.



por motivos de género y las barreras burocráticas derivadas de la falta de concordancia entre los marcadores legales y los marcadores elegidos¹⁸⁶.

Estas formas de exclusión interseccional se ven agravadas por un estigma estratificado que rodea tanto al aborto como a las identidades trans, lo que genera condiciones que con frecuencia desalientan por completo la búsqueda de atención médica.¹⁸⁷ El resultado es un régimen en el que el acceso existe formalmente, pero que en la práctica está vedado para muchas personas que lo buscan desde los márgenes de la sociedad canadiense.

Conclusión

Durante décadas, los tribunales han sido un espacio central para definir y debatir los derechos reproductivos en Canadá. Las protecciones constitucionales consagradas en la Carta, junto con las complejidades jurisdiccionales del federalismo y los compromisos normativos de Canadá en materia de atención sanitaria universal, han proporcionado tanto puntos de apoyo como límites jurídicos para quienes defienden y promueven el acceso al aborto y su atención. La reciente impugnación constitucional presentada por la CCLA en contra de Nuevo Brunswick es un ejemplo de la doble naturaleza de las herramientas jurídicas, en tanto constituyen a la vez una vía para avanzar hacia la justicia reproductiva y un límite para alcanzarla.

Si bien la provincia ha eliminado desde entonces la barrera reglamentaria que restringía la financiación pública de los abortos quirúrgicos realizados fuera del ámbito hospitalario, dicha reforma legal aún no se ha traducido en un acceso material significativo, ya que actualmente no existen instalaciones de este tipo que ofrezcan abortos quirúrgicos en Nuevo Brunswick. Tras la suspensión de litigio, la CCLA ha reorientado sus esfuerzos hacia la incidencia política y comunitaria, lo que subraya una verdad más amplia que se desprende de la genealogía de la jurisprudencia sobre derechos reproductivos en Canadá: las victorias jurídicas, aunque necesarias, son insuficientes sin una implementación efectiva.

La traducción de los derechos en realidades concretas sigue siendo un proceso desigual, particularmente para las personas estructuralmente más marginadas, que continúan enfrentando barreras desproporcionadas para acceder a una

¹⁸⁶ *Ibid.*

¹⁸⁷ Natalie Ingraham y Lena Hann, “‘Stigma R Us’: Stigma Management at the Intersection of Abortion Care and Transgender Care in Family Planning Clinics” (2022) 2:1 SSM – *Qualitative Research in Health* 100043, pág. 6.



atención para el aborto segura y accesible. En este escenario, el trabajo sostenido de los litigantes de interés público, los organizadores comunitarios y las instituciones aliadas sigue siendo vital para cerrar la brecha entre lo que promete la ley y lo que las personas experimentan realmente en la práctica.



Lo que se había pronosticado como una votación “demasiado reñida para predecir un ganador”¹⁸⁹ culminó en una victoria contundente, que evidenció una transformación profunda en la sociedad irlandesa y un distanciamiento respecto de los valores conservadores. La posición de las mujeres¹⁹⁰ y el control sobre sus cuerpos en Irlanda han estado históricamente marcados por la opresión ejercida por la Iglesia católica, con la complicidad del Estado en la Irlanda poscolonial¹⁹¹. El resultado inequívoco del referéndum (66,4% frente a 33,6% a favor de la derogación) demostró un cambio radical en la pugna entre las fuerzas del conservadurismo religioso, moral y cultural y las del liberalismo social en la formulación de políticas públicas.

En el momento del referéndum, Irlanda era el único país europeo que prohibía totalmente el aborto¹⁹². Desde la campaña para levantar la prohibición constitucional creada por la Octava Enmienda (conocida como “la campaña por la derogación” o “*Repeal*”), países como Hungría, Italia, Polonia y Estados Unidos han adoptado medidas para restringir el derecho al aborto. En el caso de Irlanda, la organización colectiva y la solidaridad fueron las fuerzas principales que lograron alejar a la opinión pública de los valores católicos tradicionales asociados con la sociedad irlandesa.

Este artículo recorre la historia del movimiento por los derechos reproductivos en Irlanda, la estrategia desplegada durante la campaña y las lecciones extraídas de dicho proceso. El contexto que rodeó la introducción de la Octava Enmienda y sus efectos sobre la condición jurídica de las mujeres bajo la ley se analizan a través de casos y sentencias que configuraron el discurso político y permitieron a la campaña visibilizar la realidad de tratar a una persona embarazada y a un feto como si tuvieran exactamente la misma condición jurídica, independientemente de las consecuencias para la salud de la persona embarazada.

189 Harry McGee “How the Yes and No sides won and lost the abortion referendum”, *The Irish Times* (Dublín, 26 de mayo de 2018). <https://www.irishtimes.com/news/politics/how-the-yes-and-no-sides-won-and-lost-the-abortion-referendum-1.3509924>.

190 La autora y el ICCL reconocen que no solo las mujeres pueden quedar embarazadas. Este artículo se refiere a “mujeres”, “personas embarazadas” y “personas que pueden quedar embarazadas” cuando sea apropiado a lo largo del texto.

191 Un ejemplo de ello son las Lavanderías de la Magdalena, instituciones administradas por órdenes católicas con cooperación del Estado hasta 1996. En 2013, un informe encontró que había una colusión estatal “significativa”. <https://www.gov.ie/en/collection/a69a14-report-of-the-inter-departmental-committee-to-establish-the-facts-of/>.

192 Henry McDonald y Harriet Sherwood, “Ireland’s government approves abortion referendum bill”, *The Guardian* (Londres, 8 de marzo de 2018). <https://www.theguardian.com/world/2018/mar/08/irelands-government-approves-bill-paving-way-for-abortion-referendum>.

Campaña por el Sí impulsada por ICCL durante el referéndum para derogar la Octava Enmienda. Orla O’Connor (NWCJ) y Together for Yes junto al entonces director de ICCL, Liam Herrick, la poeta Paula Meehan, Cian O’Brien (Project Arts Centre) y el artista Gearóid Seoighe (Giant Sigh). Irlanda, 2018. Foto de ICCL.

Derogar la Octava Enmienda: La campaña por la libertad reproductiva en Irlanda

Niamh McCormack BL, ex asesora legal y de políticas del Irish Council for Civil Liberties (ICCL) y fundadora de University College Dublin for Choice¹⁸⁸

Introducción

El 25 de mayo de 2018, el pueblo de Irlanda votó a favor de levantar la prohibición constitucional del aborto, poniendo fin a décadas de movilización y activismo.

188 Durante décadas, el ICCL hizo campaña para eliminar la prohibición del aborto en Irlanda y continúa luchando por el acceso al aborto junto con sus aliados en el Grupo de Trabajo sobre el Aborto. Para obtener más información, véase <https://www.iccl.ie/our-history/> y <https://www.iccl.ie/members/members-report-8thref/>.



La Octava Enmienda

La introducción de la Octava Enmienda tiene su origen en la ola de activismo antiabortista que se produjo en los Estados Unidos en la década de 1970. En 1974, el Tribunal Supremo de Irlanda dictaminó que las parejas casadas tenían derecho a acceder a métodos anticonceptivos¹⁹³. A raíz de este fallo, los grupos católicos conservadores irlandeses expresaron su preocupación por que la ampliación (aunque aún limitada) del acceso a métodos anticonceptivos pudiera conducir a la liberalización de la estricta prohibición del aborto vigente en Irlanda. En 1981 se fundó la organización Pro-Life Amendment Campaign (PLAC)¹⁹⁴ para hacer campaña contra un fallo en Irlanda similar al del caso *Roe v Wade* en los Estados Unidos¹⁹⁵.

Durante las elecciones de 1981, la PLAC presionó a los tres principales partidos políticos para que se comprometieran a promover una prohibición constitucional del aborto¹⁹⁶. Tras el referéndum celebrado en 1983, la Octava Enmienda incorporó el artículo 40.3.3 a la Constitución irlandesa, el cual establecía lo siguiente:

El Estado reconoce el derecho a la vida del niño nonato y, con la debida consideración a la igualdad, garantiza el respeto del derecho a la vida de la madre, y, en la medida de lo posible, garantiza respetar y defender este derecho en sus leyes.

Incluso en el momento de la aprobación de la Octava Enmienda, el Fiscal General expresó su preocupación por que la redacción ambigua de la enmienda daría lugar a “confusión e incertidumbre” entre la profesión médica, los profesionales del derecho y el poder judicial”, especialmente en situaciones de emergencia¹⁹⁷.

En 1992 se celebró un triple referéndum sobre el derecho a viajar para acceder a un aborto y el derecho a la información sobre el aborto, ambos aprobados, y sobre la exclusión del riesgo de suicidio como fundamento para acceder a un aborto, que fue rechazado¹⁹⁸. Estos referendos se dieron tras el caso X, en el que el Tribunal Supremo no permitió que una niña de 14 años que había quedado

¹⁹³ *McGee v Attorney General* [1974] IR 284.

¹⁹⁴ Pro Life Amendment Campaign, “Foundation and Early Years (1981–1983)”, <https://prolife-campaign.ie/our-history/>, consultado el 3 de febrero de 2025.

¹⁹⁵ *Roe v Wade* 410 US 113 (1973), pág. 127.

¹⁹⁶ Sinéad Kennedy, “‘#Repealthe8th’: Ireland, Abortion Access and the Movement to Remove the Eighth Amendment” (2018) 5 *Antropología*, págs. 13–31.

¹⁹⁷ “Peter Sutherland’s 1983 advice on the Eighth Amendment”, Editorial, *The Irish Times* (Dublín, 13 de enero de 2018), <https://www.irishtimes.com/news/social-affairs/peter-sutherland-s-1983-advice-on-the-eighth-amendment-1.3353263>.

¹⁹⁸ The Electoral Commission, “Timeline of previous referendums in Ireland”, <https://www.electoralcommission.ie/referendums/>, consultado el 13 de febrero de 2025.



embarazada como resultado de una violación viajará al Reino Unido para someterse a un aborto¹⁹⁹. Posteriormente, el Tribunal Supremo revocó dicha decisión al considerar que la menor presentaba ideación suicida, lo que implicaba la existencia de un “riesgo real y sustancial para su vida” si no se le permitía abortar²⁰⁰. Por mayoría de cuatro votos contra uno, el Tribunal sostuvo que no existía un derecho general a viajar para acceder al aborto cuando solo estaba en riesgo la salud, y que dicho derecho se limitaba exclusivamente a los supuestos en los que existía un riesgo real y sustancial para la vida de la madre. Décadas más tarde, en 2013, el magistrado Hugh O’Flaherty, quien había coincidido con la opinión mayoritaria del Tribunal Supremo, declaró que apoyaba el derecho de X a viajar para acceder a un aborto debido al simple hecho de que “si una persona embarazada se suicida, se pierde tanto a la madre como al niño”²⁰¹. Este razonamiento ilustra la realidad deshumanizante de la Octava Enmienda: redujo a la persona embarazada —en este caso, una menor de edad— a un receptáculo de otra vida, negándole toda autonomía.

No se puede subestimar el efecto de la Octava Enmienda en el enfoque jurídico, político y médico sobre el cuerpo de la mujer en Irlanda. Desde 1983 hasta su eliminación en 2018, todas las cuestiones relacionadas con los derechos reproductivos se interpretaron a través de su lente estrecha. Esto dio lugar a una preocupación obsesiva por la vida biológica: mantener vivos al feto y a la persona embarazada a toda costa²⁰². En la práctica, esto significaba que, una vez que una persona quedaba embarazada, sus derechos constitucionales a la intimidad, la integridad corporal y la igualdad quedaban relegados en favor del derecho a la vida del feto. En efecto, una persona embarazada no podía hacer valer ningún derecho que interfiriera con la vida del feto. Este marco jurídico dio lugar a casos como *PP v Health Service Executive*, en el que una mujer embarazada con muerte cerebral fue puesta en soporte vital con el fin de preservar la vida del feto²⁰³. Al resolver que debía retirarse dicho soporte, el Tribunal Supremo sostuvo que el derecho de la mujer a la dignidad podía prevalecer, pero *únicamente* cuando las posibilidades de que el feto naciera con vida eran mínimas. El Tribunal declaró:

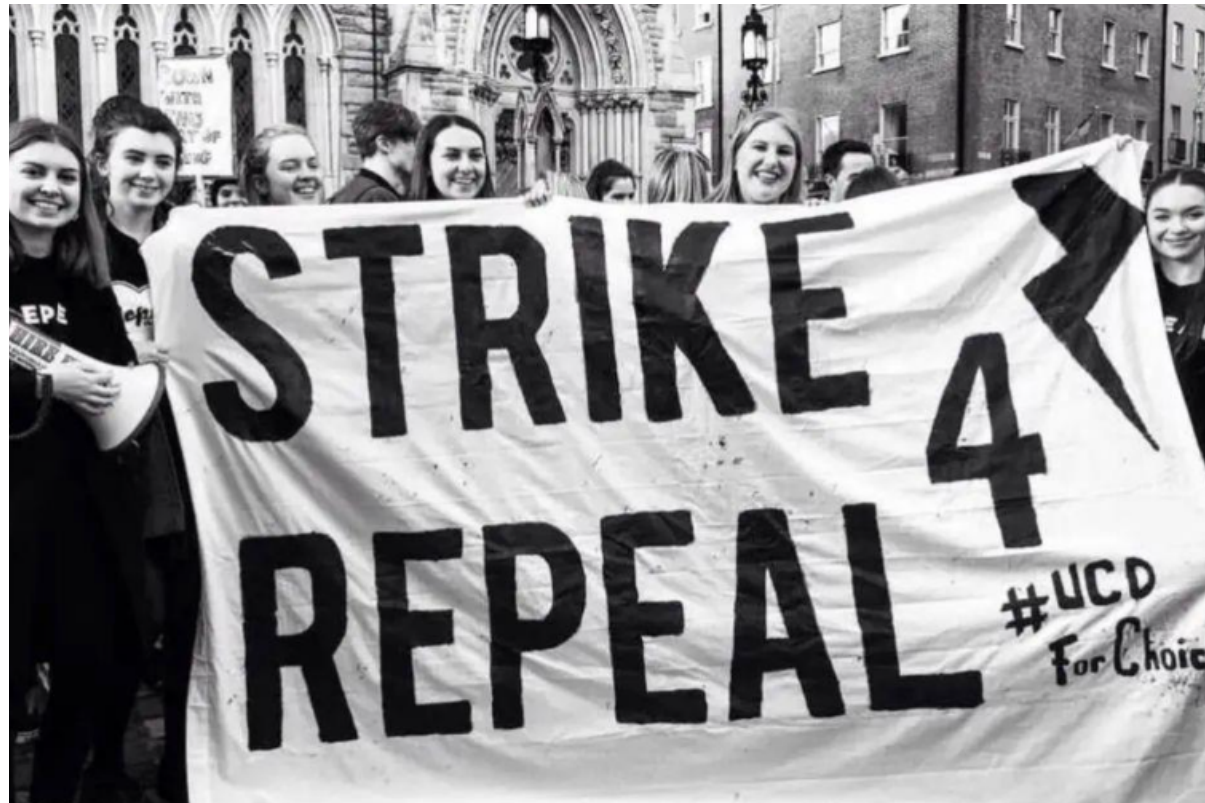
¹⁹⁹ *Attorney General v X* [1992] 1 IR 1.

²⁰⁰ *Ibid.*

²⁰¹ Ruadhán Mac Cormaic, “X Case judge says ruling is ‘moot’ in current abortion debate”, *The Irish Times* (Dublín, 6 de julio de 2013), <https://www.irishtimes.com/news/social-affairs/x-case-judge-says-ruling-is-moot-in-current-abortion-debate-1.1454699>.

²⁰² Ruth Fletcher, “Judgement: *Attorney General v X*”, en Máiréad Enright et al. (eds.) *Northern Irish Feminist Judgements: Judges’ Troubles and the Gendered Politics of Identity* (Hart/Bloomsbury Publishing 2017).

²⁰³ *PP v Health Service Executive* [2014] IEHC 622.



Protesta Strike 4 Repeal. Irlanda, marzo de 2017. Foto de la autora.

Cuando la madre fallecida lleva un hijo nonato en el momento de su muerte, los derechos de ese niño, que está vivo y cuyos intereses no son necesariamente contrarios a los que acabamos de expresar, deben prevalecer sobre los sentimientos de dolor y respeto por una madre que ya no vive²⁰⁴.

En un caso de 2014, similar al de X, una mujer solicitante de asilo en Irlanda desarrolló tendencias suicidas como consecuencia de un embarazo derivado de una violación²⁰⁵. La mujer intentó viajar al Reino Unido en ferry, pero fue arrestada a su llegada y devuelta a Irlanda. Cuando sus solicitudes de aborto fueron denegadas, inició una huelga de hambre. Posteriormente, la junta médica irlandesa obtuvo una orden judicial que autorizaba alimentarla a la fuerza con el fin de proteger la vida del feto, manteniendo con vida a la madre. El bebé nació por cesárea en la vigésima quinta semana de gestación²⁰⁶.

La indignación pública ante estos casos y la ideología patriarcal que encarnaban sentó las bases de la campaña por el derecho al aborto en Irlanda, la cual



se convirtió en un símbolo tanto de la liberación de las mujeres como de la separación entre la Iglesia católica y el Estado.

La formación de un movimiento

En 1982, movimientos activistas a favor del aborto crearon la Campaña Antienmienda con el objetivo de oponerse a la inclusión de la Octava Enmienda en la Constitución. En un contexto en el que la Iglesia católica ejercía un notable poder cultural, político y social en Irlanda, estos movimientos fueron retratados como los “precursores de una sociedad más abierta y liberal”, mientras que al mismo tiempo eran marginados y considerados grupos radicales²⁰⁷. Tras el éxito de la campaña provida en la década de 1980, emergió una segunda ola de activismo por el derecho al aborto en la década de 1990, impulsada principalmente por el caso de X y los referendos que le siguieron.

Con frecuencia, se difundían historias sobre mujeres que tenían que salir de Irlanda para acceder a un aborto, a menudo enfrentando situaciones de duelo, enfermedad o precariedad económica. Entre ellas se encontraba el caso de una mujer con una enfermedad terminal que relató cómo se vio forzada a viajar al Reino Unido para abortar²⁰⁸. En 2014, el Departamento de Salud del Reino Unido informó que hasta 12 mujeres irlandesas viajaban diariamente al país para acceder a estos servicios²⁰⁹. Esta cifra se convirtió en un eje central del debate durante la campaña del referéndum, ya que demostraba de manera evidente que, aun cuando se compartiera la intención subyacente de la Octava Enmienda, esta no estaba funcionando en la práctica para prevenir los abortos.

El 28 de octubre de 2012 se produjo un momento decisivo, cuando Savita Halappanavar falleció en el Hospital Universitario de Galway a causa de una infección grave después de que los médicos se negaran a intervenir en un aborto espontáneo debido a que el feto aún presentaba latido cardíaco. Su muerte conmocionó al país. Tras el fallecimiento de su esposa, Praveen Halappanavar contó que un médico le dijo que no había nada que pudiera hacerse, que así lo

207 Mary Muldowney “Pro-Choice Activism in Ireland since 1983”, en Mary McAuliffe et al. (eds.) *Sexual Politics in Modern Ireland* (Irish Academic Press 2015), capítulo 7.

208 Carl O’Brien, “Woman with cancer tells of her abortion ordeal”, *The Irish Times* (Dublín, 21 de diciembre de 2010), <https://www.irishtimes.com/news/woman-with-cancer-tells-of-her-abortion-ordeal-1.688500>.

209 Departamento de Salud y Asistencia Social, *Abortion Statistics, England and Wales: 2013* (2014). <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7d88a4ed915d497af7004d/>.

204 *Ibid.*

205 Irish Council for Civil Liberties, “Case studies: Cruel, inhuman or degrading treatment”, (2018), <https://www.iccl.ie/her-rights/case-studies-cruel-inhuman-degrading-treatment/>.

206 *Ibid.*



exigía la ley y que “este es un país católico”²¹⁰. La reacción a la noticia sobre la muerte de Savita y a los comentarios del médico fue inmediata y masiva. El 14 de noviembre de 2012, miles de personas se congregaron en su memoria frente al parlamento nacional de Dublín para protestar contra las leyes restrictivas sobre el aborto de Irlanda. Se estima que unas 10 000 personas asistieron a la manifestación²¹¹. Además, se celebraron vigiliyas y manifestaciones en otras ciudades de la isla, incluyendo Cork y Belfast.

La muerte de Savita fue un punto de inflexión que impulsó el movimiento a favor del derecho a abortar. Se fundó la Campaña por el Derecho al Aborto, seguida de una acción concertada para construir alianzas y una coalición organizativa (la Coalición para Derogar la Octava Enmienda), definir cuestiones estratégicas, desarrollar la sensibilización del público, crear conciencia y emprender un intenso cabildeo político, así como una amplia movilización. Es importante destacar que, durante este período, muchas organizaciones de incidencia denunciaron la inacción del Gobierno en materia de aborto ante organismos internacionales, incluidas las Naciones Unidas. El Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas condenó repetidamente las leyes de aborto de Irlanda, y en 2016 encontró que una mujer en Irlanda que se vio obligada a elegir entre llevar su feto a término sabiendo que no sobreviviría y solicitar un aborto en el extranjero fue objeto de discriminación (por motivos de género) y de tratos crueles, inhumanos o degradantes²¹².

Ante la presión nacional e internacional, en 2016 el gobierno estableció una Asamblea de Ciudadanos para examinar una serie de cuestiones, incluida la derogación de la Octava Enmienda. La Asamblea estaba compuesta por 99 personas seleccionadas al azar y fue presidida por un exmagistrado del Tribunal Supremo²¹³. En abril de 2017, la Asamblea votó abrumadoramente a favor de la celebración de un referéndum sobre la Octava Enmienda y formuló un conjunto de

210 David McKittrick, “‘This is a Catholic country’: Woman dies of septicaemia after being refused an abortion in Irish hospital”, *The Independent* (Londres, 14 de noviembre de 2012), <https://www.independent.co.uk/news/world/europe/this-is-a-catholic-country-woman-dies-of-septicaemia-after-being-refused-an-abortion-in-irish-hospital-8315609.html>.

211 Henry McDonald, “Thousands march in Dublin over abortion rights”, *The Guardian* (Londres, 17 de noviembre de 2012), <https://www.theguardian.com/world/2012/nov/17/march-dublin-abortion-death>.

212 ACNUR, “Dictamen aprobado por el Comité a tenor del artículo 5, párrafo 4, del Protocolo Facultativo, respecto a la comunicación núm. 2324/2013” (*Mellet c. Irlanda*) 31 de marzo de 2016. https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/TreatyBodyExternal/Download.aspx?symbolno=C-CPR/C/116/D/2324/2013&Lang=en.

213 The Citizens Assembly <https://citizensassembly.ie/previous-assemblies/2016-2018-citizens-assembly/>, consultado el 5 de febrero de 2025.



recomendaciones prácticas para garantizar que el aborto fuera seguro y legal en caso de que el electorado respaldara su derogación²¹⁴.

Las recomendaciones de la Asamblea de Ciudadanos, procedentes de un amplio sector representativo de la sociedad irlandesa, impulsaron aún más el movimiento. El 8 de marzo de 2017, Día Internacional de la Mujer, Strike 4 Repeal, un grupo de la campaña, organizó una huelga nacional del trabajo doméstico y profesional. Miles de personas salieron a las calles en 30 localidades de Irlanda, y se calcula que unas 5000 personas tomaron el Puente O’Connell en Dublín, centro neurálgico del transporte de la ciudad. Más tarde ese mismo día, una multitud sin precedentes de 12 000 personas marchó por las calles de Dublín, paralizando la ciudad²¹⁵. El impulso adquirido durante este periodo culminó el 8 de marzo de 2018, con el anuncio por parte del Gobierno de un referéndum.

Las seis semanas de campaña por el referendo: Juntos por el Sí

La campaña por el referéndum comenzó oficialmente el 28 de marzo de 2018, tras el anuncio de que este se celebraría dos meses después. Dos de las organizaciones clave que defendieron el derecho de las mujeres a decidir durante este periodo fueron Abortion Rights Campaign (un grupo de ONG entre las que se encontraba el ICCL) y la Coalition to Repeal the Eighth Amendment. Estas se unieron para formar Together for Yes, que se convirtió en la organización central de la campaña del referéndum que promovía el voto a favor del “Sí”.

A pocos días del lanzamiento de la campaña oficial, Irlanda se vio cubierta con carteles, productos promocionales y murales, además de estar marcada por debates constantes tanto en los medios tradicionales como en las redes sociales. Esto se refleja en la tendencia habitual de “#RepealThe8th” en Twitter (actualmente conocida como X). Las historias y experiencias de mujeres que habían abortado se difundieron ampliamente, incluso a través de las redes sociales y, en particular, mediante la plataforma *In Her Shoes* (En sus zapatos), donde las personas compartían historias anónimas sobre experiencias en las que se les había negado la autonomía reproductiva como consecuencia de la Octava Enmienda.

214 The Citizens Assembly, *First Report and Recommendations of the Citizens’ Assembly: The Eighth Amendment of the Constitution* (29 de junio de 2017).

215 Rachel Flaherty, “Thousands march against Eighth Amendment in Dublin”, *The Irish Times* (Dublín, 8 de marzo de 2017), <https://www.irishtimes.com/news/politics/thousands-march-against-eighth-amendment-in-dublin-1.3002375>.



Imagen editada de Peig Sayers, autora asociada al imaginario de la Irlanda tradicional, vistiendo un pulóver REPEAL. Irlanda, s. f. Fuente: Oireachtas Retort en X (@Oireachtas_RX).

El papel de las redes sociales en la promoción de las campañas a favor y en contra del referéndum se considera una especie de “prueba para la democracia en la era de las redes sociales” y un espacio clave para el debate y la difusión de mensajes²¹⁶. Un gran número de activistas a favor del derecho a decidir que utilizan Twitter optaron por no interactuar con las cuentas antiabortistas y de derecha²¹⁷. Para esto, se creó la lista de bloqueo Repeal Shield, que permitía a las y los usuarios suscribirse a un servicio gratuito que bloqueaba automáticamente las cuentas identificadas por los activistas que administraban la lista de bloqueo. Cuando se celebró el referéndum, el 59% de las cuentas incluidas en la lista de bloqueo de Repeal Shield procedían de Norteamérica, lo que reforzaba la preocupación de las y los activistas por el número de cuentas extranjeras (a menudo extremistas) que influían en el discurso virtual en Irlanda²¹⁸. Este esfuerzo consciente por no interactuar con estas cuentas les permitió establecer límites personales y, en el contexto del éxito de la campaña, también demostró que los

216 Erin Darcy, *In Her Shoes: Women of the Eighth: A Memoir and Anthology* (New Island Books, 2020).

217 Brian Leonard, “My Repeal(shield) story” (Abortion Rights Campaign, 19 de mayo de 2020), <https://www.abortionrightscampaign.ie/my-repealshield-story/>, consultado el 11 de febrero de 2025.

218 *Ibid.*



debates virtuales no son necesariamente un medio eficaz para la defensa del derecho al aborto.

Los principios clave de comunicación en los que se basa la estrategia de la campaña se desarrollaron a partir de la idea de que esta debía llegar tanto al sector moderado como al radical de la opinión pública irlandesa. Así, se articularon las “tres C”: cuidado, compasión y cambio²¹⁹. El plan operativo de la campaña, que abarcó los 68 días comprendidos desde el anuncio del referéndum y la jornada de votación, se estructuró en tres fases principales: informar e involucrar (las primeras cuatro semanas); persuadir y motivar (las siguientes seis semanas); y movilizar el voto (los últimos diez días).

Es importante reconocer que, si bien este fue el enfoque de la campaña *Together for Yes* (Juntos por el Sí), otros grupos, entre ellos sindicatos de estudiantes y ROSA Ireland²²⁰, continuaron utilizando mensajes y consignas más radicales, como “*Keep your rosaries off our ovaries*” (quita tus rosarios de nuestros ovarios)²²¹. Asimismo, HunReal Issues, una plataforma en línea para mujeres jóvenes, adoptó imágenes provocadoras y directas, como una mano con las uñas arregladas levantando el dedo medio sobre un número ocho²²². Si bien este tipo de mensajes conllevaba el riesgo de alienar a los sectores más conservadores de la sociedad irlandesa, también desempeñó un papel importante al facilitar espacios de libre expresión en un contexto en el que se esperaba que muchas activistas adoptaran una actitud moderada y conciliadora con el fin de influir en la opinión pública predominante.

Herramientas de campaña: el arte como protesta

La gran variedad de imágenes visuales utilizadas por ambas partes del debate constituyó un elemento clave de la campaña a favor de la derogación. Por su parte, los productos promocionales fomentaron el debate y la conversación, generando espacios de diálogo en torno a los derechos reproductivos. En particular, las prendas deportivas marcadas con la palabra *REPEAL* (derogación), diseñadas por Anna Cosgrave, se convirtieron en un símbolo icónico del movimiento, y los

219 National Women’s Council of Ireland, *Learning from the 2018 Together for Yes Campaign*, https://www.nwci.ie/images/uploads/15089_TFY_Review_WEB.pdf, consultado el 6 de febrero de 2025.

220 ROSA es un movimiento feminista socialista.

221 Barbara McCarthy, “Abortion in Ireland”, *Al Jazeera* (Dublín, 9 de marzo de 2017), <https://www.aljazeera.com/features/2017/3/9/abortion-in-ireland-its-your-uterus-your-decision>.

222 Louise Maguire, Fiona Murphy, “Putting Abortion in the Frame: The Success of the Campaign to Repeal the 8th Amendment in Ireland”, (2024), *Social Sciences*, https://www.researchgate.net/publication/373439606_Putting_Abortion_in_the_Frame_The_Success_of_the_Campaign_to_Repeal_the_8th_Amendment_in_Ireland.



ingresos generados por su venta se destinaron a apoyar la campaña por el derecho al aborto. Estos productos permitieron a las personas expresar su apoyo de manera visible, sin necesidad de verbalizarlo explícitamente, y funcionaron como un punto de entrada que favoreció la amplia aceptación del movimiento.

Los murales adquirieron un significado particular en la campaña. El ICCL encargó a Gearóid Seoighe un mural que representara a una mujer irlandesa tradicional posando al estilo de Rosie, la remachadora, un icono del feminismo de segunda ola, acompañado del lema “REPEAL”. Este mural encarnó un mensaje fundamental de la campaña: el cuestionamiento y la deconstrucción de una identidad irlandesa construida en el período poscolonial a mediados del siglo XX, por parte de quienes aspiraban a construir una Irlanda moderna²²³.

Del mismo modo, un mural de Savita Halappanavar en Dublín se convirtió en el centro de homenajes tras el éxito del referéndum del 25 de mayo de 2018. Cientos de mensajes, velas y flores fueron colocados junto al mural, con textos como:

Lo siento, hemos llegado demasiado tarde, pero ya estamos aquí. No te olvidaremos.

*Voté en tu honor Savita. Descansa en paz. Nunca serás olvidada junto con todas las demás mujeres que también han sufrido. Todo mi amor*²²⁴.

Otro mural, encargado por HunReal Issues y creado por el artista de grafiti Maser, se convirtió en un campo de batalla. El mural presentaba un corazón rojo con la frase “Repeal the 8th” (Deroguen la Octava) escrita sobre él. Estaba ubicado en la pared del Project Arts Centre (el Centro), un edificio prominente en el centro de Dublín²²⁵. Un mes antes del referéndum, Charities Regulator, la autoridad reguladora de organizaciones benéficas, informó al Centro de que el mural infringía la ley, ya que las organizaciones benéficas no pueden participar en actividades políticas. Esta fue la segunda controversia, tras un problema similar con la versión original del mural en 2016²²⁶. Como señal de protesta, el artista pintó sobre el texto, dejando el resto de la imagen intacto. La pintura sobre el mural se convirtió en un símbolo público de censura, y las activistas afirmaron que “no



Mural de Savita Halappanavar con notas y flores. El retrato en escala de grises de la mujer joven que sonríe está cubierto con numerosas pegatinas a favor del “Sí” y rodeado de flores, formando un monumento. Foto de la autora.

se puede pintar sobre un movimiento”²²⁷. Actualmente, el mural parcialmente cubierto sigue en la pared y es considerado un símbolo de los movimientos sociales progresistas en Irlanda.

Los desafíos de la campaña

Desde sus inicios en la década de 1980 hasta la actualidad, el movimiento irlandés por el derecho al aborto se ha enfrentado a múltiples desafíos. Entre ellos se encuentran el costo social y personal para las personas involucradas, la dificultad de estructurar y organizar un movimiento radical dentro de campañas convencionales en distintos momentos, y el poder predominante de la Iglesia católica y de los grupos católicos conservadores en la política, las instituciones y el discurso público de Irlanda.

Una vez que comenzó la campaña de seis semanas por el referéndum de 2018, ambas partes contaron con permiso legal para colocar carteles de campaña. Los materiales de la campaña por el “No” inundaron rápidamente el espacio público,

²²⁷ Nicky Ryan, “You can’t paint over a movement: Repeal mural removed from Temple Bar (again)”, *The Journal* (Dublín, 23 de abril de 2018), <https://www.thejournal.ie/repeal-mural-temple-bar-2-3973134-Apr2018/>.

²²³ ICCL, “ICCL unveils mural calling for Repeal of the 8th Amendment”, 18 de mayo de 2018, <https://www.iccl.ie/events/repeal-mural/>.

²²⁴ Kitty Holland, “Flowers, notes and messages placed at mural of Savita in Dublin”, *The Irish Times* (Dublín, 28 de mayo de 2018), <https://www.irishtimes.com/news/social-affairs/flowers-notes-and-messages-placed-at-mural-of-savita-in-dublin-1.3509950>.

²²⁵ En 2016 se pintó un mural similar, que posteriormente fue eliminado.

²²⁶ Kitty Holland, “‘Repeal the 8th’ mural removed in Dublin under protest”, *The Irish Times* (Dublín, 23 de abril de 2018), <https://www.irishtimes.com/news/social-affairs/repeal-the-8th-mural-removed-in-dublin-under-protest-1.3471011>.



generando cierta inquietud entre los defensores del derecho al aborto. Farolas y postes telefónicos se llenaron pronto de imágenes, a veces con ambas partes del debate compitiendo por el mismo espacio.

Por otra parte, la obligación legal de la cadena pública irlandesa de garantizar una cobertura estrictamente equitativa (50/50) de ambas posturas en los debates sobre el referéndum²²⁸, lo que en ocasiones la llevó a extremos absurdos, expuso frecuentemente al público a opiniones extremas y angustiosas que reflejaban el *ethos* deshumanizador subyacente a la Octava Enmienda. El énfasis en otorgar igual tiempo a la cobertura de ambas posturas generó la percepción de que el referéndum estaba “demasiado reñido” y de que podría existir un gran número de “votantes que apoyaban el ‘no’ en secreto”²²⁹. Al final, esto no fue así.

Autocuidado para activistas

Una de las lecciones importantes del activismo por el derecho al aborto en Irlanda es la necesidad de autocuidado para activistas y personas defensoras. Audre Lorde reflexionó sobre la relevancia del autocuidado, describiéndolo como un acto de autoconservación que, en sí mismo, constituye un acto de guerra política²³⁰. Dado el papel central que desempeñó la difusión de testimonios en el éxito de la campaña, muchas personas compartieron sus experiencias personales relacionadas con el aborto, la pérdida del embarazo y el trauma reproductivo, tanto en privado como en público. Aunque esta estrategia fue muy efectiva, las historias a menudo se compartían con un riesgo significativo de acoso y ostracismo, lo que generó la necesidad de herramientas de autocuidado para las activistas, necesidad que en gran medida no se satisfizo. El grupo regional Limerick for Choice fue una excepción: estableció un centro de bienestar para activistas y defensoras con acceso a consejería y apoyo. Sus miembros denunciaron haber sido acosadas en la calle, intimidadas y ridiculizadas.

Conclusión

Si bien existen ciertas similitudes entre los movimientos feministas de todo el mundo, es fundamental considerar la historia y el contexto específicos en los que se desarrolló la campaña irlandesa de 2018. La experiencia del referéndum evidencia que los mensajes y enfoques “provida” desarrollados originalmente

228 *BMcKenna v An Taoiseach (No 2)* [1995] IESC 11.

229 Katie Ascough, “Facts will convince many young people to vote no to repeal”, *The Irish Times* (Dublín, 9 de marzo de 2018), <https://www.irishtimes.com/opinion/facts-will-convince-many-young-people-to-vote-no-to-repeal-1.3419933>.

230 Audre Lorde, “A Burst of Light”, *Essays* (Sheba Feminist Publishers, 1988).



en Estados Unidos, y adaptados por los partidarios de la Octava Enmienda, no lograron calar entre los votantes irlandeses contemporáneos.

A la larga, la campaña irlandesa a favor del derecho al aborto combinó lo personal con lo público, utilizando testimonios y apelando a la compasión para llegar al público en general y desafiar el estigma y la desinformación en torno al aborto. Las consecuencias catastróficas de la Octava Enmienda para la dignidad, la autonomía y la humanidad de las mujeres se habían manifestado durante décadas en los tribunales y los medios de comunicación irlandeses, y la indignación pública se transformó en un movimiento nacional para levantar la prohibición en Irlanda y apoyar el derecho a decidir.

Aunque el referéndum para derogar la Octava Enmienda fue un éxito notable, aún persisten barreras para acceder al aborto en Irlanda, y el movimiento por los derechos reproductivos continúa defendiendo y luchando por el derecho a la autonomía corporal.



SheDecides Kenya organizó una protesta pública y presentó una petición ante el gobernador del condado de Nairobi, Kenia, 14 de abril de 2019. Foto: SheDecides Kenya.

De la promesa a la precariedad: Acceso al aborto y disputa legal en Kenia

Adrian Kibe, asistente de Programa de Derechos Transgénero en la Kenya Human Rights Commission (KHRC).

Introducción

El acceso al aborto seguro en Kenia es uno de los temas más controvertidos y apremiantes en el ámbito de la salud pública y los derechos humanos del país. A pesar de las disposiciones constitucionales que, desde 2010, permiten el aborto en determinadas circunstancias, las contradicciones legales y el estigma social han hecho que el aborto inseguro continúe siendo una de las principales causas de muerte y lesiones maternas prevenibles. En la práctica, el aborto se realiza de manera generalizada y clandestina: se estima que solo en 2023 se efectuaron

cerca de 800 000 procedimientos, lo que refleja las profundas necesidades insatisfechas en materia de salud reproductiva²³¹.

Contrariamente a la percepción popular, las adolescentes y las mujeres solteras no son las únicas que buscan abortar. La mayoría de las personas que solicitan servicios de aborto están casadas, tienen estudios y, con frecuencia, ya son madres. Sus decisiones suelen estar motivadas por presiones económicas, problemas de salud o el deseo de espaciar o limitar los embarazos. No obstante, debido a las leyes restrictivas, el acoso a los proveedores de este servicio y el estigma social arraigado, muchas personas se ven obligadas a recurrir a métodos inseguros, perpetuando un ciclo de sufrimiento prevenible.

La persistencia de los abortos inseguros pone de relieve la paradoja que enfrenta Kenia. Por un lado, la Constitución reconoce que el peligro para la salud y la vida son motivos legítimos para abortar, en consonancia con las normas internacionales de derechos humanos. Por otro lado, las leyes obsoletas de la época colonial, la falta de legislación sobre la implementación y las interpretaciones judiciales incoherentes han generado una ambigüedad jurídica que obstaculiza el acceso a la atención para el aborto.

Este ensayo analiza la evolución del marco jurídico sobre el aborto, las contradicciones entre la ley y la práctica, las recientes decisiones judiciales y la incansable labor de sus defensores. Al hacerlo, sitúa el acceso al aborto en Kenia dentro del contexto más amplio de la lucha por la justicia reproductiva, la igualdad de género y el derecho a la salud.

Descripción general y contexto

El acceso al aborto seguro en Kenia sigue siendo una cuestión central de salud pública y derechos humanos, caracterizada por contradicciones legales y desafíos persistentes. Estudios recientes muestran que el aborto inducido es común: se estima que en 2023²³² se realizaron 792 694 abortos, lo que equivale a 57 abortos por cada 1000 mujeres en edad reproductiva. Durante mucho tiempo, el aborto inseguro ha contribuido a la elevada mortalidad materna en Kenia. Se estima que

²³¹ Ministerio de Salud de Kenia, Centro Africano de Investigaciones sobre Población y Salud e Instituto Guttmacher, *Incidence of Induced Abortions and the Severity of Abortion-related Complications in Kenya: Findings of a National Study* (Abril de 2025), <https://aphrc.org/wp-content/uploads/2025/05/KAS-Report-Online-Version.pdf>.

²³² *Ibid.*



los abortos inseguros causan el 17% de las muertes maternas en el país²³³. Kenia registra entre 6000 y 8000 muertes maternas al año²³⁴, lo que implica que cientos de mujeres fallecen cada año por complicaciones relacionadas con el aborto.

Marco jurídico: de la época colonial a la constitución de 2010

Históricamente, las leyes sobre el aborto en Kenia han sido muy restrictivas. El Código Penal (promulgado en 1963), heredado del derecho colonial británico, penaliza el aborto en casi todas las circunstancias. En particular, los artículos 158 a 160²³⁵ prohíben los intentos de provocar un aborto, la práctica del aborto y la provisión de medios para realizarlo, imponiendo sanciones severas, incluida la pena de prisión²³⁶. Bajo este régimen heredado, el aborto se consideraba un delito grave, permitido únicamente cuando se realizaba de buena fe con el fin de salvar la vida de la madre, una interpretación característica de la legislación colonial. La Constitución de Kenia de 2010 marcó un punto de inflexión al introducir nuevas disposiciones relativas al aborto. Tras una intensa labor de incidencia por parte de organizaciones de salud y defensoras de los derechos de las mujeres, quienes redactaron la Constitución incluyeron una cláusula de concesión, el artículo 26(4), que establece que:

*El aborto está prohibido salvo que, a juicio de un profesional de la salud formado para ello, haya necesidad de administrar un tratamiento de emergencia, o la vida o la salud de la madre esté en peligro, o esté permitido por otra ley escrita*²³⁷.

Además, el artículo 43(1)(a) garantiza a toda persona el derecho “al nivel más elevado posible de salud, que incluye el derecho a servicios de salud, incluidos los servicios de salud reproductiva”²³⁸. Estas disposiciones indicaban que, por primera vez, la legislación keniana reconocía circunstancias distintas de la mera



Manifestantes se reúnen en la antesala de una marcha por los derechos de las mujeres hacia el Parlamento y la Corte Suprema de Kenia, en Nairobi. Kenia, 27 de enero de 2024. Foto de Hassan Kibwana, Unsplash.

preservación de la vida en las que el aborto podía ser legal. En particular, incluían las situaciones en las que el embarazo suponía una amenaza para la salud —un criterio más amplio que puede abarcar el bienestar físico, mental o social—, así como los casos permitidos por cualquier otra ley, abriendo así la puerta a una futura legislación. Sin embargo, la Constitución también contiene el artículo 26(2) que establece que la vida comienza en la concepción, reflejando la persistente influencia conservadora²³⁹. La coexistencia de estas dos disposiciones sentó las bases para conflictos sobre su interpretación.

La legislación penal de Kenia no cambió tras la adopción de la Constitución de 2010, por lo que las normas antiguas siguieron vigentes a pesar de que ya no se ajustaban a las nuevas garantías constitucionales. Por lo tanto, las disposiciones del Código Penal relativas al aborto no fueron derogadas ni modificadas tras la adopción de la nueva Constitución²⁴⁰. Esto creó una zona jurídica gris: la Constitución permitía el aborto en determinadas circunstancias, pero las leyes vigentes seguían tipificándolo explícitamente como delito. Los profesionales de la salud y la policía carecían de directrices claras para aplicar las excepciones

²³⁹ Feminism Makes Us Smarter, “We Need to Be Bold”, Mayo de 2023, <https://www.fmus.org/we-need-to-be-bold>.

²⁴⁰ PAK v Attorney Gen., nota 338 más arriba.

²³³ Kelvin Mokaya, “Ministry of Health release the big five combi-pack guidelines on provision of safe abortion”, Network for Adolescent and Youth of Africa Kenya (30 de agosto de 2023), <https://nayakenya.org/2023/08/30/moh-release-the-big-five-combipack-guidelines-on-provision-of-safe-abortion/>.

²³⁴ Mercy Kahenda, “Shock of 800,000 Abortions, Married Women Biggest ‘Culprits’”, *The Standard* (2 de mayo de 2025), <https://www.standardmedia.co.ke/article/2001517926/shock-of-800-000-abortions-married-women-biggest-culprits>.

²³⁵ Código Penal Cap. 63 (Kenia) (rev. ed. 2012). https://www.kenyalaw.org/kl/fileadmin/pdf-downloads/Acts/PenalCode_Cap63.pdf.

²³⁶ PAK v Attorney General, 136 Harv. L. Rev. 733 (2022).

²³⁷ Women Working With Women, “Piasisi – Navigating Abortion and LBQT+ Inclusivity”, 30 de abril de 2024, <https://3wkenya.org/piasisi-navigating-abortion-and-lbqt-inclusivity>.

²³⁸ Ibid.



constitucionales. Muchos agentes del orden simplemente continuaron aplicando las prohibiciones de la era colonial, como antes de la Constitución²⁴¹. Mientras tanto, el Parlamento no aprobó ninguna nueva ley para poner en práctica el artículo 26(4), a pesar de que este parecía invitar a hacerlo al establecer que el aborto podía estar “permitido por otra ley escrita”.

Contradicciones entre la ley y la práctica

El conflicto entre las disposiciones constitucionales de Kenia y su legislación penal ha dado lugar a confusión y a una aplicación inconsistente de la ley sobre el aborto. Muchos proveedores de servicios de salud temen que incluso los abortos legales puedan ser malinterpretados como delitos, lo que los expone a ser arrestados. Este temor no es infundado: en la última década, la policía ha allanado rutinariamente clínicas presuntamente dedicadas a ofrecer abortos, acosando y arrestando a trabajadores de la salud y pacientes en operativos que no verifican si la atención proporcionada era médicamente necesaria o estaba protegida por la Constitución²⁴². La amenaza de sanciones penales ha fomentado un clima de autocensura en la comunidad médica: muchos profesionales de la salud se niegan a prestar incluso los servicios de aborto legalmente permitidos —como en el caso de las sobrevivientes de violación o con riesgos graves para la salud— por temor a las repercusiones legales o a la reacción de la opinión pública²⁴³.

Este panorama ha vuelto a relegar el aborto a la clandestinidad, a pesar de estar permitido en la Constitución. Se estima que cada año 21 000 mujeres kenianas son hospitalizadas por complicaciones derivadas de abortos incompletos o inseguros²⁴⁴. Muchas otras nunca llegan a los hospitales. Como han señalado los informes de investigación²⁴⁵, algunas mueren en sus casas o sufren en silencio por miedo al estigma y a ser arrestadas.

241 *Ibid.*

242 Feminism Makes Us Smarter, “We Need to Be Bold”, nota 341 más arriba.

243 Center for Reproductive Rights, “Kenyan High Court Affirms the Right to Abortion Under the Constitution and Directs Parliament to Enact Reforms”, 25 de marzo de 2022, <https://reproductiverights.org/malindi-kenya-court-affirms-abortion-right-pak/>.

244 Mokaya, “Ministry of Health release the big five combi-pack guidelines ...”, nota 335 más arriba.

245 Christianity Today, YouTube, <https://www.youtube.com/@ChristianityTodayMagazine>.



Recientes fallos judiciales e interpretaciones legales trascendentales

En los últimos años, los tribunales kenianos se han convertido en escenarios fundamentales para aclarar la legislación sobre el aborto.

El caso de *JMM*²⁴⁶ se presentó después de la trágica historia de JMM, una niña de 14 años que quedó embarazada como resultado de una violación y, al no poder acceder a un aborto seguro, recurrió a un procedimiento clandestino que provocó complicaciones fatales²⁴⁷. La madre de JMM, junto con los grupos de incidencia FIDA-Kenia y el Center for Reproductive Rights, demandó al Gobierno por no proporcionar acceso al aborto seguro a las sobrevivientes de violencia sexual y por el daño causado por la eliminación, por parte del Ministerio de Salud, de las pautas sobre aborto seguro de 2012²⁴⁸. El Tribunal Superior dictó un fallo histórico afirmando que las sobrevivientes de violencia sexual tienen derecho constitucional a servicios de aborto seguro²⁴⁹. El Tribunal Superior sostuvo explícitamente que: “la Constitución de Kenia de 2010 garantiza el acceso a los servicios de aborto para las mujeres y niñas embarazadas cuya salud o vida corran peligro, o que hayan sido víctimas de violación”²⁵⁰.

El fallo del caso *JMM* también proporcionó interpretaciones autorizadas de la Constitución: resaltó que, en virtud del artículo 26(4), “la vida o salud de la madre” debe entenderse en sentido amplio, de manera que abarque el bienestar físico, mental y social²⁵¹. Y, lo que es más importante, el Tribunal Superior aclaró que “el profesional de la salud formado”, quien puede determinar la necesidad de un aborto, no tiene por qué ser un profesional médico, ya que el término incluye a oficiales clínicos, profesionales de enfermería, parteras e incluso profesionales en farmacéutica con la formación adecuada²⁵². Esta definición amplia, en consonancia con la Ley de Salud de 2017²⁵³, significa que muchos profesionales pueden ofrecer legalmente servicios de aborto en Kenia. Los grupos

246 *JMM v Republic* (Criminal Appeal 107 of 2017) [2025] KECA 557 (KLR) (21 de marzo de 2025), <https://new.kenyalaw.org/akn/ke/judgment/keca/2025/557/eng@2025-03-21>.

247 Mokaya, “Ministry of Health release the big five combi-pack guidelines ...”, nota 335 más arriba.

248 Center for Reproductive Rights, “Center to Defend Landmark Decision in Kenya Guaranteeing Abortion Access for Survivors of Sexual Violence”, 10 de junio de 2025, <https://reproductiverights.org/news/jmm-fida-appeal-abortion-kenya/>.

249 *Ibid.*

250 *Ibid.*

251 *JMM v Republic*, nota 348 más arriba.

252 *Ibid.*

253 *Ley de Salud* N.º 21 de 2017, <https://kenyalaw.org/kl/fileadmin/pdfdownloads/Acts/HealthActNo.21of2017.pdf>.



conservadores (entre ellos el Foro de Profesionales Cristianos de Kenia) y el Fiscal General han apelado la sentencia, argumentando que el aborto no es un derecho constitucional²⁵⁴. Actualmente, en 2025, esa apelación sigue en trámite ante el Tribunal de Apelaciones²⁵⁵.

Otro ejemplo notable es la sentencia del caso *PAK*, que confrontó directamente la continua aplicación del Código Penal. *PAK* (menor de edad) y Salim Mohammed (oficial clínico) fueron detenidos en 2019. *PAK* había sufrido complicaciones obstétricas por un aborto espontáneo y recibió tratamiento de emergencia del Sr. Mohammed, pero la policía los acusó de haber practicado un aborto ilegal²⁵⁶. A principios de 2020, con el apoyo del Center for Reproductive Rights y de la Red de Salud Reproductiva de Kenia, presentaron una petición constitucional impugnando los cargos penales por ser incompatibles con la Constitución de 2010²⁵⁷. El Tribunal Superior anuló los cargos penales contra la menor y el proveedor, y consideró que su detención y enjuiciamiento eran ilegales dadas las garantías constitucionales²⁵⁸. En términos más generales, el Tribunal Superior declaró que “la atención para el aborto es un derecho fundamental bajo la Constitución de Kenia” y que las detenciones arbitrarias y el enjuiciamiento de pacientes o trabajadores de la salud por buscar u ofrecer servicios de aborto son ilegales²⁵⁹.

La sentencia del caso *PAK* abordó directamente la discrepancia entre la Constitución y el Código Penal. El juez señaló que el Parlamento no había aprobado una ley que explicara cómo debía aplicarse el aborto en la práctica, dejando una laguna legal²⁶⁰. Mientras tanto, la policía estaba utilizando efectivamente una ley obsoleta de la época colonial para vulnerar los derechos constitucionales *actuales*²⁶¹. El Tribunal consideró que esta situación era insostenible y que, si se aplicaban sin tener en cuenta el artículo 26(4), estas eran incompatibles con la Constitución²⁶². En concreto, determinó que criminalizar el aborto sin directrices legales claras sobre los procedimientos vulneraba múltiples derechos, no solo los derechos a la salud y a la vida, sino también los derechos a la intimidad, la dignidad y la autonomía corporal, así como la protección especial

254 Center for Reproductive Rights, “Center to Defend Landmark Decision ...”, nota 350 más arriba.

255 *Ibid.*

256 *PAK v Attorney Gen.*, nota 338 más arriba.

257 *Ibid.*

258 Center for Reproductive Rights, “Kenyan High Court Affirms the Right to Abortion ...”, nota 345 más arriba.

259 *Ibid.*

260 *PAK v Attorney Gen.*, nota 338 más arriba.

261 *Ibid.*

262 Feminism Makes Us Smarter, “We Need to Be Bold”, nota 341 más arriba.



de las mujeres y las niñas reconocida en la Constitución²⁶³. El Tribunal reconoció que “proteger el acceso al aborto afecta valores constitucionales fundamentales, entre ellos la dignidad, la autonomía, la igualdad y la integridad corporal”²⁶⁴. En una directiva especialmente significativa, el Tribunal Superior ordeno al Parlamento de Kenia que promulgara legislación y un marco normativo sobre el aborto acordes con la Constitución²⁶⁵. Sin embargo, a mediados de 2022 persistían serias dudas sobre el cumplimiento de esta orden. Aunque el Tribunal Superior había exigido una actuación legislativa, no se produjeron reformas normativas ni ese año ni el siguiente. A finales de 2025, Kenia aún no promulgó la legislación requerida.

El papel de la incidencia política y la presión ciudadana para impulsar la reforma

Las victorias jurídicas en Kenia no se produjeron de manera aislada, sino que fueron el resultado de una labor de incidencia constante y de la presión ciudadana, esfuerzos que siguen siendo cruciales para impulsar su implementación. Esta labor de incidencia multifacética, llevada a cabo por una amplia coalición de organizaciones de la sociedad civil, ha complementado y presionado los procesos legales formales, contribuyendo así a impulsar las reformas graduales observadas hasta la fecha.

Una forma importante de incidencia ha sido el litigio estratégico, es decir, el uso de casos judiciales estratégicos para promover los derechos. Los casos de *JMM* y *PAK* fueron liderados por organizaciones como el Center for Reproductive Rights, FIDA-Kenya, la Kenya Legal & Ethical Issues Network on HIV and AIDS (KELIN) y la Reproductive Health Network Kenia. Estos grupos identificaron casos individuales convincentes y facilitaron representación legal, enmarcando los problemas como violaciones de los derechos constitucionales. El éxito de estos casos es testimonio de la meticulosa preparación de los grupos de defensa jurídica y de su decisión de actuar con audacia a la hora de reivindicar los derechos reproductivos²⁶⁶. No solo obtuvieron victorias en los tribunales, sino que también utilizaron los procedimientos judiciales como una forma de generar cobertura mediática y debate público sobre temas que antes eran tabú.

Más allá de los tribunales, las campañas de incidencia han desempeñado un papel clave. Los grupos activistas de Kenia han aprovechado tanto los medios

263 Center for Reproductive Rights, “Kenyan High Court Affirms the Right to Abortion ...”, nota 345 más arriba.

264 *Ibid.*

265 *Ibid.*

266 Feminism Makes Us Smarter, “We Need to Be Bold”, nota 341 más arriba.



de comunicación tradicionales como las redes sociales para difundir nuevas narrativas sobre el aborto. Por ejemplo, los grupos de incidencia han destacado hallazgos que muestran que la mayoría de las personas que solicitan abortos son mujeres casadas o que ya son madres, lo que contribuyó a que el discurso dejara de centrarse en caricaturas moralistas y se concentrara en las presiones familiares y económicas²⁶⁷. Asimismo, historias de interés humano, como el documental de BBC Africa Eye *Breaking the Silence: Investigating Abortion Rights in Kenya*²⁶⁸, fueron amplificadas por activistas locales para ilustrar el costo humano de un marco jurídico restrictivo. El documental presenta testimonios de mujeres que describen cómo se vieron obligadas a arriesgar sus vidas en clínicas clandestinas debido a la ambigüedad legal que rodea el aborto en Kenia²⁶⁹. Este tipo de narración contribuye a erosionar el estigma al darle al problema rostros e historias con los que es fácil identificarse.

Una innovación notable por parte de los grupos de incidencia fue el establecimiento de líneas directas de información sobre el aborto seguro. Un ejemplo destacado es la *Aunty Jane Hotline* (línea directa de la tía Jane), lanzada por el Trust for Indigenous Culture and Health en 2012²⁷⁰. Este servicio telefónico confidencial no anima directamente a las mujeres a infringir la ley, sino que les explica las opciones que tienen²⁷¹. Este enfoque de reducción de daños probablemente ha salvado numerosas vidas al ayudar a las mujeres a evitar los métodos más peligrosos, como la ingestión de venenos o la introducción de objetos. Este modelo ha inspirado la creación de líneas directas similares en más de dos docenas de países africanos²⁷². Estas iniciativas llenan un vacío crítico de información generado por el silencio oficial. Dado que los hospitales públicos rara vez comunican que el aborto es legal en determinadas circunstancias, muchas mujeres simplemente desconocen a dónde pueden acudir.

Las actividades de incidencia también se han dirigido directamente a los responsables de la formulación de políticas. Activistas feministas kenianas y profesionales progresistas de la salud han interactuado con el Ministerio de Salud a través de grupos de trabajo técnicos y procesos de consulta —cuando estos han sido posibles— con el fin de impulsar la adopción de directrices actualizadas. Por ejemplo, MSI Reproductive Choices (Marie Stopes Kenya) y otras organizaciones

267 Kahenda, “Shock of 800,000 Abortions ...”. nota 336 más arriba.

268 *Breaking the Silence: Investigating Abortion Rights in Kenya – BBC Africa Eye documentary*, YouTube (17 de febrero de 2023), <https://www.youtube.com/watch?v=tI3AKMFgVKQ>.

269 *Ibid.*

270 Feminism Makes Us Smarter, “We Need to Be Bold”, nota 341 más arriba.

271 *Ibid.*

272 *Ibid.*



presionaron con éxito para que, en 2023, se revisaran las directrices nacionales de atención postaborto con el fin de incorporar las recomendaciones más recientes de la Organización Mundial de la Salud, logrando que esta fuera más accesible y estuviera adaptada a las personas jóvenes²⁷³. Cuando el ministerio no publicó las directrices sobre el aborto con medicamentos en 2023, organizaciones como la Network for Adolescent and Youth of Africa denunciaron públicamente esta omisión, llegando incluso a identificar a las personas que bloqueaban el avance y a exigir que el ministerio “publicara las directrices y diera libertad a las mujeres”²⁷⁴. Este tipo de presión pública audaz —relativamente novedosa en Kenia— indica que los defensores y las defensoras son cada vez menos proclives a tolerar la inercia burocrática y optan, en cambio, por exigir que los funcionarios rindan cuentas haciendo uso de los medios de comunicación y las peticiones públicas.

En el ámbito político, aunque no se ha aprobado ninguna ley nueva, también se está llevando a cabo una labor de incidencia con los legisladores. Las defensoras de esta causa en el Parlamento (como las dos legisladoras que patrocinaron el proyecto de ley de 2019) colaboraron estrechamente con grupos defensoras de los derechos de las mujeres para redactar proyectos de ley y obtener apoyo²⁷⁵. Aunque estos esfuerzos fueron derrotados por la oposición organizada, el proceso generó un valioso conocimiento entre algunos responsables de la formulación de políticas. Los ataques de los conservadores religiosos (como CitizenGO, un grupo de presión financiado con fondos extranjeros que organizó protestas contra el proyecto de ley de salud reproductiva²⁷⁶) también impulsaron a las activistas que defienden el derecho a abortar a fortalecer sus coaliciones. Desde entonces, los grupos de incidencia kenianos han aprendido a anticipar esta oposición mediante el suministro sistemático de datos a los legisladores. Por ejemplo, han proporcionado a cada parlamentario información específica sobre cuántas mujeres de su condado son hospitalizadas o mueren cada año a causa de abortos inseguros, junto con testimonios personales de sus electoras. Este enfoque permite enmarcar el aborto como una cuestión de salud pública y de derechos humanos que el país reconoce en su Constitución, y no como una “agenda occidental importada”, como sostienen con frecuencia sus detractores.

273 MSI United States, “Advocacy win: Kenya revises post-abortion care guidelines”, <https://www.msiunitedstates.org/advocacy-win-kenya-revises-post-abortion-care-guidelines/>.

274 Mokaya, “Ministry of Health release the big five combi-pack guidelines ...”, nota 335 más arriba.

275 Feminism Makes Us Smarter, “We Need to Be Bold”, nota 341 más arriba.

276 *Ibid.*



Centrarse en los grupos marginados: Adolescentes y personas de género diverso

Al evaluar el acceso al aborto en Kenia, es importante destacar los problemas particulares a los que se enfrentan los grupos marginados, especialmente las adolescentes y las personas de género diverso (como las personas transgénero o no binarias que pueden quedar embarazadas). Estas poblaciones se enfrentan a barreras estructurales y sociales únicas que agravan los obstáculos generales mencionados anteriormente. Las adolescentes²⁷⁷ constituyen un grupo de riesgo significativo. Kenia tiene una alta tasa de embarazos adolescentes: según encuestas realizadas a nivel nacional, aproximadamente el 15% de las adolescentes han comenzado a tener hijos antes de los 19 años²⁷⁸. Muchos de estos embarazos no son intencionales, y una proporción alarmante es consecuencia del abuso sexual y la coerción. No obstante, las adolescentes se enfrentan a barreras adicionales cuando buscan acceder a un aborto o a servicios de atención postaborto. Desde el punto de vista jurídico, los fundamentos constitucionales, como el riesgo para la salud, se aplican con independencia de la edad. Sin embargo, en la práctica, la mayoría de las menores dependen por completo de los adultos para acceder a atención médica. Los requisitos de consentimiento parental, ya sean formales o informales, pueden impedir que las adolescentes puedan acceder a un aborto seguro en un centro de salud. Esto ocurre porque es poco probable que una menor embarazada y atemorizada involucre a sus madre o a su padre, especialmente cuando el embarazo suele ser resultado de circunstancias que estos pueden desaprobar o, en algunos casos, de incesto o abuso cometido por un familiar.

Los proveedores de servicios de salud pueden mostrar actitudes críticas hacia las adolescentes que desean abortar y, en ocasiones, responden con reprimendas o rechazo en lugar de brindar atención. Todos estos factores llevan a que las jóvenes busquen abortar en secreto. El gobierno también ha iniciado campañas para la prevención del embarazo adolescente mediante la abstinencia, lo que, si se ampliara para incluir información sobre sexo seguro, anticoncepción, opciones de aborto y derechos legales, podría resultar útil. Sin embargo, los grupos de presión cristianos han sido los principales opositores a la educación sexual integral

277 Niñas menores de 18 años.

278 National Council for Population and Development, *Advisory Paper 3: Impact of Teenage Pregnancies on Women Empowerment in Kenya* (Octubre de 2021), <https://ncpd.go.ke/wp-content/uploads/2021/10/Advisory-Paper-3-Impact-of-Teenage-Pregnancy-on-Women-Empowerment-in-Kenya.pdf>.



(ESI) y, desde 2020, ha existido una fuerte oposición a que se imparta la ESI en las escuelas²⁷⁹.

El contexto de Kenia es particularmente difícil para las personas de género diverso²⁸⁰. Social y jurídicamente, el país tiene una sociedad conservadora que históricamente no ha reconocido a las personas LGBTQ+ (las relaciones entre personas del mismo sexo están criminalizadas, y no hay ninguna disposición legal que reconozca géneros fuera del binario). Las personas transgénero y no binarias que podrían necesitar atención para el aborto se enfrentan a múltiples barreras, tanto por el estigma asociado al aborto como por la discriminación transfóbica.

En primer lugar, está la invisibilidad: los mensajes de salud pública e incluso la formación de los proveedores de servicios suelen referirse únicamente a las “mujeres” cuando se habla del embarazo y el aborto. Esto margina a los hombres trans y a las personas no binarias que pueden quedar embarazadas, quienes temen ser objeto de burlas o malentendidos cuando buscan atención en un sistema que no reconoce su identidad²⁸¹.

Además, dado que la legislación keniana no contempla explícitamente a las personas transgénero en el contexto de los derechos reproductivos, es posible que no todos los proveedores de servicios interpreten que las sentencias judiciales protectoras (como las de los casos *JMM* o *PAK*) que hacen referencia a “mujeres y niñas” también se aplican a otras personas. Sin embargo, existen iniciativas alentadoras por parte de la sociedad civil. Algunas organizaciones LGBTQ+, como las que están detrás del blog #Piasisi, están desmintiendo activamente mitos e informando a su audiencia que “el aborto es una opción válida para cualquier persona embarazada, independientemente de su orientación sexual o identidad de género”²⁸². Estas destacan que las personas queer y trans sí experimentan embarazos no deseados y también necesitan servicios sin prejuicios²⁸³. En algunos lugares se han puesto en marcha programas de capacitación para sensibilizar a los proveedores de servicios de salud sobre la diversidad de

279 Magdalene Kahiu, “Bishops in Kenya Renew Campaign against Comprehensive Sexuality Education Commitment”, *ACI Africa* (24 de mayo de 2020), <https://www.aciafrica.org/news/1388/bishops-in-kenya-renew-campaign-against-comprehensive-sexuality-education-commitment>.

280 En este artículo, el término se refiere a las personas que no se identifican como mujeres, pero que tienen útero y pueden quedar embarazadas (como los hombres transgénero, personas no binarias e intersexuales).

281 Trans*Alliance, Nduta, S., Smith, L., G. y Okeyo, N. (2022). “A Report of the National Transgender Discrimination Survey in Kenya (NTDS) – A Baseline Study of Transgender Persons in Kenya: Life Experiences and Access to Health Services. *Journal of Public Policy & Governance*, 6(2), págs. 22–51, <https://static1.squarespace.com/static/5a1d2df4f6576eb8bfad8b0e/t/6322a6c482c51f3f67156475/1761715146878/>.

282 Women Working With Women, “Piasisi – Navigating Abortion ...”, nota 339 más arriba.

283 *Ibid.*



género y sexual, incluyendo cómo ofrecer atención médica reproductiva a los pacientes transgénero de manera respetuosa²⁸⁴. Por ejemplo, utilizar los nombres elegidos, evitar términos de género incorrectos y garantizar la privacidad son tres estrategias aparentemente pequeñas que pueden marcar una gran diferencia a la hora de hacer que una persona de género diverso se sienta segura al buscar atención médica²⁸⁵.

Conclusión

La lucha de Kenia con la ley del aborto y el acceso al mismo es una historia compleja de reformas parciales y obstáculos persistentes. En un extremo de la balanza se encuentra una constitución progresista (única en África subsahariana por abordar explícitamente el aborto), sentencias judiciales audaces que han reafirmado los derechos de las mujeres, pruebas cada vez más evidentes de cuál es la realidad y una red comprometida de defensores y defensoras y personal médico que luchan por el cambio. En el otro extremo se encuentran contradicciones jurídicas profundamente arraigadas, oposición cultural y religiosa, reticencia política y deficiencias en la preparación del sistema de salud. Este artículo ha explorado cómo se desarrollan estas dinámicas: la ley dice una cosa, pero las normas dicen otra; los tribunales ordenan al Parlamento que actúe, pero el Parlamento se resiste; las mujeres siguen recurriendo al aborto en gran número, pero muchas lo hacen en condiciones inseguras debido al estigma y al miedo que les impide acceder a una atención segura.

Al final, las personas que más sufren con el sistema actual son las que tienen menos poder social: las jóvenes, las mujeres pobres, las personas de género diverso y quienes no pueden permitirse una atención privada segura. Todas ellas se ven empujadas hacia proveedores inseguros, con resultados que suelen ser mortales.

284 3W Women, “Beyond Binary: Redefining Inclusive HealthCare”, 15 de mayo de 2025, <https://3wkenya.org/redefining-inclusive-healthcare/>.

285 Women Working With Women, “Piasisi – Navigating Abortion ...”, nota 339 más arriba.

Capítulo 3

La negación en la práctica: Reclamar el acceso y la rendición de cuentas en la atención para el aborto



Introducción

Harini Sivalingam, directora del Programa de Igualdad, Canadian Civil Liberties Association (CCLA)

Este capítulo examina cómo las objeciones de conciencia o por motivos religiosos, esgrimidas tanto por las instituciones sanitarias como por particulares, se cruzan con el derecho de las personas embarazadas a acceder a atención para el aborto. En diversos contextos, estas apelaciones se han utilizado de forma creciente para justificar denegaciones que impiden el acceso a servicios de salud esenciales, a menudo sin la debida rendición de cuentas ni supervisión. A partir de las experiencias de Estados Unidos y Sudáfrica, los artículos de este capítulo exploran cómo los marcos jurídicos y normativos que privilegian la denegación pueden enquistar las desigualdades y debilitar la obligación pública de proporcionar una atención integral en materia de salud reproductiva.

Ambos países se enfrentan a la misma pregunta: ¿cómo garantizar que las objeciones de conciencia o por motivos religiosos no se conviertan en obstáculos para acceder a la atención médica? A pesar de los distintos marcos jurídicos y constitucionales, ambos contextos revelan que las denegaciones de servicios, ya sean a nivel institucional o individual, pueden causar daño incluso cuando son claras y limitadas. Cuando estas objeciones se formulan de manera general o no están suficientemente reguladas, pueden dar lugar a una denegación sistémica de servicios. Las personas más afectadas suelen ser aquellas que ya se encuentran marginadas por motivos geográficos, raciales, económicos o de edad, lo que subraya que el derecho al aborto debe hacerse realidad no solo en la ley, sino también en la práctica.

En los Estados Unidos de América, décadas de ampliación de las exenciones por motivos religiosos han normalizado un régimen jurídico y una cultura de negación de servicios, lo que a menudo permite a las instituciones denegar la atención sanitaria reproductiva de formas que socavan las garantías legales. En Sudáfrica, a pesar de contar con uno de los marcos jurídicos más progresistas del mundo, la débil aplicación de la ley y la falta de supervisión han permitido que tanto los centros de salud como los profesionales nieguen la atención sin consecuencias. En ambos contextos, las denegaciones institucionales e individuales interactúan para producir sistemas fragmentados que impiden a muchas personas embarazadas ejercer plenamente sus derechos legales.



En conjunto, estas experiencias nos recuerdan que la conciencia y la libertad de culto, si bien son expresiones auténticas de creencias, deben ejercerse dentro de límites que respeten la igualdad, la autonomía y el acceso a la atención sanitaria. Los ensayos de este capítulo abogan por un replanteamiento de la conciencia y las convicciones religiosas que se sitúe en el marco de la responsabilidad pública. Garantizar los derechos reproductivos, tanto como derechos legales como realidades vividas, exige que las instituciones y los individuos asuman la responsabilidad de defender los derechos de quienes buscan atención médica.



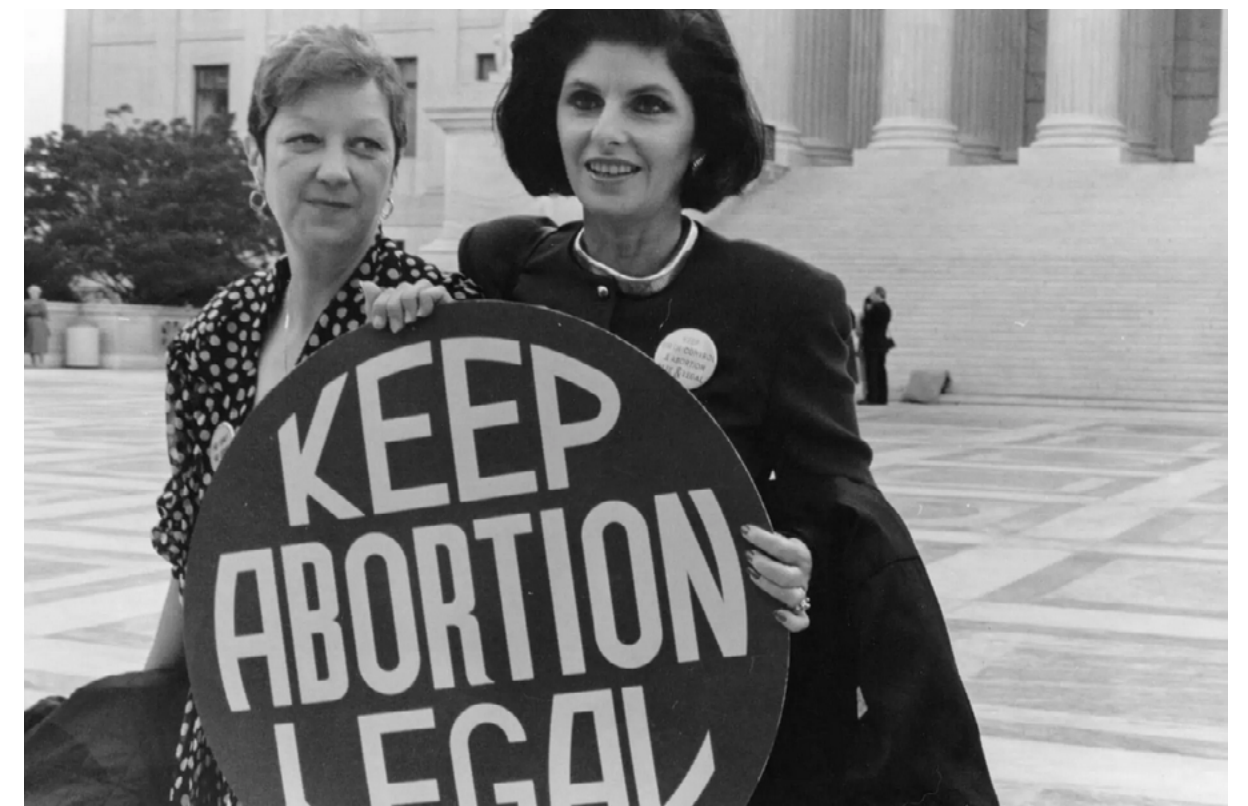
En una protesta tras la decisión de la Corte Suprema de los Estados Unidos que revocó el fallo *Roe v. Wade*, se puede leer una pancarta que dice “tu religión no determina mis derechos”. Washington D. C., Estados Unidos, 24 de junio de 2022. Foto: Shutterstock.

De las creencias a la discriminación: Exenciones por motivos religiosos y la negación del acceso al aborto en Estados Unidos

Louise Melling, subdirectora legal de la American Civil Liberties Union (ACLU)

Introducción

Aunque el aborto en los Estados Unidos de América se reconocía como un derecho constitucional, la ley permitía que tanto las instituciones como las personas se negaran a prestar servicios de aborto por sus creencias religiosas. Esta situación ha afectado negativamente a las personas que desean abortar, con riesgos para la



Norma McCorvey (Jane Roe) junto a su abogada Gloria Allred en las escalinatas de la Corte Suprema de los Estados Unidos, 1989. Foto de Lorie Shaull, CC BY-SA 2.0, vía Wikimedia Commons.

salud, así como estigmatización y humillación tanto para las pacientes como para los proveedores de servicios. Además, esto ha alimentado la oposición al aborto al presentarlo como algo inmoral.

La aceptación de estas negativas contribuyó a la erosión de dicho reconocimiento y, en última instancia, a la anulación de *Roe v. Wade*, la sentencia de 1973 de la Corte Suprema de los Estados Unidos que reconocía una mayor protección constitucional a nivel federal para el aborto²⁸⁶.

El debate sobre la exención por motivos religiosos no es exclusivo de los Estados Unidos, como lo demuestra el informe de 2015 de INCLO *Libertad de culto e igualdad: Aportes para delimitar sus tensiones*, en el que se analizaron litigios en distintos continentes y se ofreció un marco de análisis²⁸⁷. Este ensayo expone los daños de las exenciones en los Estados Unidos como una advertencia para las y los activistas en otros países.

²⁸⁶ 410 US 113 (1973); *Dobbs v. Jackson Women's Health Organization*, 597 US 215 (2022).

²⁸⁷ International Network of Civil Liberties Organizations, *Libertad de Culto e Igualdad: Aportes para delimitar sus tensiones* (1 de septiembre de 2015), <https://inclo.net/publications/drawing-the-line-tackling-tensions-between-religious-freedom-and-equality/>



El panorama

Aunque el aborto fue legal en todo Estados Unidos entre 1973 y 2022, 44 estados permitían a los centros de salud negarse a prestar servicios de aborto por objeciones religiosas²⁸⁸. Veintisiete de estos estados habían aprobado dichas leyes a finales de 1974, apenas un año después de que se dictara la sentencia en el caso *Roe v Wade*²⁸⁹. Esto significa que, durante décadas, se ha permitido a los hospitales cerrar sus puertas a quienes deseaban abortar²⁹⁰. Además, 46 estados permitían a los proveedores de servicios de salud particulares negarse a prestar servicios de aborto por motivos religiosos²⁹¹.

Las leyes federales también protegen las objeción por motivos religiosos. Por ejemplo, una ley establece que la recepción de ciertos fondos federales no obliga, por sí misma, a las instituciones a practicar abortos si tienen objeciones religiosas o morales²⁹². Otra ley establece que ni el gobierno federal ni ningún gobierno estatal o local que reciba fondos federales puede “someter a discriminación a ninguna entidad de salud” por negarse a impartir formación médica sobre el aborto²⁹³. Por último, una tercera medida federal establece que los fondos federales no pueden destinarse a ninguna entidad federal, estatal o local que someta a cualquier entidad sanitaria a “discriminación por el hecho de que dicha entidad no practique o no financie servicios de aborto ni derive pacientes para dichos servicios²⁹⁴.

Normalmente, los fondos federales están sujetos a reglas contra la discriminación y se utilizan para impulsar el cambio. No obstante, estas disposiciones federales permiten a las instituciones rechazar la atención para el aborto sin sanción alguna, lo que en la práctica termina protegiendo la discriminación. Por ejemplo, se

288 *Refusing to Provide Health Services*, GUTTMACHER INSTITUTE: STATE LAWS & POLICIES (actualizado por última vez el 31 de agosto de 2023). Hasta la fecha, en Estados Unidos se ha dado por sentado el derecho de las instituciones a alegar objeciones religiosas. La cuestión no se ha planteado directamente ante la Corte Suprema, como ha ocurrido en otros países, como Colombia. Sin embargo, es significativo que la Corte haya abordado el fondo de las objeciones religiosas planteadas por una sociedad anónima cerrada y una pequeña empresa. Véase, por ejemplo, *Burwell v. Hobby Lobby Stores, Inc.*, 573 US 682 (2014); *303 Creative LLC v. Elenis*, 600 US 570 (2023).

289 Douglas NeJaime y Reva B Siegel, “Conscience Wars: Complicity-Based Claims in Religion and Politics”, 124 *Yale Law Journal* 2516, 2583 n.89 (2015).

290 Una ley federal conocida como la Ley de Tratamiento Médico y Trabajo de Emergencia establece un límite al derecho de un hospital a rechazar la atención. Requiere que los hospitales calificados proporcionen la atención estabilizadora necesaria o, si es posible, un traslado apropiado a cualquier persona que experimente una condición médica de emergencia. 42 USC § 1395dd.

291 Véase *Refusing to Provide Health Services*, nota 390 más arriba.

292 42 USC § 300a-7.

293 42 USC § 238n.

294 Ley de Asignaciones Consolidadas, 2025, Ley Pública N° 119-4, 139 Stat. 9 de marzo de 2025).



Percentage of Beds in Catholic Hospitals, By State, 2016

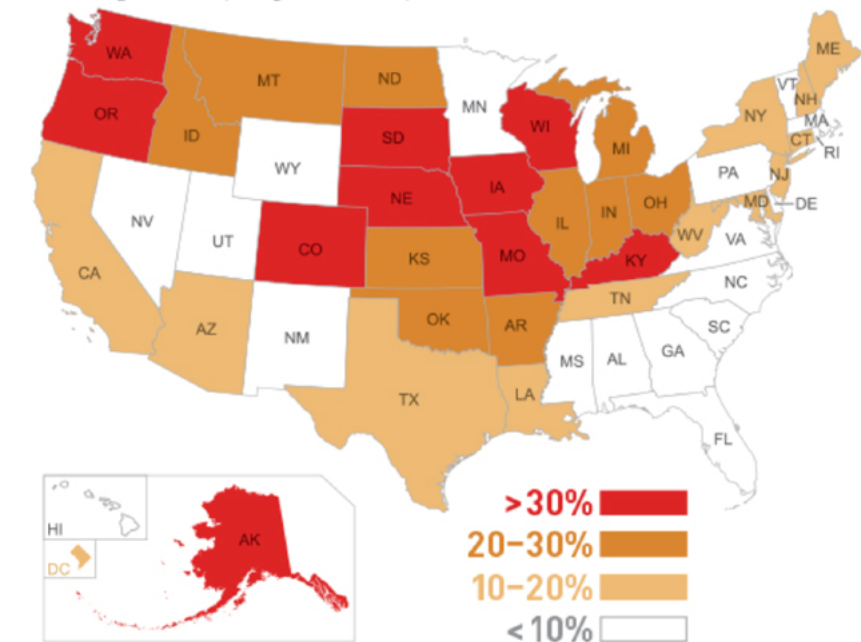


Tabla que representa el porcentaje de camas pertenecientes a hospitales católicos en Estados Unidos en 2016. Según el informe de ACLU “Health Care Denied”, una de cada seis camas de hospital en EE.UU. se encuentra en una instalación católica.

sostiene que la norma que prohíbe la discriminación como condición para recibir fondos federales destinados a reembolsar la atención médica de las personas de edad avanzada en los Estados Unidos contribuyó a poner fin a la segregación en los hospitales²⁹⁵. Sin embargo, en el caso de las medidas federales que amparan la negación de servicios, los fondos se utilizan para proteger la discriminación, en este caso contra quienes tratan de ejercer un derecho protegido por la Constitución²⁹⁶.

Por último, también existen numerosos litigios para ampliar las exenciones por motivos religiosos en relación con el aborto. Estos suelen solicitar exenciones a nuevas leyes orientadas a mejorar el acceso al aborto. Las peticiones van más allá del derecho a negarse a participar directamente en la práctica del aborto y abarcan la facultad de negarse a realizar casi cualquier conducta que pueda considerarse facilitadora del aborto. Por ejemplo, entidades afiliadas a organizaciones religiosas han impugnado leyes estatales que exigen que sus

295 David Barton Smith, *Health Care Divided* 108 (University of Michigan Press 1999); David Barton Smith, “Racial and Ethnic Health Disparities and the Unfinished Civil Rights Agenda”, 24 *Health Affairs* 317, 320 (2005).

296 Véase Louise Melling & Sarah Lipton-Lubet, “Follow the Money: Ending Discrimination against Women in Hospitals”, 15 *Georgetown Journal of Gender and the Law* 435 (2014).



planes de seguro cubran el aborto²⁹⁷. Asimismo, han impugnado los requisitos que les obligan, cuando se niegan a proporcionar atención para el aborto, a ofrecer información sobre este procedimiento como opción y a derivar a otras entidades que lo practican²⁹⁸. Algunos profesionales de enfermería han llegado incluso a oponerse, por motivos religiosos, a atender a las pacientes en recuperación tras un aborto, o a asegurarse de que cuenten con transporte para volver a casa y con una cita de seguimiento²⁹⁹.

En los Estados Unidos, prácticamente ninguna pretensión es demasiado audaz. Por ejemplo, el primer gobierno de Trump sugirió que los conductores de ambulancias deberían poder abandonar a una paciente que necesitara un aborto si ello entraba en conflicto con sus creencias religiosas³⁰⁰. Estos son solo algunos de los casos presentados en los Estados Unidos para ampliar las exenciones por motivos religiosos³⁰¹.

La Corte Suprema aún no ha reconocido un derecho constitucional general a discriminar; sin embargo, durante aproximadamente la última década, ha fallado a favor de todas las empresas u otras entidades que han argumentado que están exentas de las leyes de no discriminación³⁰². Asimismo, quienes alegan un derecho a negarse a cumplir con las leyes que promueven el derecho al aborto o los derechos de las personas LGBTQ+ por motivos religiosos han obtenido numerosas victorias, así como algunas derrotas, en los tribunales menores.

297 Véase, por ejemplo, *Roman Catholic Diocese of Albany v Vullo*, 242 N.E.3d 1174 (2024), Se concedió el auto, se anuló la sentencia bajo el nombre de *Roman Cath. Diocese of Albany v Harris*, 145 S. Ct. 2794 (2025); *Cedar Park Assembly of God of Kirkland, Washington v Kreidler*, 130 F.4th 757 (9th Cir.), opinión retirada bajo el nombre de *Cedar Park Assembly of God of Kirkland, Washington v Kuderer*, 146 F.4th 885 (9th Cir. 2025); *Oregon Right to Life v Stolfi*, No. 24-06650 (9th Cir. Argumentada el 17 de junio de 2025); *Students for Life of America v Gillespie*, No. 1:24-cv-11928 (N.D. Illinois presentada el 21 de noviembre de 2024); *Illinois Baptist State Association v Illinois Department of Insurance*, No. 4-24-1282 (II. App. Ct. Argumentado el 26 de agosto de 2025).

298 *National Institute of Family and Life Advocates v Rauner*, n.º 3:16-cv-50310 (N.D. II. Medida cautelar preliminar dictada el 19 de julio de 2017).

299 *Danquah v University of Medicine & Dentistry of New Jersey*, n.º 211-CV-06377-JLL-MAH (D.N.J. 22 de noviembre de 2011).

300 *New York v US Department of Health and Human Services*, 414 F. Supp. 3d 475, 515 (S.D.N.Y. 2019), apelación desestimada según estipulación, N° 19-4254, 2022 WL 17974424 (2d Cir. 2022).

301 Un boletín trimestral publicado por la ACLU que documenta litigios activos relacionados con exenciones por motivos religiosos tiene más de 20 páginas. Al momento de redactar este artículo, en el último trimestre de 2025, la mayoría de los litigios actuales relacionados con las exenciones por motivos religiosos se enmarcan en el contexto de los derechos de las personas LGBTQ+.

302 *Masterpiece Cakeshop v Colorado Civil Rights Commission*, 584 US 617 (2018); *Fulton v City of Philadelphia*, 592 US 522 (2021); 303 *Creative*, 600 US 570; *Hobby Lobby Stores, Inc.*, 573 US 682.



Manifestación en contra del derecho al aborto en San Francisco, California, Estados Unidos. 20 de enero de 2024. Foto: Shutterstock.

El daño

La prevalencia de las negativas a prestar servicios por motivos religiosos, tanto por parte de instituciones como de particulares, tiene múltiples consecuencias perjudiciales.

La consecuencia más grave es el daño que se causa a las y los pacientes que necesitan atención médica. Hace una década, la American Civil Liberties Union (ACLU) publicó un informe, titulado *Health Care Denied*, en el que se documentaban los daños sufridos por las mujeres a quienes se les negó atención en hospitales católicos³⁰³. El caso de Tamesha Means es un ejemplo claro de ello. Means tenía 18 semanas de embarazo cuando rompió aguas. En una etapa tan temprana, el embarazo no era viable. El hospital católico al que acudió la rechazó en dos ocasiones a lo largo de dos días cuando buscó atención médica, y solo recibió ayuda cuando acudió por una tercera vez, momento en el cual ya había comenzado el parto. Para entonces, había desarrollado una infección que podría haber puesto en peligro su vida. Durante sus múltiples visitas, no se le informó que su embarazo ya no era viable, que el aborto era la opción más segura para

303 Julia Kaye, et al., *Health Care Denied*, ACLU (2016), <https://perma.cc/U9C3-48AW>.



su salud, que el hospital no le proporcionaría la atención necesaria ni que podía buscar dicha atención en otro lugar.

El daño a la salud y a la vida no es el único perjuicio que se deriva de estas negativas a prestar servicios por motivos religiosos. Estas negativas también estigmatizan. Esto sería más evidente si imaginamos que los hospitales y consultorios médicos que se niegan a prestar atención fueran totalmente sinceros al respecto y colocaran un cartel que dijera: “Aquí no se atiende a quienes buscan abortar”. Al fin y al cabo, los hospitales que se niegan a practicar abortos por razones religiosas están cerrando sus puertas a quienes desean interrumpir un embarazo; estas personas no son admitidas. En cambio, las puertas del hospital permanecen abiertas para quienes llevan sus embarazos a término. Asimismo, algunos profesionales de enfermería desean poder negarse incluso a proporcionar cuidados posteriores a personas que han abortado, una postura que, en esencia, las trata como personas a las que hay que marginar.

Estas denegaciones hieden a discriminación. Según su lógica, el único papel adecuado para una persona embarazada es el de madre o padre. Esta perspectiva se remonta a una época distinta en los Estados Unidos, cuando la Corte Suprema afirmaba que el “destino primordial” de las mujeres era “cumplir con las nobles y bondadosas funciones de esposa y madre”³⁰⁴. En última instancia, la negativa a proporcionar atención para el aborto por motivos religiosos discrimina a aquellas personas que desafían el estereotipo de género según el cual su función es crear y nutrir otras vidas.

En última instancia, las negativas a prestar servicios por motivos religiosos tienen como objetivo socavar las propias leyes que legalizan el aborto. Como han destacado los profesores Douglas NeJaime y Reva Siegel, de la Facultad de Derecho de Yale, la presión cada vez mayor a favor de estas negativas alimenta un debate interminable sobre los derechos subyacentes, presentándolos como ilegítimos o inmorales e impidiendo que se resuelvan³⁰⁵.

El efecto del caso *Harris* fue inmediato y devastador, y se extiende hasta el día de hoy en los Estados Unidos. Como resultado de la decisión de la Corte Suprema de 2022 en el caso *Dobbs*, el aborto ya no es un derecho fundamental protegido por la Constitución federal. En su lugar, existe ahora un mosaico de estados



que protegen el aborto —algunos incluso con cobertura de seguro— y otros que lo prohíben³⁰⁶.

El desafío

Los daños causados por las negativas a prestar servicios por motivos religiosos son significativos, y el cambio en el panorama legal y cultural es profundo. Esto ya era cierto antes del caso *Dobbs*, y lo es aún más ahora. Ello no significa que debamos renunciar a nuestro enfoque; simplemente significa que las perspectivas de éxito son ahora más lejanas.

La ACLU y otros aliados de la coalición han adoptado tres enfoques clave para hacer frente a las negativas a prestar servicios por motivos religiosos a lo largo de los años.

En primer lugar, nos centramos en el apoyo al derecho subyacente.

En esencia, creemos que las exenciones por motivos religiosos serán rechazadas por la ley y la cultura si existe un amplio apoyo al derecho subyacente. Por ejemplo, si la ciudadanía acepta el derecho de las parejas del mismo sexo a contraer matrimonio, será menos probable que consideren legítimo que una empresa se niegue a atender a una pareja que desea comprar un pastel de boda por el hecho de ser del mismo sexo.

Esta estrategia está bien fundamentada: tras logros significativos en materia de derechos civiles en los Estados Unidos durante las décadas de 1950 y 1960, los tribunales estadounidenses dejaron de aceptar la idea de que Dios quería que las razas permanecieran separadas y rechazaron las demandas de segregación basadas en la religión. Del mismo modo, a medida que los derechos de las mujeres adquirieron mayor relevancia, los tribunales rechazaron la idea de que, por ejemplo, las escuelas afiliadas a una confesión religiosa pudieran remunerar de manera diferente a hombres y mujeres basándose en la creencia de que los hombres debían ser los jefes de familia³⁰⁷.

306 Tras la Enmienda Hyde, el Congreso prohibió el uso de fondos federales para cubrir el aborto en otros programas de seguro federales, incluidos el Servicio de Salud Indígena y los programas que proporcionan cobertura a militares, empleados federales y reclusos de prisiones federales, entre otros. Alina Salganicoff, et al., “The Hyde Amendment and Coverage for Abortion Services Under Medicaid in the Post-Roe Era”, Kaiser Family Found. (14 de marzo de 2024), <https://perma.cc/2KL3-AU24>.

307 Compárense los casos citados anteriormente en la nota 403 con la historia de denegaciones, tal como se relata en el escrito “Brief Amici Curiae of Julian Bond et al. in Support of the Government, *Burwell v Hobby Lobby Stores, Inc.*, 573 US 682 (2014) (núm. 13-354), 2014 WL 491245.

304 *Bradwell v State*, 83 US 130, 141 (1872) (Bradley, J. concurrente).

305 Douglas NeJaime y Reva B. Siegel, nota 391 más arriba.



En el contexto del aborto, esta estrategia es más compleja, ya que durante décadas ha habido un rechazo generalizado en este ámbito, que en algunos casos se ha consagrado en la legislación, y ahora, como consecuencia de la sentencia del caso Dobbs, se ha perdido la principal protección constitucional del derecho al aborto. Sin embargo, esta derrota ha avivado el activismo en favor de dicho derecho. La cuestión es si el panorama cambiará a medida que avance su recuperación.

En segundo lugar, demostramos los daños causados por las exenciones por motivos religiosos.

Para generar resistencia, debemos demostrar que estas negaciones de servicios por motivos religiosos son motivo de preocupación. Hemos adoptado dos enfoques.

Uno ha consistido en visibilizar las historias individuales para evidenciar daños, tanto mediante informes como *Health Care denied* como a través de litigios. El caso más difundido fue el de Tamesha Means, en el que se acusó a la Conferencia de Obispos Católicos de los Estados Unidos de negligencia por exigir al hospital que negara atención a Means cuando estaba sufriendo un aborto espontáneo, poniendo así en peligro su salud³⁰⁸.

El segundo enfoque ha consistido en destacar las formas en que las exenciones por motivos religiosos en cuestión funcionan, en la práctica, como una licencia para discriminar. Este planteamiento se apoya en la noción, profundamente arraigada en los Estados Unidos, de que la discriminación es vergonzosa, una idea que la administración Trump ha tratado de erosionar. Hemos observado algunos avances con este enfoque: aumentó el porcentaje de personas que consideran que las empresas no deberían tener derecho a negarse a prestar servicios relacionados con bodas a parejas del mismo sexo por motivos religiosos. Lo que importa es que esto se presente como una empresa que afirma su derecho a discriminar, y no como una objeción de conciencia.

En el caso del aborto, ha sido más difícil utilizar el argumento de la discriminación para generar resistencia a las exenciones por motivos religiosos, en gran parte debido al estado de la legislación. Hace décadas, la Corte Suprema declaró que la discriminación basada en el embarazo no constituía discriminación sexual³⁰⁹ y

308 Denuncia, *Means v US Conference of Catholic Bishops*, n.º 1:15-CV-353 (ED Mich. 2013), <https://perma.cc/9TRD-ME6L>.

309 *Geduldig v Aiello*, 417 US 484 (1974).



reiteró esa idea, aunque fuera en una opinión incidental, en el caso Dobbs³¹⁰. Con demasiada frecuencia, por tanto, el aborto se considera más como un servicio, y la negativa a practicarlo se interpreta como una negativa a ofrecer un servicio, más que como una negativa a atender a las personas por quienes son³¹¹.

Como se analiza en el ensayo sobre el aborto y el acceso a este para las personas con recursos limitados en los Estados Unidos, en los tribunales estatales a menudo sostenemos que las restricciones al aborto constituyen una forma de discriminación sexual. El tiempo dirá si esta interpretación logrará imponerse de manera más generalizada e influirá en el alcance de las exenciones por motivos religiosos en el marco del establecimiento de un nuevo derecho al aborto.

En tercer lugar, educamos sobre el significado de la libertad de culto.

Señalamos que la libertad de culto no confiere el derecho de dañar a otros, incluso mediante la discriminación. En los Estados Unidos, tradicionalmente ha existido una visión casi romántica de las objeciones de conciencia vinculadas a la protesta religiosa, por ejemplo en torno a la guerra de Vietnam e incluso con políticas antiinmigración. El marco del daño ayuda a distinguir ese contexto. Así, por ejemplo, no hablamos de las objeciones de conciencia de las instituciones que niegan la atención, sino de la negativa de las instituciones a tratar a las personas que necesitan acceder a un aborto.

En los Estados Unidos, también existe una historia de instituciones que han invocado su fe para oponerse a la integración racial en escuelas y restaurantes, o la igualdad salarial del profesorado sin distinción de género³¹². Desde una perspectiva de defensa, estos ejemplos pueden servir para invitar a la reflexión sobre si deben aceptarse las actuales exenciones por motivos religiosos. Si no aceptarían una exención por motivos religiosos en estos contextos, ¿por qué habría de aceptarse que una empresa tenga el derecho, basado en motivos religiosos, de negarse a proporcionar cobertura de seguro para el aborto, o cobertura de seguro para el cónyuge de un empleado o empleada por tratarse de una pareja homosexual? ¿Cómo podrían justificarse estas diferencias a la luz del concepto de libertad de culto?

310 597 US párr. 236.

311 Véase Louise Melling, "Religious Refusals & Reproductive Rights: Claims of Conscience as Discrimination & Shaming", en *The Conscience Wars: Rethinking the Balance between Religion, Identity, & Equality* (Susanna Mancini & Michel Rosenfeld eds, 2018).

312 Véase, por ejemplo, *Bob Jones University v United States*, 461 U.S. 574 (1983); *Newman v Piggy Park Enterprises, Inc.*, 256 F. Supp. 941 (DSC 1966), confirmada en la parte pertinente y revocada por otros motivos, 377 F.2d 433 (4th Cir. 1967), confirmada y revocada por otros motivos, 390 US 400 (1968); *Dole v Shenandoah Baptist Church*, 899 F.2d 1389 (4th Cir. 1990); *EEOC v Fremont Christian School*, 781 F.2d 1362 (9th Cir. 1986).



Por último, incluso el juez Scalia, un ferviente conservador y antiguo juez de la Corte Suprema, advirtió contra una norma que permitiera exenciones por motivos religiosos a las leyes de aplicación general, por temor a que cada individuo se convirtiera, entonces, en una ley en sí mismo³¹³.

Conclusión

Al permitir que las instituciones y los individuos se nieguen a prestar atención para el aborto por motivos religiosos, el sistema legal estadounidense ha debilitado el acceso a este, ha dañado a las pacientes y ha proyectado vergüenza tanto sobre el aborto como sobre quienes lo practican o lo buscan. Su historia debería servir de advertencia a las y los activistas de otros países que luchan por el acceso al aborto como parte de la justicia reproductiva.



Anuncios de clínicas de aborto ilegal en East London, Sudáfrica. Foto bajo licencia Creative Commons CC BY-SA 2.0, de jauretsi (Estados Unidos).

Regular la conciencia, proteger los derechos: Acceso al aborto en Sudáfrica

Muyenga Mugerwa-Sekawabe, coordinador del área de Igualdad y Equidad de INCLO y abogado del Legal Resources Centre (LRC)

Introducción

Desde la promulgación de la Ley de Elección sobre la Interrupción del Embarazo³¹⁴ (CTOPA, por sus siglas en inglés) en Sudáfrica en 1996, el país cuenta con un marco jurídico que hace efectivos los derechos reproductivos protegidos por la Constitución³¹⁵. Aunque las barreras para acceder al aborto, como el estigma en los entornos formales y la falta de disponibilidad de servicios de aborto seguro,

³¹⁴ Ley 92 de 1996.

³¹⁵ Constitución de la República de Sudáfrica, artículo 12(2)(a).

³¹³ *Employment Division v Smith*, 494 US 872, 879 (1990).



pueden contribuir a la práctica de abortos inseguros en el país, existen pruebas que sugieren que la objeción de conciencia también influye en la restricción del acceso al aborto seguro y puede agravar los problemas de disponibilidad de estos servicios³¹⁶. La objeción de conciencia se refiere a la facultad de los profesionales de la salud de negarse a prestar servicios de aborto en función de sus creencias personales o religiosas. El debate sobre la objeción de conciencia y su impacto en los derechos reproductivos de las personas embarazadas se ha convertido en una de las tendencias más destacadas en las discusiones sobre el derecho al aborto. Este artículo pretende poner de relieve los debates actuales sobre la regulación de la objeción de conciencia y, centrándose en Sudáfrica, ofrecer nuevas perspectivas sobre como los derechos de las personas embarazadas y los profesionales de la salud se ven afectados por esta práctica en el contexto del acceso a los servicios de aborto.

Objeción de conciencia a nivel mundial y regional

La objeción de conciencia se ha convertido en un obstáculo central en la lucha por el reconocimiento de los derechos reproductivos, una lucha que ha logrado avances significativos en las últimas décadas. Cada vez con mayor frecuencia, los proveedores de servicios de salud se niegan a prestar servicios de aborto debido a sus creencias éticas, filosóficas, morales o religiosas. Como resultado, las personas embarazadas quedan en una situación de vulnerabilidad y riesgo.

El ejercicio de la objeción de conciencia ha superado su uso tradicional, limitado a la abstención de prestar servicio militar, y ahora incluye la solicitud de exenciones para negarse a prestar una amplia variedad de servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la anticoncepción, así como la negativa a expedir licencias de matrimonio a parejas del mismo sexo. Esta realidad ha provocado conflictos entre el derecho de las personas a un aborto seguro y legal y el derecho que alegan los proveedores de servicios de salud a negarse a prestarlo³¹⁷.

En los últimos años, se han producido avances significativos en África en lo que respecta a las leyes sobre el aborto, con una tendencia hacia legislaciones más progresistas que reconocen los derechos reproductivos de las personas. Sin embargo, muchas personas siguen encontrando numerosos obstáculos para acceder a servicios de aborto seguro, ya que la aplicación de estos marcos

316 Magwentshu M. et al., "Definitions, perspectives, and reasons for conscientious objection among healthcare workers, facility managers, and staff in South Africa: a qualitative study" (2023) 31 *Sexual and Reproductive Health Matters* 2184291, pág. 2.

317 J. Harries et al., "Health care providers' attitudes towards the termination of pregnancy: A qualitative study in South Africa" (2009), *BMC Public Health* 9(1).



Vista del distrito comercial central (CBD) de Bloemfontein al amanecer. Bloemfontein, Sudáfrica, 3 de marzo de 2020. Foto bajo licencia Creative Commons, de Litembampambani.

jurídicos no ha sido sencilla. Una barrera clave que ha surgido es el ejercicio de la objeción de conciencia, que no está suficientemente regulada en la mayoría de los países africanos³¹⁸.

El camino hacia la Ley de Elección sobre la Interrupción del Embarazo

El acceso al aborto bajo el apartheid en Sudáfrica era sumamente restrictivo y estaba estratificado por criterios raciales. La Ley de Aborto y Esterilización de 1975 permitía la interrupción del embarazo únicamente para preservar la vida o la salud de la persona embarazada, en casos de anomalías fetales o cuando el embarazo era consecuencia de violación o incesto, todo ello sujeto a extensos procedimientos burocráticos de autorización³¹⁹. En la práctica, las mujeres blancas gozaban de un acceso relativamente mayor incluso a estos servicios limitados, mientras que las mujeres negras, mestizas e indias enfrentaban barreras sistémicas significativas, entre ellas el aislamiento geográfico, las restricciones económicas y políticas de atención sanitaria abiertamente discriminatorias³²⁰.

318 O.R. Gustavo "Abortion and conscientious objection: Rethinking conflicting rights in the Mexican context" (2017) *Global Bioethics* 29(1).

319 Ley sobre el aborto y la esterilización de 1975 (Sudáfrica).

320 E. Robertson y N. Kriel, "Abortion under apartheid: inequalities in access" (2010) *South African Medical Journal*, 100(5), págs. 320–324.



Los abortos ilegales estaban tipificados como delito, lo que empujaba a las mujeres marginadas a recurrir a procedimientos inseguros, contribuyendo a una elevada morbilidad y mortalidad materna³²¹. El Estado del apartheid también instrumentalizó la regulación reproductiva como un mecanismo de control, promoviendo la fertilidad de la población blanca y reprimiendo la reproducción de la población negra³²². Estas restricciones consolidaron las desigualdades estructurales y perpetuaron las disparidades en materia de salud entre los distintos grupos raciales. El legado de estas políticas continúa influyendo en los debates contemporáneos sobre el acceso al aborto y refuerza la urgencia de garantizar una prestación equitativa de los servicios de salud en Sudáfrica³²³.

Los movimientos por los derechos de las mujeres desempeñaron un papel fundamental en la aprobación de la CTOPA en 1996, que liberalizó el acceso al aborto tras el *apartheid*. Las organizaciones feministas, entre ellas la Women's National Coalition y Black Sash, defendieron activamente los derechos reproductivos y presionaron al Parlamento para que abordara los riesgos para la salud derivados de los abortos ilegales y las desigualdades inherentes a la legislación de la época del *apartheid*³²⁴. Estos grupos recopilaban pruebas y elaboraron informes que documentaban la mortalidad y la morbilidad maternas causadas por procedimientos inseguros, y utilizaron estos datos para apoyar campañas de sensibilización pública e incidencia que enmarcaban el aborto como un derecho humano y esencial para la autonomía y la igualdad de las mujeres³²⁵.

Las activistas contribuyeron a la redacción de la legislación, asegurándose de que la CTOPA incorporara disposiciones sobre el acceso seguro, la confidencialidad, el asesoramiento y los mecanismos para regular la objeción de conciencia, al tiempo que exigía la derivación a otros profesionales³²⁶. Al forjar alianzas estratégicas con políticos progresistas y actores de la sociedad civil, los movimientos de mujeres contribuyeron a garantizar la inclusión de los derechos reproductivos en la agenda

321 R. Jewkes y H. Rees "Dangers of unsafe abortion in South Africa" (2005) 13 *Reproductive Health Matters*, pág. 25.

322 G. Reid, "Women and reproductive control under apartheid" (2007) 21 *Agenda*, pág. 72.

323 S. Fonn y N. Xaba, "Continuing inequalities in reproductive healthcare" (2012) 5 *South African Journal of Bioethics and Law*, pág. 12.

324 S. Hassim, *Women's Movements and the Transition to Democracy in South Africa* (2006) University of Cape Town Press, págs. 78–82.

325 Jewkes R. & Rees H. 'The dangers of unsafe abortion in South Africa' (1997) 87 *South African Medical Journal* 36, págs. 36–44.

326 E. Robertson & N. Kriel, "Abortion reform and feminist advocacy in South Africa" (2010) *South African Medical Journal* 100, pág. 326.



Activistas marchan por el acceso a tratamientos durante la Conferencia Internacional sobre el Sida en Durban, 2000. Foto de Gideon Mendel, cortesía de Treatment Action Campaign.

de derechos posterior al *apartheid*, lo que convirtió a la CTOPA en un hito en la promoción de la igualdad de género³²⁷.

El marco jurídico de Sudáfrica

La CTOPA³²⁸ y su enmienda se consideran una de las leyes más liberales y progresistas sobre el aborto a nivel mundial. Esta fue una respuesta a la elevada tasa de mortalidad entre las mujeres sudafricanas como resultado de abortos clandestinos practicados en condiciones de riesgo³²⁹. Asimismo, es el resultado de la acción política feminista, que durante décadas ha abogado por el acceso de las mujeres a servicios de aborto seguro y legal³³⁰. La ley permite el aborto a solicitud hasta la decimosegunda semana de embarazo y hasta la vigesimosegunda semana en casos en que la salud mental o física de la persona embarazada esté en peligro.

327 G. Reid, "Women and reproductive rights in post-apartheid South Africa" (2007) 21 *Agenda* 72, págs. 44–52.

328 Ley 92 de 1996.

329 R. E. Mhlanga, "Abortion: Developments and impact in South Africa" (2003) *British Medical Bulletin* 67, pag. 115; y R. Hodes "The culture of illegal abortion in South Africa" (2016) *Journal of Southern African Studies* 42, pág. 79.

330 M. Mbali & S. Mthembu, "The politics of women's health in South Africa" (2012) *Agenda: Empowering Women for Gender Equity* 26, pág. 9.



o por razones socioeconómicas³³¹. Además, la constitución de Sudáfrica protege explícitamente los derechos reproductivos. Sin embargo, a pesar de la existencia de estas disposiciones legales y de las protecciones constitucionales, persiste una diferencia considerable entre la ley y su aplicación en la práctica.

La CTOPA no se ocupa explícitamente de la objeción de conciencia, y esta omisión tiene graves repercusiones en la aplicación del marco jurídico sudafricano en materia de servicios de aborto. Se trata de una dinámica común en los países africanos y en otras regiones, donde la objeción de conciencia sigue estando prácticamente desregulada³³². Existen algunas excepciones en Kenia, Zambia y Zimbabwe. En este último, el artículo 10 de la Ley de Interrupción del Embarazo³³³ establece expresamente que ningún trabajador de la salud, incluida cualquier persona empleada en cualquier capacidad en una institución designada, estará obligado a participar o ayudar en la interrupción de un embarazo, independientemente de cualquier ley o acuerdo que establezca lo contrario³³⁴.

Nabaneh sugiere que las personas encargadas de redactar la CTOPA en Sudáfrica consideraban, en gran medida, que no era necesaria una cláusula explícita sobre la objeción de conciencia, ya que esta estaba implícita en la Constitución³³⁵. Sin embargo, ante la ausencia de directrices legislativas claras, los profesionales de la salud pueden actuar de acuerdo con su propia interpretación de la ley, lo que da lugar a prácticas inconsistentes. En la práctica, a menudo estos profesionales, especialmente los profesionales de enfermería, utilizan la objeción de conciencia para negarse a proporcionar atención para el aborto.

Los profesionales de la salud sudafricanos suelen recurrir al derecho constitucional a la libertad de pensamiento, creencia y opinión para ejercer la objeción de conciencia frente a la prestación de servicios de aborto. De este modo, la falta de disposiciones específicas sobre la objeción de conciencia ha permitido que las creencias religiosas y morales de los profesionales obstaculicen el acceso de las personas embarazadas al procedimiento. No obstante, estos profesionales están obligados a informar a las personas que desean abortar de que tienen derecho a acceder a estos servicios y a derivarlas a otro centro o proveedor que los ofrezca³³⁶. Es importante destacar que el artículo 27(2) de la

331 Artículo 2(b).

332 O.R. Gustavo, "Abortion and conscientious objection: Rethinking conflicting rights in the Mexican context" (2017) *Global Bioethics* 29, pág. 5.

333 Ley 29 de 1977.

334 Nabaneh S., *Choice and conscience: Lessons from South Africa for a global debate* (Pretoria University Law Press, 2023), pág. 34.

335 *Ibid.*, pág. 37.

336 Ley de Elección sobre la Interrupción del Embarazo, artículo 3(4).



Constitución prohíbe a los proveedores de servicios de salud negarse a prestar servicios de aborto en situaciones de emergencia médica. Por consiguiente, los proveedores de atención médica están obligados a proporcionar dichos servicios en estos casos.

No existe ninguna base de datos pública que recopile información sobre el alcance del ejercicio de la objeción de conciencia en el contexto del aborto en Sudáfrica. Sin embargo, en 2013 se estimó que menos de la mitad de los aproximadamente 260 centros designados del país prestaban servicios de aborto³³⁷; en 2018, la cifra ascendía al 52%³³⁸. Como consecuencia de esta escasez de profesionales de la salud que prestan servicios de aborto, muchas mujeres sudafricanas se han visto obligadas a recurrir a abortos informales o inseguros. En 2018, se estimó que entre el 52 y el 58% de los aproximadamente 260 000 abortos que se practican cada año en Sudáfrica se realizan fuera de los centros de salud designados³³⁹. Las encuestas realizadas a grupos focales de mujeres sudafricanas que han abortado indican que la preocupación por el maltrato, el estigma y la negativa de los proveedores del sector formal a practicar abortos son factores clave que llevan a las personas a recurrir al sector informal³⁴⁰. El hecho de que el gobierno no regule adecuadamente el ejercicio de la objeción de conciencia y no garantice un acceso adecuado a los servicios de aborto afecta de manera desproporcionada a las mujeres en función de su clase social, raza, edad y ubicación geográfica³⁴¹.

Los tribunales sudafricanos no han aclarado la cuestión de la objeción de conciencia en el contexto del aborto. En 2007, Doctors for Life, una organización antiabortista, solicitó una aclaración jurídica sobre este asunto. El caso se refería a una enfermera que demandó al ministro de salud por discriminación injusta por motivos de conciencia y religión, tras haber sido reasignada —y posteriormente haber renunciado— debido a su negativa a preparar a las pacientes para el tratamiento de seguimiento posterior a un aborto, basada en sus creencias religiosas³⁴². Sin embargo, el Tribunal de Apelación Laboral remitió este caso a

337 "Provincial Data: Tri-provincial workshops 2010 data National Department of Health South Africa", citado en K. A. Trueman y M. Magwentshu "Abortion in a progressive legal environment: the need for vigilance in protecting and promoting access to safe abortion services in South Africa" (2013), *American Journal of Public Health* 103, pág. 397.

338 *Ibid.*

339 Gobierno de Sudáfrica, "SA's illegal abortion rate alarmingly high" Disponible en: <https://www.sanews.gov.za/south-africa/sas-illegal-abortion-rate-alarmingly-high>, consultado el 8 de octubre de 2024.

340 C. Gerdt, S. Raifman, K. Daskilewicz et al., "Women's experiences seeking informal sector abortion services in Cape Town, South Africa: a descriptive study". *BMC Women's Health* (2017), 17, pág. 95.

341 Nabaneh, nota 436 más arriba, pág. 151.

342 *Charles v Gauteng Department of Health* (Kopanong Hospital) (2007) 18 ZALAC JA67/06.



la Comisión de Conciliación, Mediación y Arbitraje (CCMA)³⁴³. No hay registros públicos de la decisión posterior de la CCMA. En otro arbitraje laboral de 2010, se determinó que un médico había sido despedido injustamente de su puesto por protestar contra la interrupción del embarazo; posteriormente, fue reincorporado a su puesto³⁴⁴.

Estos dos casos indican que, a través de litigios, los grupos activistas antiaborto de Sudáfrica han planteado la cuestión como una vulneración de los derechos laborales a la no discriminación y del derecho a ejercer las libertades constitucionales de conciencia, religión, pensamiento, creencia y opinión. Si los tribunales aceptan este planteamiento, existe el riesgo de que se creen precedentes jurídicos que socaven las progresistas leyes sobre el aborto del país³⁴⁵.

Con el fin de mitigar la barrera que supone la objeción de conciencia para el acceso al aborto en Sudáfrica, las y los activistas por el derecho al aborto podrían acudir a los tribunales para obtener interpretaciones de la Constitución y de la CTOPA que defiendan el derecho constitucional a la salud reproductiva, incluido el acceso a servicios de aborto seguros y legales. De hecho, en Sudáfrica existen precedentes de tribunales que han ejercido su poder para establecer normas importantes. La decisión de la Corte Constitucional en el caso Minister of Health v Treatment Action Campaign es un claro ejemplo de cómo el poder judicial, cuando lo considera oportuno, utiliza sus amplios poderes constitucionales para dictar órdenes que inciden tanto en las políticas públicas como en la legislación³⁴⁶. En particular, la decisión de la Corte Constitucional que ordena al gobierno proporcionar medicamentos antirretrovirales a las mujeres embarazadas para prevenir la transmisión materno infantil del VIH demuestra el importante papel que pueden desempeñar los tribunales en la promoción de los derechos de los grupos vulnerables y marginados³⁴⁷.

El uso de litigios para obtener directrices sobre el ejercicio de la objeción de conciencia en Sudáfrica es un asunto complejo, ya que depende en gran medida de diversos factores contextuales, como la disponibilidad de recursos y la

343 La CCMA es un organismo gubernamental cuasi judicial que ayuda a resolver disputas entre empleadores y empleados, particularmente en temas como despidos injustos, discriminación laboral y disputas salariales.

344 “Anti-abortion doc reinstated” News24, 8 de marzo de 2010, <https://www.news24.com/southafrica/news/anti-abortion-doc-reinstated-20100308>, consultado el 16 de septiembre de 2024.

345 Nabaneh, nota 436 más arriba, pág. 144.

346 *Ibid.*, pág. 143.

347 *Ibid.*



existencia de barreras legales, políticas, sociales y económicas³⁴⁸. Los grupos activistas proaborto de otros países han evaluado la viabilidad de dichos litigios mediante investigaciones sobre las estructuras de oportunidad. Esta es una actividad que los movimientos proaborto de Sudáfrica debería considerar seriamente³⁴⁹.

Una posible barrera para una impugnación judicial de esta naturaleza es la falta de investigaciones que demuestren el carácter sistémico de la práctica de la objeción de conciencia. No obstante, a pesar de este desafío, los grupos activistas proaborto de Sudáfrica continúan abogando por el uso de litigios para exigir responsabilidades al gobierno “debido a la falta de voluntad por parte del Estado para garantizar que el aborto se practique sin miedo, estigma ni vergüenza en [el] país”³⁵⁰.

En este sentido, los grupos activistas sudafricanos a favor del derecho al aborto pueden utilizar el litigio como una herramienta para promover un marco jurídico que permita a las personas embarazadas acceder a los servicios de aborto en los casos en que los proveedores de servicios de salud se nieguen a prestarlos. Una opción posible es presentar un recurso judicial para declarar que el ejercicio de la objeción de conciencia por parte de los proveedores de servicios de salud viola el artículo 27 de la Constitución, que establece el derecho a recibir atención médica. El tribunal estaría entonces obligado a evaluar el alcance constitucional de la libertad de pensamiento, conciencia y religión de los profesionales de la salud en este contexto.

Una sentencia en este sentido aportaría claridad en Sudáfrica con respecto a varias cuestiones pendientes relacionadas con el derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y religión. Estas incluyen quiénes tienen derecho a objetar, en relación con qué actividades se permiten las denegaciones y en qué condiciones se puede ejercer legalmente la objeción. Dado que los tribunales sudafricanos aún no han abordado estas cuestiones en el contexto del aborto, los grupos activistas a favor del aborto pueden recurrir a decisiones de otros países, que los tribunales sudafricanos están constitucionalmente obligados a “considerar”³⁵¹, para orientar al tribunal en la toma de su decisión. En este sentido, la Corte Constitucional de Colombia ha tomado varias decisiones valiosas que

348 *Ibid.*, pág. 147.

349 *Ibid.*

350 *Ibid.*

351 Artículo 39(1)(c) de la Constitución de la República de Sudáfrica.



abordan muchos de los temas clave que siguen sin abordarse en Sudáfrica³⁵². Estas cuestiones incluyen establecer que son las personas, y no las instituciones, las que ejercen la objeción de conciencia; determinar quiénes pueden ejercer ese derecho; exigir que las personas que ejercen la objeción proporcionen información imparcial y deriven a las pacientes a otros proveedores; y garantizar que la objeción de conciencia no se ejerza de manera que obstaculice el acceso a los servicios de aborto legales o socave los derechos constitucionales de las pacientes.

Estos casos de Colombia pueden servir de guía a los grupos activistas sudafricanos para defender, tanto dentro como fuera de los tribunales, un marco jurídico que proteja los derechos de las personas embarazadas a acceder al aborto en el contexto de la objeción de conciencia. De hecho, estas decisiones han sido descritas como “de considerable importancia y relevancia a nivel nacional, regional e internacional”³⁵³. Contar con estos recursos judiciales colombianos es esencial para determinar quién puede oponerse legalmente al aborto, ya que, a nivel mundial, debido a los diferentes valores asignados a los derechos contrapuestos de las personas embarazadas y los trabajadores de la salud, existe una inconsistencia a la hora de determinar quién puede negarse legalmente a practicar abortos³⁵⁴.

Desde la academia se ha argumentado que el derecho a la objeción de conciencia solo se aplica a los trabajadores de la salud que participan directamente en la realización del procedimiento, excluyendo a las personas que lo facilitan o ayudan en él³⁵⁵. Esta postura se alinea con el marco jurídico de Zambia, en el que únicamente el “proveedor de servicios de aborto” y no el “personal de apoyo” puede objetar³⁵⁶, así como con la decisión de la Corte Suprema del Reino Unido en el caso *Greater Glasgow Health Board v Doogan*³⁵⁷, que determinó que solo las personas que participan directamente en el procedimiento (como personal

352 Sentencia T-209/08 (2008) de la Corte Constitucional de Colombia y Sentencia C-355/06 (2006) de la Corte Constitucional de Colombia.

353 R. Cook et al., “Healthcare responsibilities and conscientious objection” (2009) *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 104. pág. 249; O'Neill Institute for National and Global Health Law & Women's Link Worldwide “T-388/2009- Conscientious objection: A global perspective on the Colombian experience” (2014).

354 Nabaneh, nota 436 más arriba, pág. 149.

355 B. Dickens y R. J. Cook, “The scope and limits of conscientious objection” (2000) *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 71, págs. 74–76.

356 Para un análisis del marco regulatorio en Zambia, véase E. Freeman y E. Coast “Conscientious objection to abortion: Zambian healthcare practitioners' beliefs and practices” (2019) *Journal of Social Science and Medicine* 221, pág. 106.

357 *Greater Glasgow Health Board v Doogan* [2014] UKSC 68, confirmando un caso anterior de Gran Bretaña, *Janaway v Salford Health Authority* [1988] 3 All ER 1079, párra. 1082.



médico y de enfermería) tienen derecho a la objeción de conciencia³⁵⁸. Las normas mencionadas sirven de guía a los tribunales sudafricanos para determinar el alcance de la objeción de conciencia en el contexto del aborto. La decisión del caso *Doogan*, en particular, contribuye al objetivo de permitir un acceso efectivo a los servicios de aborto, ya que garantiza que las mujeres puedan acceder a los servicios necesarios sin barreras adicionales debido a las convicciones personales de personas que participan solo de manera indirecta en el procedimiento.

Conclusión

En toda África, las discrepancias existentes en cuanto al alcance de la objeción de conciencia en el contexto del aborto indican la necesidad de un marco jurídico claro que regule este derecho. Mientras que algunos países, como Zimbabue, extienden la objeción de conciencia a cualquier persona empleada en un centro de salud, otros países, como Zambia, solo lo conceden a los proveedores de servicios de salud. En el contexto sudafricano, la cuestión de la objeción de conciencia respecto al acceso al aborto requiere equilibrar dos derechos constitucionales: el derecho a la libertad de conciencia y el derecho a la salud reproductiva. La ausencia de un marco normativo que detalle cómo se aplican estos derechos en el contexto del aborto tiene graves efectos negativos en la capacidad de las personas embarazadas para acceder a servicios de aborto. Se ha argumentado que el derecho a la libertad de conciencia no debe utilizarse para negarse a prestar un servicio de salud esencial como el aborto. Por ello, es fundamental que los grupos activistas sudafricanos por el derecho al aborto aboguen por un marco jurídico integral que garantice el acceso a abortos seguros y legales, y que responsabilice a los profesionales de la salud por frustrar el ejercicio de los derechos reproductivos constitucionales de otras personas. Los litigios desempeñarán un papel clave en la consecución de este marco jurídico, gracias a la tendencia progresista del Poder Judicial sudafricano³⁵⁹, a las disposiciones constitucionales y legislativas vigentes, y a los precedentes favorables de jurisdicciones extranjeras.

358 *Ibid.*, párra. 38.

359 Jorge Fernos, “South Africa's Forward-Looking Constitutional Revolution and the Role of Courts in Achieving Substantive Constitutional Goals” (2019) *Revista Jurídica de la Universidad Interamericana de Puerto Rico*, pág. 540.



Capítulo 4 Excluidas por diseño: Barreras, geografía y desigualdad en el acceso al aborto

Introducción

Muyenga Mugerwa-Sekawabe, coordinador del área de Igualdad y Equidad de INCLO y abogado del Legal Resources Centre (LRC)

Aunque el aborto está legalmente permitido en muchas jurisdicciones, sigue siendo inaccesible para grandes segmentos de la población debido a factores sociales y económicos. A través de estudios de casos en Estados Unidos, Hungría, India y Colombia, los autores de este capítulo demuestran que la legalidad no garantiza el acceso. En todos estos contextos, el aborto se perfila como un derecho condicional mediado por la raza, la clase social, la identidad de género, la ubicación geográfica y el poder institucional, lo que evidencia que el reconocimiento formal, sin una transformación estructural, perpetúa la injusticia reproductiva.

En Estados Unidos, la exclusión del aborto de la cobertura federal de Medicaid ha consolidado un sistema dual: quienes cuentan con recursos pueden ejercer su autonomía, mientras que las personas pobres, rurales y, de manera desproporcionada, negras y mestizas, enfrentan la negación sistémica del acceso. Así, la desigualdad económica se convierte en un instrumento de gobernanza moral, transformando la pobreza misma en un mecanismo de control reproductivo. No obstante, como demuestra Melling, las estrategias constitucionales desarrolladas a nivel estatal que replantean el aborto en términos de dignidad, intimidad y antilibordinación apuntan a nuevas posibilidades para recuperar la justicia reproductiva dentro de un panorama federal fragmentado.

Por el contrario, el caso de Hungría muestra cómo la gobernanza basada en la fe remodela el acceso bajo un marco jurídico aparentemente laico. Los hospitales administrados por la Iglesia, que desempeñan funciones públicas pero están exentos de ofrecer servicios de aborto, han generado verdaderas zonas de exclusión territorial. Para las mujeres romaníes que viven en regiones económicamente marginadas, la exigencia de recorrer largas distancias para obtener atención médica hace que este derecho sea cada vez más inaccesible. El caso de Hungría evidencia cómo la privatización y la influencia religiosa se entrecruzan con la pobreza racializada para reproducir la desigualdad bajo un manto de legalidad.

En India, Snigdha Tiwari destaca una forma diferente de restricción: la supervisión burocrática y moral que somete las decisiones de las mujeres a la validación institucional. A pesar de cinco décadas de legalidad gracias a la Ley



Humo verde durante una manifestación a favor del derecho al aborto en Bogotá, Colombia. Foto de Paula Thomas, vía Dejusticia.

de Interrupción Médica del Embarazo, el acceso al aborto sigue mediado por personal médico, jueces y normas sociales que priorizan la protección del feto sobre la autonomía de las mujeres, dejando a las mujeres rurales y solteras en una situación de especial vulnerabilidad.

Finalmente, la Alianza Trans Abortera de Colombia replantea el aborto más allá de los supuestos cisnormativos. Su relato sitúa el aborto como una forma de cuidado colectivo y de reconocimiento político, afirmando la agencia reproductiva de las personas trans y no binarias, quienes suelen estar excluidas de los sistemas formales de atención.

En conjunto, estos artículos muestran que la libertad reproductiva no puede garantizarse únicamente mediante protecciones legales del aborto. El acceso efectivo requiere confrontar las desigualdades estructurales —económicas, institucionales y culturales— que siguen determinando quién puede decidir y quién debe soportar las consecuencias.



Hospital gubernamental de Nainital, Uttarakhand, India. Foto de la autora.

La autonomía a juicio: Gobernanza restrictiva del aborto en India

Snigdha Tiwari, abogada india de derechos humanos especializada en derechos de las mujeres, derechos ambientales y derecho a la igualdad.

Introducción

El debate sobre el aborto ha sido durante mucho tiempo un tema polémico y polarizador en todo el mundo, y la India no es una excepción. Los derechos reproductivos están moldeados por presiones sociales, marcos normativos y prácticas médicas que a menudo dificultan el acceso efectivo al aborto. Aunque la India ha avanzado en la legalización del aborto gracias a la Ley de Interrupción Médica del Embarazo (IME)³⁶⁰, el acceso de las mujeres a servicios de aborto

³⁶⁰ Ley 34 de 1971.



seguro sigue estando restringido por numerosas normas legales y barreras estructurales. Una de las problemáticas menos visibles en el contexto indio es la regulación excesiva de los derechos al aborto, donde el marco jurídico que lo rodea se caracteriza por restricciones, juicios morales y enfoques centrados en los proveedores, lo que reduce significativamente la autonomía de las mujeres. Esta regulación excesiva actúa como una forma de control sistémico, al subordinar las decisiones individuales de las mujeres a consideraciones externas, incluidas las normas sociales dominantes, las evaluaciones médicas y el escrutinio judicial.

En primer lugar, este artículo examina el contexto histórico en el que se promulgó la Ley IME en la India, para luego analizar en detalle sus disposiciones, evaluándolas a la luz de los derechos que garantiza a las mujeres y de si la ley reconoce un derecho al aborto que sea efectivo y no condicionado. A continuación, se analizan las limitaciones de la Ley IME en diversos ámbitos de la sociedad, que incluyen desde las experiencias de las mujeres en zonas rurales hasta las de las mujeres solteras, basándose en la jurisprudencia de la Honorable Corte Suprema y de otros tribunales de la India. Este artículo sostiene que el empoderamiento de las mujeres indias es indispensable para garantizar que puedan tomar decisiones autónomas sobre el embarazo sin interferencias.

Contexto histórico: Legalización del aborto y sus limitaciones

Durante el dominio colonial en la India, el aborto fue tipificado como delito en el Código Penal de 1860³⁶¹. Las leyes sobre el aborto en el país comenzaron a transformarse en la década de 1960 debido a la creciente preocupación por la mortalidad materna derivada de los abortos inseguros. Se observó que el personal médico atendía con frecuencia a mujeres que se encontraban en estado grave tras haberse sometido a abortos inseguros³⁶². En consecuencia, se producía una pérdida evitable de la salud, la fuerza y, en ocasiones, la vida de las madres³⁶³.

En consecuencia, la liberalización de las leyes sobre el aborto en la India comenzó con el informe de 1966 del Comité Shah (el Comité), que destacó los peligros

361 Código Penal de la India, 1860 (Ley 45 de 1860), artículo 315: Acto realizado con la intención de impedir que el niño nazca vivo o causarle la muerte después del nacimiento. “Quien, antes del nacimiento de un niño, realice cualquier acto con la intención de impedir que ese niño nazca con vida o de causarle la muerte después de su nacimiento, y con dicho acto impide que el niño nazca con vida o provoca su muerte después del nacimiento, será castigado, si dicho acto no se ha realizado de buena fe con el fin de salvar la vida de la madre, con una pena de prisión de hasta diez años, con una multa o con ambas”.

362 Declaración de objetivos y motivos, Ley de Interrupción Médica del Embarazo, 1971.

363 *Ibid.*



que los abortos inseguros representaban para la salud de las mujeres. El Comité recomendó legalizar el aborto para mitigar estos riesgos, teniendo en cuenta tanto motivos médicos como de compasión que justificaban dicha medida.³⁶⁴ A raíz de las recomendaciones, se promulgó la Ley IME, que permite el aborto en determinadas circunstancias, como el fallo de los métodos anticonceptivos, el riesgo para la salud física o mental de la mujer, las anomalías fetales y los casos de violación o incesto.

Aunque la India celebró esta reforma legal como un avance hacia la legalización del derecho al aborto —aunque con ciertas restricciones—, en la práctica el acceso seguía siendo difícil debido al estigma social, las restricciones médicas y a los obstáculos legales.

La regulación excesiva de los derechos al aborto

El principal desafío para el derecho de las mujeres a la autonomía corporal respecto al derecho al aborto surge de la Ley IME y su posterior enmienda de 2021, las cuales no reconocen un derecho incondicional al aborto durante las primeras 20 semanas de gestación. La regulación excesiva de los derechos al aborto incorporada en la Ley otorga un control desmedido sobre la decisión de la mujer y, en consecuencia, crea un entorno restrictivo para el ejercicio de sus derechos. En 2021 se enmendó el artículo 3(2) de la Ley IME para ampliar el límite gestacional del aborto de 20 a 24 semanas; sin embargo, incluso tras esta reforma, el aborto no se reconoce como un derecho inherente de las mujeres embarazadas. Por el contrario, la ley sigue exigiendo que las mujeres justifiquen la interrupción del embarazo, incluso cuando este no supera las 20 semanas de gestación, tal como se establece en la explicación II del artículo 3.

La explicación II establece que, cuando el embarazo ocurre como resultado del fallo de cualquier dispositivo o método utilizado por una mujer o su pareja para limitar el número de hijos o prevenir el embarazo, se puede presumir que la angustia derivada de dicho embarazo constituye un daño grave a la salud mental de la mujer embarazada³⁶⁵. Este es un ejemplo claro de la regulación excesiva reflejada en el requisito legal de que las mujeres que desean abortar deben explicar y justificar sus razones personales para querer hacerlo o, en ciertos

364 Shri Shantilal H Shah (Presidente) y otros, *Report of the Committee to Study the Question of Legalisation of Abortion* presentado el 31 de diciembre de 1966 al Ministerio de Salud y Planificación Familiar (Departamento de Planificación Familiar), Gobierno de la India, publicado en 1967, publicado por el Ministerio de Salud y Planificación Familiar, Nueva Delhi; <https://archive.org/details/dli.ministry.20283>.

365 Modificado por la Ley 8 de 2021, artículo 3, para la subsección (2), con efectos a partir del 24 de septiembre de 2021.



casos, incluso solicitar el consentimiento de su cónyuge³⁶⁶. Este enfoque no solo obliga a las mujeres a fundamentar innecesariamente su solicitud de aborto sobre una premisa falsa para cumplir con la ley, sino que también las fuerza a revelar motivos de índole profundamente personal, vulnerando su derecho fundamental a la intimidad consagrado en el artículo 21 de la Constitución de la India³⁶⁷.

Intervención judicial y derecho de las mujeres a la autonomía

Aunque el poder judicial indio ha adoptado históricamente algunas decisiones progresistas en materia de aborto, los tribunales no siempre protegen la libertad de las mujeres para tomar sus propias decisiones. En 2022, la Corte Suprema de la India falló en el caso *X v The Principal Secretary, Health and Family Welfare Department, Government of NCT of Delhi & Anr.*³⁶⁸, reconociendo que el derecho al aborto está firmemente arraigado en la autonomía corporal de la mujer y en su facultad de decidir sobre su vida. Esta sentencia fue celebrada como una victoria para los derechos reproductivos, al reconocer que los embarazos no deseados podían tener consecuencias graves para la salud mental, la educación, el trabajo y la vida cotidiana de la mujer. No obstante, esta postura progresista no se ha mantenido de manera sistemática en sentencias posteriores.

En 2023 se produjo un importante revés que evidenció los límites de la Ley IME en el caso *X v Union of India*³⁶⁹, en el que la Corte Suprema denegó la interrupción del embarazo a las 24 semanas de gestación a pesar de la existencia de pruebas de graves trastornos mentales, dando prioridad a la viabilidad del feto sobre la autonomía de decisión de la mujer. La Corte observó que la demandante no

366 El consentimiento del cónyuge, aunque no es un requisito legal en virtud de la Ley IME, a menudo adquiere una importancia indebida en una sociedad de naturaleza patriarcal. Esta expectativa social no solo socava la autonomía garantizada por la ley, sino que también refuerza la idea de que las opciones reproductivas son un dominio compartido o dominado por los hombres, más que un derecho individual. La insistencia en que se obtenga el consentimiento del cónyuge, ya sea por parte de las familias, los proveedores de servicios de salud o las comunidades locales, se convierte en una herramienta coercitiva que, en la práctica, niega a las mujeres sus derechos legales y su autonomía corporal. En algunos casos, el mismo personal médico puede dudar de practicar abortos sin el consentimiento del esposo, por temor a la reacción social o a que se malinterpreten sus acciones, a pesar de las claras disposiciones de la ley. Esto pone de relieve la brecha entre las garantías legales y la realidad práctica, donde las estructuras patriarcales siguen dictando el acceso a la atención médica reproductiva.

367 Constitución de la India, 1950.

368 (2022) 7 S. C. R. 686.

369 Petición judicial (Civil) N.º 1137 de 2023. La peticionaria, una joven de 27 años casada y madre de dos hijos, solicitó el aborto a las 24 semanas después de descubrir su embarazo debido a amenorrea de la lactancia. La Corte Suprema rechazó su petición, centrándose en la viabilidad del feto y en sus derechos sobre la autonomía reproductiva de la mujer.



cumplía con los requisitos específicos para la interrupción del embarazo después de la vigesimocuarta semana, conforme a la estrecha lista de condiciones establecida por la Ley IME. A pesar de que la peticionaria presentó evidencia de problemas de salud mental —entre ellos depresión posparto, tendencias suicidas y riesgo de daño para sí misma y para sus hijos—, en cumplimiento de uno de los criterios consagrados en la explicación II del artículo 3(2), la Corte Suprema denegó la interrupción del embarazo, planteando así la pregunta: ¿qué constituye una amenaza para la vida de una mujer en estos casos?

En este caso de octubre de 2023, una junta médica del *All India Institute of Medical Sciences* autorizó inicialmente un aborto, reconociendo los posibles efectos perjudiciales de otro embarazo en la ya precaria salud mental de la peticionaria. El caso fue presidido por el entonces presidente de la Corte Suprema de la India, D. Y. Chandrachud. Finalmente, la Corte denegó el aborto, basándose en un informe médico que confirmaba que el feto no presentaba anomalías³⁷⁰.

Este desplazamiento procedimental entre opiniones médicas, perspectivas judiciales e interpretaciones legales pone de manifiesto cómo el sistema relega de manera reiterada la capacidad de elección de las mujeres. El caso se convirtió en un ejemplo evidente de la regulación excesiva de los derechos reproductivos, en la medida en que la autonomía sobre el propio cuerpo queda mediada por múltiples capas de aprobación de profesionales de la salud, burócratas y jueces. En lugar de poder ejercer libremente su autonomía corporal, la peticionaria fue sometida a un escrutinio constante de sus motivos y de su legitimidad para decidir sobre su propio cuerpo.

Demoras intencionales: Una carga institucional para los derechos al aborto

La realidad en la India es que las mujeres pierden tiempo valioso esperando que las cortes y juntas médicas se pronuncien en favor del aborto. El problema se agrava por la burocracia y los retrasos en la conformación y convocatoria de las juntas médicas previstas en la Ley IME. Esto se debe a que los profesionales de la salud que integran estas juntas están sobrecargados de trabajo y a menudo no pueden reunirse con la rapidez necesaria.

370 Ridhi, “Family planning: Know why the Supreme Court allowed termination of unplanned pregnancy at 26 weeks”. *SCC Online*, 23 de octubre de 2023, <https://www.scconline.com/blog/post/2023/10/13/family-planning-supreme-court-allowed-termination-of-unplanned-pregnancy-26-weeks/>.



Hospital gubernamental de Nainital, Uttarakhand, India. Foto de la autora.

Además, la lentitud de los procedimientos y la falta de urgencia en el sistema suelen generar retrasos en las reuniones y deliberaciones de las juntas médicas, lo que implica una pérdida de tiempo crucial. Por ejemplo, en un caso ocurrido en el estado de Uttarakhand en 2022³⁷¹, los retrasos burocráticos provocaron la continuación forzosa del embarazo en el corto plazo, a pesar de que se había obtenido autorización judicial para el aborto, lo que evidencia el alto costo sistémico de dichas demoras.

Esto significa que cada día de retraso dificulta aún más que las mujeres puedan acceder al aborto a medida que avanza el embarazo. Además, el impacto de tales embarazos no deseados sobre la salud mental y emocional de las mujeres puede ser devastador, provocando depresión, estrés, ansiedad, angustia emocional y

³⁷¹ En el caso de *X represented by her father and natural guardian v State of Uttarakhand & Others*, una sobreviviente de agresión sexual de 13 años de edad acudió al Hospital Médico Doon con una solicitud para interrumpir su embarazo en los primeros días de la vigesimocuarta semana de gestación. El hospital no logró formar una junta médica a tiempo, lo que provocó una pérdida de tiempo crucial que la llevó a presentar una petición ante el Tribunal Supremo de Uttarakhand. El tribunal ordenó la constitución de un panel de expertos el 5 de diciembre de 2022 y la presentación de su informe al día siguiente. Cuando la peticionaria X llegó al Tribunal Supremo y se presentó el informe de los expertos, la demandante tenía 25 semanas y 4 días de embarazo. El Tribunal Supremo, basándose en la jurisprudencia de la Corte Suprema de la India, falló a favor de la interrupción del embarazo. Sin embargo, debido a las demoras y las ineficiencias burocráticas, la joven peticionaria acabó dando a luz a un bebé varón vivo, lo que supuso un grave impacto para su salud emocional y mental.



cambios en el comportamiento. Este proceso afecta negativamente a las mujeres en lo físico, mental y emocional. En consecuencia, ya sea por la indiferencia administrativa, la sobrecarga de las instituciones públicas o el costo inaccesible de la atención médica privada, el derecho legal al aborto con frecuencia se vuelve prácticamente insignificante en la realidad.

Barreras al margen de la ley: El aborto en zonas rurales

En lo que respecta al acceso a los servicios de aborto, la situación de las mujeres rurales en la India es extremadamente difícil. En la mayoría de los entornos rurales, el primer punto de contacto para la atención médica es el centro de salud primaria (PHC, por sus siglas en inglés) más cercano, seguido del centro de salud comunitario (CHC, por sus siglas en inglés). Sin embargo, los PHC y CHC suelen funcionar simplemente como puntos de derivación a centros de nivel superior, como hospitales de distrito, hospitales estatales, facultades de medicina u hospitales autónomos de alcance nacional, como el *All India Institute of Medical Sciences*³⁷². También existen instituciones privadas, pero el acceso a muchos de estos centros avanzados suele estar limitado a quienes cuentan con los recursos económicos necesarios para costear los elevados gastos del tratamiento.

Para las mujeres rurales que desean acceder al aborto, estas condiciones representan una barrera que muchas simplemente no pueden superar. Los PHC y los CHC no están equipados para realizar abortos de manera segura debido a la grave escasez de personal médico, así como a la falta de medicamentos esenciales e infraestructura básica. Estas dificultades se ven agravadas por la dependencia económica generalizada de las mujeres rurales respecto a los hombres de su familia, lo que hace que estas barreras sean aún más difíciles de sortear. En numerosos casos, las decisiones sobre la salud de la mujer no las toma ella misma, sino la persona que ejerce el control económico principal en el hogar, generalmente el esposo, o en ocasiones, el esposo en conjunto con la familia extendida. En estos contextos, las mujeres rara vez tienen autonomía sobre sus opciones reproductivas.

La telemedicina y el uso de píldoras abortivas han ampliado el acceso al aborto, aunque los avances siguen siendo desiguales. Las mujeres en zonas rurales continúan enfrentando restricciones de movilidad, barreras digitales, estigmatización y dependencia de la aprobación familiar. Además, los debates

³⁷² El *All India Institute of Medical Sciences* es una institución autónoma de hospitales universitarios médicos públicos de importancia nacional. Fue creado por el parlamento mediante la Ley del All India Institute of Medical Sciences de 1956 (Ley No. 25 de 1956).



Centro de atención primaria de salud en Endla, Rajastán, India. Foto de Ramesh Mangilalji Chimnoba Seervi Endla, licencia Creative Commons CC BY-SA 3.0, vía Wikimedia Commons.

políticos sobre un posible endurecimiento de la regulación de las píldoras podrían limitar una de las pocas herramientas disponibles que permiten a las mujeres rurales ejercer autonomía sobre sus decisiones reproductivas.

Moralidad, movilidad y atención médica: La triple carga sobre los derechos al aborto de las mujeres solteras

Las mujeres solteras que buscan acceder al aborto en la India a menudo deben desplazarse lejos de su hogar para evitar el estigma social y proteger su privacidad. Esto genera una carga económica adicional, dado el costo del viaje, del alojamiento y de la atención médica en instituciones privadas. Las interseccionalidades de casta, clase y religión agravan aún más estas dificultades, ya que las parejas intercastas e interreligiosas pueden enfrentar amenazas directas a su seguridad y verse obligadas a trasladarse a lugares más seguros.

Las mujeres jóvenes solteras de las zonas rurales de la India enfrentan importantes dificultades para acceder a los servicios de salud sexual y



reproductiva (SSR), incluido el aborto. Un estudio³⁷³ realizado en el estado de Jharkhand reveló que el 93% de las mujeres solteras no había recibido información sobre el aborto y el 71% desconocía los métodos anticonceptivos. Esta falta de información contribuye a un elevado nivel de desconocimiento sobre las cuestiones relacionadas con la SSR entre la juventud soltera. Además, estas mujeres suelen tener muy poco control sobre sus movimientos, decisiones y atención médica: el 99% afirma no tener voz ni voto en su propia atención médica y el 94% no puede elegir a su médico. A estas barreras se suman el estigma social y el miedo a las repercusiones sociales, que pueden retrasar o impedir que las mujeres solteras busquen servicios de aborto oportunos y seguros³⁷⁴. Asimismo, las mujeres solteras, especialmente en áreas rurales, presentan autonomía reducida en la toma de decisiones, libertad de movimiento, autoeficacia y acceso a recursos económicos.

Conclusión

La excesiva regulación de los derechos al aborto en la India ha creado un marco jurídico y social que socava la autonomía de las mujeres y restringe su acceso a servicios de aborto seguros. Si bien el país ha logrado avances en la legalización del aborto, la regulación excesiva y las condiciones impuestas por el sistema continúan representando importantes obstáculos para las mujeres que desean acceder a la atención sanitaria reproductiva.

Para superar la regulación excesiva de los derechos al aborto, es necesario un cambio de paradigma hacia un enfoque de la autonomía reproductiva basado en los derechos. Esto implicaría reconocer el aborto como un derecho incondicional, libre de restricciones legales y médicas excesivas. En un marco basado en los derechos, las mujeres deberían poder acceder a los servicios de aborto en cualquier etapa del embarazo, sin tener que cumplir criterios arbitrarios ni enfrentarse a juicios morales intrusivos. El enfoque debería pasar de un sistema en el que son los profesionales de la salud, y no las mujeres, quienes toman la decisión final, a otro en el que las mujeres estén empoderadas para tomar decisiones sobre sus cuerpos y su futuro.

Además, las leyes deben contribuir a reducir el estigma, de modo que el aborto se perciba como un servicio médico habitual y no como una cuestión moral o un delito. Los sistemas jurídico y sanitario deben trabajar conjuntamente para

373 Banerjee, S. K., Andersen, K.L., Warvadekar, J. et al., "How prepared are young, rural women in India to address their sexual and reproductive health needs? a cross-sectional assessment of youth in Jharkhand". *Reproductive Health* 12, 97 (2015). <https://doi.org/10.1186/s12978-015-0086-8>.

374 Ibid.



dar prioridad a las necesidades y los derechos de las mujeres, en lugar de a los intereses de autoridades externas, como médicos, legisladores o jueces. La educación integral sobre salud reproductiva, junto con el acceso a servicios de planificación familiar y anticonceptivos, resulta esencial para disminuir la necesidad del aborto y garantizar que las mujeres ejerzan un control efectivo sobre sus decisiones reproductivas. Solo mediante estos cambios la India podrá avanzar hacia un enfoque justo y equitativo de los derechos reproductivos.



Afiche callejero en Colombia con la consigna «Abortar es nuestro derecho», parte del arte feminista contemporáneo de protesta. Foto de Paula Thomas, vía Dejusticia.

Nombrarnos en el derecho a decidir: Aborto trans e incidencia comunitaria en Colombia

Martín André Junco, miembro de la Alianza Trans Abortera de Colombia

En Colombia, la despenalización legal del aborto se concretó en 2022 con la Sentencia C-055 de la Corte Constitucional³⁷⁵. Este fallo representó un logro tangible y regional, que permitió transferir la defensa de los derechos sexuales y reproductivos (DSDR) a la realidad concreta de mujeres, hombres trans y personas no binarias. Sin embargo, en el país y en la región se ha evidenciado la reagrupación y normalización de discursos de odio acompañados de acciones legislativas que van en contra de derechos fundamentales, así como la persecución y criminalización de movimientos defensores de derechos humanos

³⁷⁵ Corte Constitucional, Sentencia C-055 de 2022.



y la penalización jurídica y social de las diversidades³⁷⁶. Es en este contexto en el que se enmarcan los retos y deficiencias en el acceso al aborto en Colombia por parte de las mujeres cis, hombres trans y personas no binarias.

A pesar de todo, el acceso real al aborto seguro sigue construyéndose como un logro y soñándose por y desde las comunidades. Es desde ellas que se parte hacia la plena materialización de la ley. En otras palabras, se trata de ir desde el centro hacia las periferias, evidenciando que la justicia reproductiva se construye desde los territorios.

Este artículo narra el desarrollo y los hallazgos que la Alianza Trans Abortera de Colombia (ATAC), en alianza con Profamilia, una organización colombiana privada y sin ánimo de lucro que trabaja en la promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos, materializó en el primer informe latinoamericano sobre barreras de acceso al aborto para hombres trans y personas no binarias³⁷⁷. Este es un documento clave para la visibilidad y representación de hombres trans y personas no binarias frente a la exigencia de justicia reproductiva y autonomía corporal, que combinó evidencia, cuidado y acción, demostrando que sin comunidad no hay legitimidad, y sin evidencia no hay incidencia. Su impacto radicó en haber producido conocimiento situado, ético y útil para el diseño de políticas públicas.

Juntanza: los orígenes de una alianza política y comunitaria

Antes de la despenalización total, los abortos ya se acompañaban desde la resistencia. Parteras, redes feministas, colectivos maricas y organizaciones comunitarias sostenían el derecho a decidir mucho antes del reconocimiento legal³⁷⁸. Entre 2018 y 2019, mientras se fortalecía el movimiento Causa Justa, el movimiento social y jurídico que impulsó la despenalización del aborto, las personas transmasculinas y no binarias comenzamos a identificar una ausencia estructural: nuestros cuerpos estaban fuera del debate. No éramos mencionados en políticas públicas, investigaciones ni mesas institucionales.

³⁷⁶ Véase IM-Defensoras, “Data that Hurt Us, Networks that Save Us – 10+ Years of Attacks Against Women Human Rights Defenders in Mesoamerica (2012-2023)”; Global Witness, *Annual Defenders Report 2025*; Amnesty International, *Americas Regional Overview 2024*.

³⁷⁷ Alianza Trans Abortiva de Colombia (ATAC) y Profamilia, *Acceso al aborto seguro para hombres trans y personas no binarias: un estudio exploratorio en Colombia* (2021) <https://profamilia.org.co/biblioteca-virtual/vlibrary/acceso-al-aborto-seguro-para-hombres-trans-y-personas-no-binarias/>.

³⁷⁸ Pérez, M., *Movimientos feministas y acceso al aborto en Colombia: estrategias antes de la despenalización total*, *Revista Colombiana de Sociología*, 2019, 42(2), págs. 115-140.



Colombia legalizó el aborto el 21 de febrero de 2022 tras campañas masivas y la movilización sostenida de la sociedad civil, en las que el color verde se consolidó como símbolo del movimiento por los derechos al aborto. Foto de Paula Thomas, vía Dejusticia.

De ese vacío nació la Alianza Trans Abortera de Colombia (ATAC), un espacio de encuentro entre activistas, colectivas y profesionales que buscaban visibilizar las experiencias trans en torno al aborto. La ATAC articuló diálogos con Profamilia, el Movimiento Nacional de Parteras, la Red Distrital de Hombres Trans y diversas colectivas feministas. Estos encuentros no solo compartieron conocimientos: tejieron confianza, generaron formación política y abrieron caminos para pensar el aborto desde el cuidado, la autonomía, la reparación, y por sobre todo, desde la incidencia comunitaria.

Cuando hablamos de incidencia comunitaria, nos referimos al ejercicio de transformar las estructuras desde la práctica cotidiana del cuidado. Acompañar un aborto, producir conocimiento o exigir políticas no son acciones separadas: son partes de una misma estrategia política. La ATAC comprendió que la incidencia no empieza en los ministerios, sino en los cuerpos y en las redes que los sostienen. La incidencia comunitaria se convirtió así en un modelo para articular tres niveles:

1. Cuidado y autonomía: garantizar que ninguna persona atraviese un aborto sin acompañamiento ni dignidad.



2. Producción de saber situado: convertir la experiencia colectiva en evidencia política.
3. Alianzas estratégicas: construir puentes éticos con instituciones, sin renunciar a la autonomía comunitaria.

Metodología, ética y hallazgos del informe

En lineamiento con lo hasta aquí expresado, el proceso de investigación se construyó desde el cuidado como principio político y metodológico. De este modo, pensamos a las personas trans y no binarias no como objeto de estudio, sino como cocreadoras del conocimiento, reconociendo su participación activa en la elaboración. Además, en pos de tener una aproximación integral, procuramos el cuidado emocional en cada encuentro, pero también una compensación económica por sus participaciones, priorizando de este modo la dignidad de les contribuyentes.

Resulta relevante resaltar que también la investigación se desarrolló junto a la incidencia, procurando que la utilidad del material no sea sólo descriptiva, sino de relevancia práctica en la acción social para garantizar nuestro derecho. Así, el informe acompañó la presentación de debates públicos y legales. Sin embargo, en un comienzo se socializó primero con aliados estratégicos, para garantizar que la información le llegase primero a quienes la iban a utilizar con fines positivos antes que a los grupos antiderechos.

Obstáculos que permanecen

Aunque al dejar de criminalizar el aborto hasta la vigesimocuarta semana mediante la sentencia C-055, Colombia se convirtió en un referente en América Latina en materia de los DSDR, este avance no eliminó aún las barreras estructurales que enfrentan mujeres cis, personas trans y no binarias que necesitan acceder a la interrupción voluntaria del embarazo.

Es así como importantes obstáculos identificados en el Informe persisten aún hoy en día. Encontramos, por ejemplo, que las bases de información en salud no registran la identidad de género, lo que obstaculiza la formulación de políticas inclusivas producto de la ausencia de datos. Así mismo, los currículos médicos y jurídicos carecen de formación en atención transincluyente, traduciéndose en una deuda epistemológica con nuestra comunidad. Más aún, la incidencia de narrativas antiderechos en los espacios comunitarios y político-partidistas profundiza la persistencia de la discriminación moral, incluso dentro de



instituciones donde el aborto es legal. Esto se vuelve más tangible cuando encontramos objeciones de conciencia mal aplicadas, discursos religiosos en instituciones públicas y la falta de financiamiento para servicios transincluyentes.

Todo esto produce desconfianza hacia los servicios de salud por experiencias previas de maltrato, lo que sumado a las limitaciones económicas y territoriales que dificultan la movilidad y la privacidad, consolidan enormes barreras en el derecho al acceso seguro al aborto para personas trans, no binarias y mujeres cis precarizadas. La verdadera despenalización requiere presupuesto, formación, voluntad política y una narrativa pública que deje de ver el aborto como un problema moral. La justicia reproductiva exige transformar tanto las leyes como las prácticas sociales.

La legalidad, por sí sola, no garantiza el acceso. Para las personas trans, la justicia reproductiva sigue siendo una lucha cotidiana contra la exclusión institucional y simbólica.

Aprendizajes para el presente y futuro: dignidad como estrategia política

El proceso nos enseñó que existen principios no negociables: la identidad, el reconocimiento, la autonomía y el cuidado. Nombrarlos es un acto político. Lo no negociable marca los límites frente al extractivismo académico, la revictimización institucional y la omisión estatal. Sostener la dignidad como base de toda política pública es, en sí mismo, una forma de justicia.

A partir de la experiencia de la ATAC y Profamilia, surgen aprendizajes transferibles para otros contextos:

- » Construyan alianzas éticas: la confianza entre movimientos sociales e instituciones es clave.
- » Cuiden la investigación: cada dato debe ser producido desde la empatía y la participación real. La producción de conocimiento situado es una herramienta legítima de transformación política.
- » Generen incidencia circular: lo comunitario debe alimentar lo político, y viceversa.
- » Inviertan en formación: sensibilizar al personal médico y jurídico no es opcional, es estructural.



Manifestante en una marcha a favor de la legalización del aborto en Colombia sostiene un cartel que dice «La marea verde tiene ola trans». Foto de Paula Thomas, vía Dejusticia.

- » Nombrar es existir: incluir la identidad de género en registros y estadísticas salva vidas. La falta de protocolos y datos genera exclusión institucional.
- » Las redes comunitarias son esenciales para reducir daños y generar confianza.
- » Las alianzas público-comunitarias fortalecen la implementación del derecho a decidir.

Cuidar es hacer justicia: Aborto trans, abortar la cisnorma

La despenalización del aborto en 2022 trajo una apertura jurídica histórica, pero también nuevos desafíos que aún están pendientes. Debemos consolidar protocolos diferenciados para personas trans y no binarias, garantizar financiamiento público sostenido para servicios de salud sexual y reproductiva, lo que permite a su vez formar profesionales con enfoque de género diverso y salud integral. Y, mientras tanto, es fundamental mantener la vigilancia ciudadana frente a la implementación de la sentencia, única garantía de que la implementación sea efectiva. Desde la ATAC, entre 2022 y 2025, continuamos fortaleciendo la red de acompañamiento y la articulación con instituciones. El objetivo hoy es claro: que



la dignidad trans sea parte del estándar nacional de atención y que la incidencia comunitaria siga siendo motor de política pública.

Un aborto digno es, ante todo, un acto de reconocimiento. Implica atención respetuosa, confidencialidad, acompañamiento emocional y uso correcto del nombre y los pronombres. Pero también implica aún algo más profundo: la garantía de que las decisiones sobre nuestros cuerpos no serán patologizadas ni juzgadas. Para las personas trans, el aborto digno es un ejercicio de autonomía corporal y reparación histórica, y decidir también es una forma de sanar los traumas de exclusión y violencia institucional.

Nombrarnos en el derecho a decidir ha sido un acto de reparación y existencia. El informe realizado con Profamilia demostró que la comunidad trans no solo exige derechos: los construye. La alianza entre investigación, acompañamiento y política pública convirtió la justicia reproductiva en una práctica viva.

El aborto transincluyente en Colombia no es solo un logro jurídico: es un modelo ético y comunitario de resistencia, cuidado y transformación. Invitamos a otras redes, instituciones y movimientos a construir alianzas similares, donde la evidencia, la ética y el afecto sean las herramientas centrales para garantizar que el derecho a decidir sea, verdaderamente, universal.



Manifestante en Chicago, Illinois, sostiene un cartel a favor de que Medicaid grave a los millonarios. Foto de Charles Edward Miller (Chicago, Estados Unidos), licencia Creative Commons CC BY-SA 2.0, vía Wikimedia Commons.

Inequidad en el acceso al aborto: Medicaid, la pobreza y los límites del derecho al aborto en los Estados Unidos

Louise Melling, subsecretaria legal de la American Civil Liberties Union (ACLU)

Introducción

Este ensayo examina cómo la ley constitucional federal de los Estados Unidos ha fallado a las mujeres y otras personas con escasos recursos que necesitaban abortar, incluso cuando el aborto estaba reconocido como un derecho fundamental protegido por la Constitución federal. Asimismo, analiza los argumentos jurídicos que se han planteado desde entonces para defender

el acceso a este derecho, los cuales pueden servir para imaginar y construir un futuro con mayor acceso y justicia reproductiva.

En 1973, en la histórica decisión del caso *Roe v Wade*³⁷⁹, la Corte Suprema de Estados Unidos dictaminó que la Constitución protegía el derecho al aborto como un derecho fundamental. Sin embargo, tan solo siete años después, en el caso *Harris v McRae*, el tribunal dejó claro que ese derecho solo es plenamente significativo para quienes disponen de recursos económicos, al declarar constitucional que el gobierno federal excluyera la cobertura del aborto del programa de seguros de salud público destinado a personas de bajos ingresos³⁸⁰. La situación de estas personas se ha agravado aún más en años recientes, ya que numerosos estados han prohibido completamente el aborto tras la decisión del caso *Dobbs v Jackson Women's Health Organization*³⁸¹, que revocó la sentencia del caso *Roe*.

Este ensayo analiza los efectos negativos de la sentencia del caso *Harris* y, lo que es más importante para esta compilación de ensayos, examina las teorías jurídicas que se están utilizando actualmente para promover los derechos al aborto, las cuales pueden resultar útiles para activistas, defensoras y defensores de esta causa en otros países.

Exclusión del aborto del seguro de salud federal para aquellos con escasos recursos

En 1976, apenas tres años después de la sentencia del caso *Roe v Wade*, el Congreso prohibió la cobertura del aborto en el programa federal Medicaid, el seguro de salud del gobierno destinado a personas de bajos ingresos en Estados Unidos³⁸². Aunque Medicaid cubre una amplia gama de médicos y hospitalarios, el aborto se convirtió en el único procedimiento médicamente necesario que el programa se negó a cubrir. Con esta medida, el Congreso no solo restringió el acceso al aborto, sino que también contribuyó a su estigmatización, al declarar que los fondos federales no podían financiar servicio ni las personas que lo necesitaban.

379 410 US 113 (1973).

380 448 US 297 (1980).

381 597 US 215 (2022).

382 *Harris*, 448 US, pág. 297-302 (relatando la historia). Cabe señalar que el Congreso sí permitió la cobertura en circunstancias muy limitadas, como los abortos para salvar la vida. *Ibid.*, pág. 302.



Esta restricción, conocida como la Enmienda Hyde por su promotor en el Senado, Henry Hyde, fue impugnada ante la Corte el mismo día de su promulgación³⁸³. Cuatro años después, uno de los casos llegó a la Corte Suprema, y en el caso *Harris v McRae* el tribunal confirmó la prohibición con un lenguaje que dejaba claro el límite del derecho constitucional federal al aborto. Esta decisión es considerada infame, y el siguiente extracto ilustra con claridad por qué.

No se deduce que la libertad de elección de la mujer conlleve un derecho constitucional a disponer de los recursos económicos necesarios para poder ejercer plenamente todas las opciones protegidas. ... [A]unque el gobierno no puede poner obstáculos al ejercicio de la libertad de elección de la mujer, tampoco está obligado a eliminar los que no ha creado él mismo. La indigencia entra en esta última categoría... [la] enmienda deja a una mujer indigente con al menos la misma gama de opciones para decidir si someterse a un aborto médicamente necesario que la que habría tenido si el Congreso hubiera decidido no subvencionar ningún gasto sanitario.³⁸⁴

Además, la Corte Suprema enfatizó que el gobierno tiene la facultad de utilizar sus fondos para emitir “un juicio de favor que privilegie el parto sobre el aborto”, incluso cuando la decisión de interrumpir un embarazo era entonces un derecho fundamental protegido por la Constitución federal³⁸⁵.

El efecto del caso *Harris* fue inmediato y devastador. Persiste hasta hoy en Estados Unidos, donde, como resultado de la decisión de la Corte Suprema de 2022 en el caso *Dobbs*, ya no existe protección constitucional federal del derecho al aborto. En su lugar, ahora se observa una amalgama de estados: algunos protegen el aborto, incluso con cobertura de seguro, mientras que otros lo prohíben³⁸⁶.

El daño

La exclusión del aborto del seguro federal para personas con bajos ingresos revela las profundas desigualdades del sistema de salud estadounidense.

383 *Ibid.*, 303.

384 *Ibid.*, págs. 316-317.

385 *Ibid.*, pág. 314 (citando a *Maher v Roe*, 402 US 464, 474 (1977)).

386 En línea con la sentencia del caso *Hyde*, el Congreso prohibió el uso de fondos federales para cubrir el aborto en otros programas federales de seguro médico, incluido el Servicio de Salud Indígena y los programas que brindan cobertura a militares, empleados federales y personas en prisiones federales. Véase Alina Salganicoff, et al., “The Hyde Amendment and Coverage for Abortion Services Under Medicaid in the Post-Roe Era”, Kaiser Family Foundation, <https://perma.cc/2KL3-AU24>, 14 de marzo de 2024.



En los más de 45 años que lleva en vigor, la prohibición de la cobertura federal de Medicaid para el aborto ha tenido, por supuesto, un impacto más grave en las personas pobres y con bajos ingresos, que son en su mayoría personas de color, jóvenes, personas con discapacidades y personas LGBTQIA+. Estas comunidades suelen enfrentarse a barreras especialmente altas para acceder a la atención médica, barreras que son el resultado de una discriminación de larga data³⁸⁷ exacerbada por políticas como la Enmienda Hyde.

Muchas personas desean abortar porque no pueden mantener a un hijo, pero también enfrentan dificultades para costear el procedimiento. Quienes buscan atención para el aborto deben reunir fondos no solo para pagar el procedimiento, sino también para desplazarse hasta el proveedor del servicio. A menudo, las pacientes deben recorrer distancias considerables para acceder a la atención³⁸⁸. Además, la legislación estatal a veces exige que las pacientes realicen múltiples viajes innecesarios, durante varios días, a una clínica para acceder a los servicios de aborto. Por ejemplo, en Carolina del Norte, la ley exige tres visitas para quienes se someten a un aborto con medicamentos³⁸⁹.

La mayoría de las personas que desean abortar en los Estados Unidos ya tienen uno o más hijos³⁹⁰. Dado que no existe un programa de cuidado infantil financiado por el gobierno federal, someterse a un aborto a menudo implica reunir fondos no solo para el procedimiento, sino también para el cuidado de los hijos y los desplazamientos necesarios. Además, Estados Unidos carece de un sistema

387 Véase Jasmine E Harris, “Locating Disability Within A Health Justice Framework”, 50 *Journal of Law, Medicine & Ethics* 663, pág. 664 (2022), <https://perma.cc/2YJ6-ZWHE> (sobre las barreras que enfrentan las personas con discapacidad para acceder a atención médica); Sarah Schriber y David Fischer, “Relationship Building and Zealous Advocacy of LGBTQ Clients”, 32 DCBA Brief 26, pág. 31 (2020), <https://perma.cc/8L63-HVA9> (que cita estadísticas que muestran que las personas LGBTQ enfrentan barreras para recibir atención debido a la discriminación y el acoso); Gemma Donofrio, “Exploring the Role of Lawyers in Supporting the Reproductive Justice Movement”, 42 *NYU Review of Law & Social Change* 221, págs. 227-232 (2018), <https://perma.cc/BG58-ZU4H> (que relata historias que muestran cómo las personas de bajos ingresos, de color, jóvenes y las personas LGBTQ se han enfrentado históricamente a mayores obstáculos para acceder a cuidados reproductivos y la atención médica general); Reggie Casanova-Perez, et al., “Broken down by bias: Healthcare biases experienced by BIPOC and LGBTQ+ patients”, 2021 *AMIA Annual Symposium Proceedings*, pág. 275 (2022), <https://perma.cc/56EJ-2WCX>.

388 “Latest Data Confirm People Are Traveling Farther Distances to Access Abortion Care Post-Dobbs”, Guttmacher Institute (13 de junio de 2024), <https://perma.cc/W4BH-SAMV>; Sara Estep, “Abortion Access Mapped by Congressional District: 6-Week Abortion Ban Update”, Center for American Progress (20 de junio de 2024), <https://www.americanprogress.org/article/abortion-access-mapped-by-congressional-district-6-week-abortion-ban-update/>.

389 SB 20, 2023 General Assembly, Regular Session (NC 2023); véase también “NC Abortion FAQs”, Planned Parenthood South Atlantic, <https://perma.cc/NP9E-K6ZR>, consultado por última vez el 12 de octubre de 2024.

390 Véase Katherine Kortsmits, et al., “Abortion Surveillance – United States, 2019”, 70 *Morbidity and Mortality Weekly Report Surveillance Summaries* 1, pág. 6, <https://perma.cc/6QJM-5W7X>, 26 de noviembre de 2021 (casi el 60% de las mujeres que abortaron en 2019 ya tenían al menos un hijo).



nacional de permisos médicos o familiares remunerados, por lo que muchos trabajadores y trabajadoras pierden su salario por el tiempo que deben dedicar a recibir atención médica.

Incluso quienes logran reunir los fondos se ven afectadas por los retrasos, que incrementan el riesgo, el costo y la dificultad de acceso al aborto, así como por los sacrificios que deben hacer para obtener la financiación, como dejar de pagar las facturas de electricidad, reducir la alimentación, retrasar el pago del alquiler o dormir en sus autos frente a la clínica antes de su cita. Un estudio reveló que tres cuartas partes (76%) de las mujeres que deseaban abortar declararon “no tener suficiente dinero para cubrir los gastos de alojamiento, transporte y alimentación” en el momento en que buscaban someterse a un aborto³⁹¹.

Para algunas personas, la prohibición federal de cobertura de Medicaid, sumada a estas barreras, resulta insuperable. Estudios previos al caso Dobbs señalaron que entre el 18 y el 37% de las personas que deseaban abortar se veían obligadas a llevar su embarazo a término debido a la restricción de cobertura de Medicaid³⁹², lo que conlleva riesgos para su bienestar. Estados Unidos tiene la tasa de morbilidad y mortalidad materna más alta entre los países industrializados³⁹³, y las mujeres negras tienen más del doble de probabilidades de morir que las mujeres blancas³⁹⁴.

La respuesta jurídica

En respuesta a la sentencia del caso *Harris*, abogados y defensores acudieron a las legislaturas y tribunales estatales para garantizar la cobertura del aborto en los programas de Medicaid de cada estado, ya que ninguna ley federal prohíbe a los estados utilizar sus propios fondos para cubrir la atención para el aborto. Además, la Constitución federal establece un nivel mínimo de protección; las constituciones estatales pueden proporcionar una mayor protección de los derechos que la establecida a nivel federal.

391 Diana Greene Foster, et al., “Socioeconomic Outcomes of Women Who Receive and Women Who Are Denied Wanted Abortions in the United States”, 108 American Journal of Public Health, págs. 407, 409. <https://perma.cc/ZD8H-FWL9>, marzo de 2018.

392 Stanley K. Henshaw, et al., “Restrictions on Medicaid Funding for Abortions: A Literature Review”, Guttmacher Institute, pág. 27, <https://perma.cc/8YCD-LYRT>, junio de 2009; Sarah Roberts, et al., “Estimating the proportion of Medicaid-eligible pregnant women in Louisiana who do not get abortions when Medicaid does not cover abortion”, 19 BMC Women’s Health, págs. 1, 2 (19 de junio de 2019), <https://perma.cc/YJL4-MZQ7>.

393 Munira Gunja, et. al., *Insights into the U.S. Maternal Mortality Crisis: An International Comparison*, The Commonwealth Fund, <https://doi.org/10.26099/cthn-st75>, junio de 2024.

394 Donna L. Hoyert, *Maternal Mortality Rates in the United States*, 2022, National Center for Health Statistics, pág. 4 (mayo de 2024), <https://perma.cc/43KF-CYYH>.



Hoy en día, gracias a 45 años de esfuerzo, 20 estados incluyen la cobertura del aborto en sus programas de Medicaid³⁹⁵. En siete de ellos, las legislaturas votaron a favor de proporcionar dicha cobertura³⁹⁶; en 12 estados, los tribunales ordenaron la cobertura al considerar que la exclusión del aborto del programa de seguro médico violaba la ley estatal³⁹⁷; y en un estado, las y los votantes aprobaron una medida constitucional que anulaba la prohibición de financiación³⁹⁸. En otros dos estados, se llevan a cabo litigios para extender la cobertura de Medicaid al aborto³⁹⁹.

Las decisiones de los tribunales estatales y los argumentos presentados ante ellos articulan teorías jurídicas que podrían emplearse en otros países para garantizar el acceso al aborto. Se identifican tres enfoques fundamentales: primero, las prohibiciones discriminan por motivos de sexo; segundo, mediante las prohibiciones, el gobierno interviene de manera inadmisiblemente en la decisión de continuar o no con un embarazo; y tercero, las prohibiciones discriminan a quienes desean interrumpir un embarazo. Cada uno de estos enfoques ha cobrado fuerza en los tribunales estatales. El éxito desigual de estas teorías —y el interés

395 “State Funding of Abortions Under Medicaid”, Kaiser Family Foundation (6 de noviembre de 2024), <https://perma.cc/GCU3-QQMU>.

396 Las legislaturas en Delaware, Hawai, Maine, Nueva York, Rhode Island, Maryland y Washington proporcionaron cobertura de Medicaid para el aborto. Illinois también aprobó legislación para garantizar la cobertura de Medicaid más de dos décadas después de que un tribunal la ordenara. Chris Kenning, “Illinois Republican governor signs controversial abortion bill”, Reuters (28 de septiembre de 2017), <https://perma.cc/MHT6-Q9UV>.

397 Véase *Department of Health & Social Services v Planned Parenthood of Alaska, Inc.*, 28 P.3d 904 (Alaska 2001); *Committee to Defend Reproductive Rights v Myers*, 625 P.2d 779 (Cal. 1981); *Doe v Maher*, 515 A.2d 134 (Tribunal Superior de Connecticut, 1986); *Doe v Wright*, No. 91 CH 1958 (Tribunal del Circuito de Illinois, 2 de diciembre de 1994); *Moe v Secretary of Administration & Finance*, 417 N.E.2d 387 (Massachusetts, 1981); *Women of Minnesota v Gomez*, 542 N.W.2d 17 (Minnesota, 1995); *Planned Parenthood of Montana v Montana*, No. ADV-2-23-299 (Tribunal del Circuito de Montana, 31 de marzo de 2002, 31 March 2002, recurso registrado); *Silver State Hope Fund v Nevada*, No. A-23-876702-W (mandamus otorgado por el Tribunal del Distrito de Nevada el 8 de agosto de 2024), <https://perma.cc/WCR4-H9QJ>; *Right to Choose v Byrne*, 450 A.2d 925 (Nueva Jersey, 1982); *New Mexico Right to Choose/NARAL v Johnson*, 975 P.2d 841 (Nuevo México, 1998); *Doe v Celani*, No. S81-84CnC (Tribunal Superior de Vermont, 26 de mayo de 1986). Oregón también ofrece cobertura para el aborto en su programa Medicaid como resultado de una orden judicial; sin embargo, dicha orden se basó en motivos legales, *Planned Parenthood Association, Inc. v Department of Human Resources of the State of Oregon*, 687 P.2d 785 (Oregón, 1984). La Corte Suprema de Virginia Occidental también sostuvo que la prohibición estatal de Medicaid violó su constitución, pero ya no hay financiación en ese estado. *Women’s Health Center of West Virginia, Inc. v Panepinto*, 446 S.E.2d 658 (Virginia Occidental, 1993).

398 Elaine Tassy, “Colorado voters approve constitutional amendment on abortion access”, CPR News, 5 de noviembre de 2024, <https://perma.cc/4UZ8-GD6T>.

399 *The Young Women’s Christian Association of Kalamazoo v State*, No. 24-000093-MM, 2025 WL 2524475 (Tribunal de Reclamaciones de Michigan, 3 de julio de 2025), apelación presentada (Tribunal de Apelaciones de Michigan, 24 de julio de 2025), <https://perma.cc/72PE-LDL6>; *Allegheny Reproductive Health Center v Pennsylvania Department of Human Services*, 309 A.3d 808 (Pa. 2024).



por experimentar con distintos enfoques— se explica en parte porque cada estado tiene su propio sistema constitucional y judicial.

Discriminación basada en la capacidad de quedar embarazada y el sexo

El primer y más relevante conjunto de argumentos proviene de un caso reciente en Nevada, en el que la ACLU sostuvo que la prohibición de la cobertura del aborto violaba la Enmienda de Igualdad de Derechos del estado al discriminar por motivos de sexo de cuatro maneras:

1. La exclusión del aborto del programa Medicaid discrimina según la capacidad de una persona para quedar embarazada, ya que proporciona atención completa a las que no pueden quedar embarazadas, pero no a quienes sí pueden.
2. Discrimina por motivos de sexo, al imponer una carga desproporcionada sobre las mujeres;
3. Clasifica a las personas que están embarazadas o pueden quedar embarazadas para someterlas a una regulación coercitiva, al obligar efectivamente a quienes quedan embarazadas a llevar el embarazo a término; y
4. Constituye discriminación sexual porque se basa en y perpetúa “estereotipos sexuales injustos”⁴⁰⁰, en particular, la idea de que “las mujeres están, por naturaleza, destinadas a convertirse en madres”⁴⁰¹.

Un tribunal de distrito de Nevada coincidió en que la exclusión era inconstitucional, sosteniendo que la exclusión del aborto de la cobertura discrimina por razón del embarazo y, por lo tanto, por sexo. En su dictamen se afirmaba lo siguiente:

“La exclusión de la cobertura discrimina a las personas que están embarazadas, o que pueden quedar embarazadas, al excluir la cobertura de casi todos los servicios de aborto; al aplicar un criterio diferente y mucho más restrictivo que el exigido para cualquier otra atención médica cubierta; y al proporcionar, en general, una cobertura sanitaria menos completa.”⁴⁰²

Este caso es significativo tanto por el amplio acceso a la atención médica que ofrece como por las teorías jurídicas que plantea. En casos anteriores en los que se invocó una teoría de discriminación sexual, se sostuvo con éxito que el Estado



Manifestante durante una movilización *Bans Off Our Bodies* en la ciudad de Nueva York, Estados Unidos. 14 de mayo de 2022. Foto de Rhododendrite, bajo licencia Creative Commons CC BY-SA 4.0.

discriminaba al excluir un servicio que solo requieren las mujeres⁴⁰³. Sin embargo, en este caso, las personas defensoras articularon argumentos más matizados: el razonamiento se centró, de manera más precisa, en el acto de discriminación basado en un rasgo vinculado al sexo —la capacidad de gestar—, en lugar de apoyarse en la dicotomía hombre/mujer y reforzarla. De este modo, el caso formuló una teoría de la discriminación basada en la capacidad de una persona para quedar embarazada, que sitúa a las mujeres en el centro, pero que también reconoce a las personas transgénero y no binarias como víctimas del daño.

El caso planteó un argumento adicional, hasta entonces inédito en litigios relacionados con Medicaid, que merece especial atención y análisis. En los Estados Unidos, cuando un tribunal determina que una medida es discriminatoria, tradicionalmente debe evaluar si existe un interés estatal lo suficientemente fuerte como para justificarla. En el caso de Nevada, las personas demandantes sostuvieron que la cuestión no era si el Estado tenía un interés imperioso que justificara una medida discriminatoria. Más bien, la pregunta central era: “¿La acción impugnada afianza la desigualdad sobre la base de una característica protegida?”. Si la respuesta es afirmativa, argumentó la ACLU,

403 *NM Right to Choose/NARAL v Johnson*, 975 P.2d 841; *Doe v Maher*, 515 A.2d 134.

400 Petición de mandamus, *Silver State Hope Fund v Nevada*, No A-23-876702-W, 2023 WL 12096248, en ¶ 55 (Tribunal del Distrito de Nevada, 28 de agosto de 2023).

401 *Ibid.*

402 *Silver State Hope Fund v Nevada*, No. A-23-876702-W, pág. 16.



no puede existir un interés estatal lo suficientemente convincente como para justificar la medida. Esta teoría propone una prueba jurídica que reconoce las normas antidiscriminatorias por lo que son: principios dirigidos a combatir la subordinación. En otras palabras, existen supuestos en los que, cuando una ley o política discrimina por motivos de sexo, el tribunal no debe buscar una justificación estatal, sino que la norma debe ser simplemente derogada. En tales casos, las prohibiciones contra la discriminación sexual no son neutras desde el punto de vista del sexo, sino que están diseñadas para abordar desigualdades de género históricamente arraigadas. Este enfoque rechaza expresamente una concepción formalista de la igualdad y la sustituye por otra basada en la historia y el contexto.

Los avances en la jurisprudencia sobre discriminación sexual derivados de este caso tienen el potencial de transformar, de manera más amplia, la legislación antidiscriminatoria a nivel estatal.

Injerencia inadmisibile en la toma de decisiones

Muchos de los casos tramitados ante tribunales estatales que han anulado la exclusión del aborto de la cobertura de Medicaid han sostenido que dicha exclusión vulnera el derecho a la intimidad. Estos precedentes resultan especialmente relevantes en los Estados Unidos, dado que la sentencia *Harris* dio lugar a numerosas críticas a la teoría jurídica en la que se sustentaba *Roe*, según la cual la prohibición del aborto infringía el derecho a la intimidad. Esta teoría se apoyaba en el precedente establecido ocho años antes de *Roe*, cuando la Corte Suprema había determinado que la prohibición casi absoluta del acceso a los anticonceptivos vulneraba el derecho constitucional federal a la intimidad⁴⁰⁴. No obstante, con frecuencia se ha señalado que el concepto de “intimidad” se entiende principalmente como una protección frente a la injerencia estatal en la vida y las decisiones individuales, más que como una base para exigir una acción por parte del Estado.

Sin embargo, los tribunales estatales han considerado que las prohibiciones de la cobertura del aborto vulneran el derecho a la intimidad⁴⁰⁵. Por ejemplo, la Corte Suprema de California dictaminó que la exclusión del aborto no liberaba a las personas embarazadas de la intromisión injustificada del gobierno: “Por el contrario, el Estado está utilizando sus recursos para garantizar que las mujeres

404 *Griswold v Connecticut*, 381 U.S. 479 (1965).

405 Véase, por ejemplo, *Comm. to Defend Reprod. Rts v Myers*, 625 P.2d, pág. 798; *Doe v Maher*, 515 A.2d, pág. 157; *Moe v Sec’y of Admin. & Fin.*, 417 N.E.2d T 402-05; *Women of Minn. v Gomez*, 542 N.W.2d, pág. 19.



que son demasiado pobres para obtener atención médica por su cuenta ejerzan su derecho a la elección reproductiva solo de la manera aprobada por este.”⁴⁰⁶

En otras palabras, al financiar otros servicios de salud —en particular los asociados a la continuación del embarazo y el parto—, pero no el aborto, el Estado deja de actuar de manera neutral. Las personas que deseaban abortar no se encontraban en la misma situación que si no hubiera existido ningún tipo de financiación pública⁴⁰⁷. Como señaló con agudeza el voto disidente en el caso *Harris*, argumento que posteriormente han retomado diversos tribunales estatales: “Al financiar todos los gastos asociados con el parto y ninguno de los gastos en que se incurre para interrumpir el embarazo, el Gobierno literalmente formula una oferta que la mujer indigente no puede permitirse rechazar. Carece de relevancia que, en este caso, el Gobierno haya utilizado el incentivo en lugar del castigo.”⁴⁰⁸

Trato desigual basado en la decisión individual sobre el embarazo

Varios tribunales estatales han dictaminado que la exclusión de la cobertura del aborto de Medicaid viola la cláusula de igualdad de protección⁴⁰⁹. En concreto, estos tribunales han determinado que dicha exclusión trata de manera desigual a las mujeres con derecho a Medicaid que desean abortar frente a aquellas que, teniendo el mismo derecho, desean recibir atención prenatal y posparto, y que ese trato diferenciado infringe de manera inadmisibile un derecho fundamental⁴¹⁰. En resumen, se castiga a las personas que buscan acceder al aborto por ejercer un derecho constitucional.

La respuesta a nivel federal

Desde luego, recurrir a los estados constituye una estrategia para reivindicar derechos. No obstante, el objetivo último es construir un sistema jurídico y de apoyo público que permita a las personas en todo el país tomar decisiones significativas sobre si desean formar una familia, cuándo hacerlo y en qué condiciones. El litigio a nivel estatal está contribuyendo al desarrollo de teorías

406 *Comm. to Defend Reprod. Rts v Myers*, 625 P.2d, pág. 793.

407 Véase también *Moe v Sec’y of Admin. & Fin.*, 417 N.E.2d at 401 (“Si bien el Estado conserva una amplia libertad para decidir la forma en que asignará los beneficios, no puede utilizar criterios que supongan una carga discriminatoria para el ejercicio de un derecho fundamental.”).

408 *Harris*, 448 US at 333-34 (Brennan, J., voto disidente).

409 Véase, por ejemplo, *Planned Parenthood of Alaska, Inc.*, 28 P.3d, pág. 913; *Doe v Maher*, 515 A.2d, pág. 162; *Right to Choose v Byrne*, 450 A.2d, pág. 941; *NM Right to Choose/NARAL v Johnson*, 975 P.2d, pág. 859.

410 Véase, por ejemplo, *Planned Parenthood of Alaska, Inc.*, 28 P.3d, pág. 913.



jurídicas que puedan sustentar una futura decisión de la Corte Suprema que garantice el acceso al aborto. Al mismo tiempo, se trabaja para que el Congreso adopte medidas que protejan el aborto y lo restablezcan como un servicio cubierto por el programa Medicaid, cuando exista un Congreso más receptivo a estas iniciativas.

Conclusión

Existe una necesidad urgente de desarrollar enfoques basados en la compasión, así como políticas públicas y teorías jurídicas capaces de abordar las barreras que impiden el acceso a la atención para el aborto y a toda la gama de necesidades reproductivas y de salud más amplias de las mujeres y de otras personas con derecho a Medicaid en los Estados Unidos. Sin estas medidas, resulta imposible avanzar hacia una sociedad justa.



Imagen con la consigna «El aborto es un derecho fundamental», con el Parlamento húngaro de fondo, difundida por la Asociación Patent (@patentegyesulet) como parte de su campaña por el Día Internacional del Aborto Seguro. Imagen cortesía de la Asociación Patent.

La distancia hacia la libertad: Desigualdades en el acceso al aborto en Hungría

Réka Lebedi, experta del Programa de Igualdad y Autonomía de la Hungarian Civil Liberties Union (HCLU) y profesora en la Universidad de Pécs, y Judit Zeller, experta senior del Programa de Igualdad y Autonomía de la HCLU y doctoranda en la Universidad Eötvös Loránd

Introducción

En Hungría, el aborto está legalmente regulado y permitido en determinadas circunstancias definidas por la ley. No obstante, muchas personas se enfrentan a obstáculos significativos cuando intentan acceder a servicios de aborto seguro. Este informe se centra en uno de los obstáculos más graves: la dificultad de



acceso a los servicios de aborto derivada de su ubicación geográfica, que afecta de manera desproporcionada a las comunidades romaníes. En primer lugar, se describe el marco jurídico que regula el aborto en Hungría, seguido de una visión general del acceso al aborto dentro del sistema público de salud. A continuación, el informe presenta un estudio de caso relativo a una comunidad romaní que pone de relieve los desafíos asociados a la disponibilidad territorial de los servicios. Posteriormente, se examinan los mecanismos institucionales destinados a combatir la discriminación, aplicando este marco analítico al caso en cuestión. Por último, el informe analiza la problemática a la luz del contexto jurídico húngaro actual y propone posibles vías de incidencia y mejora sistémica.

La regulación legal del aborto en Hungría

En Hungría se permite la interrupción voluntaria del embarazo; sin embargo, el acceso al procedimiento no es fácil. El marco jurídico, tal y como se recoge en la Ley LXXIX de 1992 sobre la protección de la vida fetal, establece un sistema dual que combina criterios específicos (indicadores) con la edad gestacional del feto y, en algunos casos, la edad de la persona embarazada. La interrupción del embarazo está legalmente justificada cuando existe una amenaza grave para la salud de la persona embarazada, cuando es probable que el feto sufra una discapacidad grave u otra deficiencia, cuando el embarazo es resultado de un acto delictivo, como una violación, y, por último, cuando “la persona embarazada está atravesando una crisis grave”⁴¹¹. Ningún organismo oficial determina la existencia de dicha “crisis grave”; por el contrario, esta se establece exclusivamente sobre la base de la valoración subjetiva de la propia persona embarazada.

Sin entrar en los plazos específicos asociados a indicadores concretos y a la edad de la persona embarazada, lo más relevante es que, como regla general, el embarazo puede interrumpirse “hasta la duodécima semana cuando la persona embarazada invoque la existencia de una crisis grave”⁴¹². Dado que el embarazo suele detectarse tras la ausencia de la menstruación —momento en el que la persona puede encontrarse ya en la cuarta o quinta semana de gestación—, el margen de tiempo para completar el procedimiento previo al aborto exigido por la ley es limitado, y en Hungría dicho procedimiento es especialmente prolongado.

Antes de poder realizar un aborto, la persona embarazada debe asistir a dos sesiones de consejería obligatorias impartidas por la autoridad competente: el Servicio de Protección Familiar (SPF). Actualmente, hay 92 oficinas del SPF en



funcionamiento en Hungría. Cada condado cuenta con entre dos y diez oficinas, mientras que en Budapest, la capital, hay doce⁴¹³. Las personas embarazadas pueden acudir a cualquiera de estas oficinas, lo que significa que, en teoría, la consejería obligatoria previa al aborto es accesible en todo el país. Sin embargo, en la práctica, la posibilidad de acudir a una oficina del SPF se ve limitada por la falta de información y por dificultades de desplazamiento. Pocas personas saben que pueden acudir a una oficina del SPF distinta de la correspondiente a su lugar de residencia o ubicación actual. Incluso cuando conocen esta posibilidad, no es infrecuente que no puedan desplazarse a otra ciudad para recibir la consejería debido a limitaciones económicas o de tiempo.

Las instalaciones del SPF también suelen ser de difícil acceso. Por lo general, solo funcionan en días laborables y dentro del horario habitual de trabajo, y algunas oficinas únicamente permiten reservar citas por teléfono durante un período muy limitado cada semana, que en ocasiones es de tan solo 30 minutos⁴¹⁴. La primera sesión de consejería es anónima, lo que permite a la persona embarazada hablar con franqueza sin temor a ser juzgada o denunciada. Esta modalidad garantiza que los datos personales no se registren ni se compartan en esta etapa inicial, lo que incentiva a las personas a buscar ayuda con mayor rapidez. Durante esta sesión no es necesario presentar un certificado médico que confirme el embarazo.

No obstante, tras esta primera sesión, la persona embarazada debe acudir a un ginecólogo, quien es el responsable de certificar oficialmente el embarazo. El examen ginecológico es gratuito si la persona agenda una cita con un proveedor de atención médica del sistema público. Sin embargo, conseguir una cita con un ginecólogo en el sistema público constituye otro obstáculo, ya que los tiempos de espera suelen ser de varias semanas. Aunque algunos centros de salud públicos ofrecen citas de carácter urgente en casos excepcionales para las personas que necesitan la confirmación médica del embarazo a fin de solicitar un aborto, esta práctica no es uniforme ni obligatoria. Su disponibilidad depende exclusivamente del proveedor de servicios de salud. Como alternativa, la persona puede optar por acudir a un ginecólogo del sistema privado; pero esta opción implica un costo elevado. En consecuencia, las personas en situación de mayor vulnerabilidad social y económica se ven afectadas de manera desproporcionada y enfrentan obstáculos adicionales para acceder a una atención médica oportuna.

413 Para ver la lista oficial, consulte https://kormanyhivatalok.hu/ugyfelszolgalatok?illetokes-seg=&ugykor=14398&items_per_page=50 (11 de julio de 2025).

414 Véase, por ejemplo, el SPF en Kiskunfélegyháza: <https://kormanyhivatalok.hu/kormanyhivatalok/bacs-kiskun/megye/ugyfelszolgalat/kiskunfelegyhaza-6100-5>.

411 Ley LXXIX de 1992. artículo 6(1) a)-d).

412 Ley LXXIX de 1992, artículo 6(1) d).



Después de obtener la confirmación médica del embarazo, la persona embarazada está obligada a asistir a una segunda sesión de consejería con el SPF. Esta sesión debe celebrarse al menos tres días después de la sesión inicial. A diferencia de la primera consulta, la segunda no es anónima. Una vez concluida, se emite un certificado que acredita la asistencia a las sesiones de consejería y se remite al hospital donde se realizará el procedimiento. Dicho certificado debe incluir datos personales, ya que habilita al hospital para llevar a cabo la interrupción del embarazo. Tras el envío del certificado, la persona embarazada puede solicitar una cita para someterse al procedimiento de aborto. En total, se requieren al menos cuatro instancias obligatorias —dos sesiones de consejería, un examen médico y el aborto propiamente dicho—, todas ellas dentro del límite legal de 12 semanas contado desde la concepción⁴¹⁵.

Desafortunadamente, no existen datos oficiales disponibles sobre la duración total actual del procedimiento de aborto en Hungría. No obstante, un estudio realizado en 2024 por la PATENT Association, una organización defensora de los derechos de las mujeres, señala que las dos sesiones obligatorias de consejería ante el SPF suelen implicar demoras excesivas, lo que dificulta significativamente el acceso al aborto⁴¹⁶. Al preguntar cuánto tiempo había transcurrido entre el descubrimiento del embarazo y la primera sesión de consejería, una proporción considerable de las personas encuestadas respondió que entre una y dos semanas, aunque algunas indicaron haber esperado entre cuatro y cinco semanas. En cuanto al intervalo entre ambas sesiones, la respuesta más frecuente fue una semana, a pesar de que la ley solo exige un plazo mínimo de tres días. En consecuencia, la investigación sugiere que, por lo general, transcurren entre dos y tres semanas entre el descubrimiento del embarazo y la segunda sesión de consejería, tras la cual puede solicitarse una cita para el procedimiento propiamente dicho, lo que a su vez puede implicar una espera adicional de varios días. En términos absolutos, estos plazos pueden no parecer excesivos; sin embargo, teniendo en cuenta que muchas personas descubren su embarazo alrededor de la octava o novena semana de gestación, incluso un retraso de dos o tres semanas puede hacer imposible acceder al aborto dentro del límite legal de las doce semanas.

⁴¹⁵ También es importante señalar que en Hungría solo se permite el aborto quirúrgico. Por lo tanto, una mujer no puede acudir al hospital únicamente para obtener una receta médica y administrarse el medicamento por sí misma en casa, ni acceder a un aborto médico parcialmente administrado por expertos en el que la mujer toma el segundo medicamento abortivo en presencia del profesional sanitario.

⁴¹⁶ El estudio (en húngaro) se encuentre disponible en: https://mail.patent.org.hu/dokumentumok/Patent_Beszeljunk_az_abortuszrol_2024.pdf.



Por lo tanto, para cumplir con este plazo tan reducido, es esencial que las mujeres tengan acceso a todos estos servicios a una distancia razonable de su lugar de residencia. La cobertura territorial de los proveedores de servicios de salud debería garantizar ese acceso a nivel local; sin embargo, un análisis más detallado revela brechas evidentes en dicha cobertura, especialmente en el caso de los centros administrados por la Iglesia.

Acceso a los servicios de aborto como parte de la salud pública

El derecho a la atención médica en Hungría está garantizado por la Ley CLIV de 1997 sobre la salud (en adelante, la Ley de Salud). De conformidad con el artículo 7 de dicha ley, toda persona paciente tiene derecho a recibir una atención médica que esté justificada por su estado de salud, sea adecuada, esté disponible en todo momento y cumpla con el principio de igualdad de trato⁴¹⁷.

En Hungría, la atención médica se presta a través de un sistema de seguro social obligatorio. Los ciudadanos realizan aportes a la seguridad social, lo que otorga a las personas aseguradas el derecho a recibir servicios de salud⁴¹⁸. Los proveedores estatales de servicios de salud están sujetos a una obligación territorial de prestación, lo que significa que deben atender a las personas que residen en una zona geográfica específica. Si una persona proviene de fuera del área de cobertura asignada al proveedor, este no está obligado a atenderla, salvo en casos de urgencia. Los proveedores sólo pueden atender a pacientes de fuera de su área de servicio cuando ello no pone en riesgo la atención de la población que reside dentro de su territorio designado. En consecuencia, en teoría, un paciente —en este caso, una persona embarazada— puede acudir a cualquier hospital del país. Sin embargo, en la práctica, las instituciones pueden restringir este acceso negándose a admitir a personas embarazadas que provengan de fuera de su área de cobertura. Además, las limitaciones económicas y de tiempo constituyen barreras adicionales al acceso efectivo.

Solo los centros de salud que cumplen las condiciones establecidas por la ley pueden practicar abortos⁴¹⁹. Los establecimientos en los que es posible interrumpir un embarazo después de la duodécima semana están

⁴¹⁷ Ley CLIV de 1997 sobre la salud, artículo 7(1).

⁴¹⁸ <https://www.egeszsegvonalkov.hu/en/health-care-system/general-introduction.html>, consultado el 14 de febrero de 2025.

⁴¹⁹ Ley LXXIX de 1992 sobre la Protección de la Vida del Feto.



Afiche con la consigna «Restringir el aborto es violencia contra las mujeres», realizado por la artista húngara Lili Thury (@lilithury_works) y difundido por la Asociación Patent (@patentegyesulet) en el marco de su campaña por el Día Internacional del Aborto Seguro, 28 de septiembre de 2025. Imagen cortesía de la artista.

expresamente enumerados en un decreto ministerial⁴²⁰. Los equipos para la práctica del aborto solo están disponibles en instituciones de salud públicas que cuenten con departamentos de obstetricia y ginecología administrados por el Estado o por los gobiernos municipales⁴²¹. De ello se desprende que las instituciones privadas⁴²², incluidas aquellas administradas por entidades religiosas (iglesias), no están obligadas a mantener una unidad de aborto ni a prestar servicios de interrupción del embarazo⁴²³. En consecuencia, es posible que, aun cuando una institución disponga de un departamento de ginecología, no se realicen abortos en ella. Esta situación persiste a pesar de que las instituciones privadas, incluidas las administradas por la Iglesia, forman parte del sistema público de salud, dado que se comprometen a prestar servicios de salud pública en virtud de

contratos celebrados con el Estado. Esto implica que los hospitales administrados por entidades religiosas no funcionan como alternativas privadas al sistema estatal de salud, sino como proveedores que cumplen obligaciones sanitarias impuestas por el Estado. Asimismo, sus servicios son financiados por el Fondo Nacional del Seguro Médico.

420 Decreto N.º 32/1992 (XII. 23.) NM sobre la implementación de la Ley LXXIX de 1992 sobre la Protección de la Vida del Feto.

421 Ley LXXIX de 1992 sobre la Protección de la Vida del Feto, artículo 13(2).

422 A 31 de diciembre de 2024, había 155 instituciones en Hungría que disponían de camas hospitalarias. De ellas, 52 son instituciones no públicas, lo que significa que son de administración privada. Fondo Nacional del Seguro de Salud de Hungría (NEAK): Estadísticas sobre el número de camas hospitalarias y el flujo de pacientes [húngaro], 2024, https://www.neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalok/publikus_forgalmi_adatok/gyogyito_megelozo_forgalmi_adat/fekvobeteg_szakellatas_stat/korhazi_agyszam, pág. 35, consultado el 11 de julio de 2025.

423 Ley LXXIX de 1992 sobre la Protección de la Vida del Feto, artículo 13(2).



En Hungría, varias iglesias administran actualmente nueve instituciones con camas hospitalarias autorizadas⁴²⁴; sin embargo, no todas ellas tienen la categoría de hospital⁴²⁵. Las iglesias asumieron la gestión de la mayoría de estas instituciones entre 1990 y 2000, tras la transición a la democracia ocurrida entre 1989 y 1990⁴²⁶. No obstante, en los últimos cuatro años, otros tres hospitales —entre ellos el Hospital Greco-Católico San Damián, objeto del presente estudio de caso— han pasado a estar bajo administración eclesiástica⁴²⁷. Según datos de 2024 de la Oficina Central de Estadística de Hungría, aproximadamente el 2,8% de las camas hospitalarias del país se encuentran en instituciones administradas por iglesias⁴²⁸, lo que indica que los servicios de salud bajo administración eclesiástica siguen representando una porción relativamente reducida. Sin embargo, la ausencia de instituciones públicas en determinadas zonas puede plantear retos significativos para la disponibilidad efectiva de los servicios de salud. Por ejemplo, en el condado de Szabolcs-Szatmár-Bereg —territorio relevante para el caso que se analiza más adelante— la proporción de camas hospitalarias en centros administrados por la Iglesia es considerablemente mayor y alcanza el 16,69%⁴²⁹.

El Hospital San Damián, administrado por la Iglesia desde 2021, tiene actualmente la obligación de prestar servicios públicos de obstetricia y ginecología a 39

424 Estadísticas de recuento de camas de hospital y flujo de pacientes [húngaro], 2024, https://www.neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalok/publikus_forgalmi_adatok/gyogyito_megelozo_forgalmi_adat/fekvobeteg_szakellatas_stat/korhazi_agyszam, pág. 35, consultado el 11 de julio de 2025.

425 Entre las instituciones, solo hay cinco hospitales, un hospicio para niños, dos centros de rehabilitación para personas con adicciones y un centro para personas mayores y personas con discapacidad. Fondo Nacional del Seguro Médico de Hungría (NEAK): Estadísticas de recuento de camas de hospital y flujo de pacientes, 2024, https://www.neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalok/publikus_forgalmi_adatok/gyogyito_megelozo_forgalmi_adat/fekvobeteg_szakellatas_stat/korhazi_agyszam, consultado el 11 de julio de 2025.

426 El cambio de régimen en Hungría entre 1989 y 1990 se refiere a la transición pacífica de un sistema comunista de partido único bajo la influencia soviética a un sistema democrático multipartidista con elecciones libres y una economía de mercado.

427 Hospital Infantil de Bethesda: 1992; Hospital de la Federación de Comunidades Judías de Hungría: 1993; Hospital San Francisco Budapest: 1996; Hospital de Buda de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios: 2000; Hospital Greco-católico San Damián: 2021; Hospital del Beato Gerard: 2022; Centro de Neumología de la Iglesia Reformada: 2024.

428 Oficina Central de Estadística de Hungría: 4.1.1.19. Datos clave sobre hospitales por Main-tainer [húngaro] (11 de julio de 2025) https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0084.html.

429 Cálculo propio utilizando los datos de la siguiente publicación: Fondo Nacional del Seguro Médico de Hungría (NEAK): Estadísticas de recuento de camas de hospital y flujo de pacientes [húngaro], 2024, https://www.neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalok/publikus_forgalmi_adatok/gyogyito_megelozo_forgalmi_adat/fekvobeteg_szakellatas_stat/korhazi_agyszam, pág. 265, consultado el 11 de julio de 2025.



pequeñas aldeas del condado de Szabolcs-Szatmár-Bereg⁴³⁰, incluido Kisvárdá, un municipio de aproximadamente 17.000 residentes situado en la región de la Gran Llanura Septentrional de Hungría, una de las zonas más pobres del país, según la clasificación de Eurostat de 2022⁴³¹. Esto significa que las personas que viven en Kisvárdá y en otros municipios cercanos solo pueden acceder a las intervenciones obstétricas y ginecológicas financiadas por el Estado a través del Hospital San Damián. Dichas intervenciones deberían incluir el aborto como servicio de salud pública. Sin embargo, como se indicó anteriormente, pese a que prestan servicios de salud pública, los hospitales bajo administración eclesiástica no están legalmente obligados a mantener unidades que proporcionen atención para el aborto. En síntesis, la anomalía de este caso radica en que un proveedor administrado por la Iglesia desempeña una función pública esencial, pero no está jurídicamente obligado a cumplir las condiciones establecidas por el Estado para la prestación del aborto.

En estos casos, el uso de píldoras abortivas podría constituir una alternativa. Sin embargo, esta práctica es ilegal en Hungría. Las píldoras abortivas no están aprobadas como medicamentos en el país, lo que implica que cualquier persona que las obtenga o las utilice puede enfrentarse a sanciones administrativas, como multas, o incluso a penas de prisión ⁴³².

Informe de caso

Un caso especialmente llamativo que surgió en Hungría en 2024 ilustra con claridad las consecuencias preocupantes de transferir el control de los hospitales a las iglesias⁴³³, así como los problemas de accesibilidad geográfica. Esta situación atrajo la atención del Centro Europeo de Derechos de los Romaníes (ERRC) y de la Asociación Nacional de Familias Desfavorecidas de Hungría, lo que dio lugar a un mayor escrutinio público.

430 Ajak, Anarcs, Benk, Berkesz, Dombrád, Döge, Eperjeske, Fényeslitke, Gyulaháza, Győröcske, Gégény, Jéke, Kisvárdá, Komoró, Kékcse, Laskod, Lövőpetri, Mezőladány, Mándok, Nyírájkó, Nyírkársz, Nyírlövő, Nyírtass, Pap, Petneháza, Pátroha, Rétközberencs, Szabolcsbáka, Szabolcsveresmart, Tiszabездé, Tizsakanyár, Tizsamogyorós, Tizsaszentmárton, Tornyospálca, Tuzsér, Zsurk, Záhony, Újdombrád y Újkenéz.

431 <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/ddn-20240220-2>, consultado el 14 de febrero de 2025.

432 Ley II de 2012 sobre Infracciones Administrativas, Procedimientos Administrativos y Sistema de Registro de Infracciones Administrativas, artículo 199/A.

433 Esto significa que la propiedad o la administración de ciertos hospitales públicos se da a las instituciones religiosas, normalmente para permitirles operar las instalaciones de acuerdo con sus valores y al mismo tiempo proporcionar atención médica pública. Como se explicó en la sección anterior, esta práctica fue una tendencia entre 1990 y el 2000.



László Glonczí, presidente de la Asociación Nacional de Familias Desfavorecidas, ha viajado regularmente a Kisvárdá y sus alrededores. La población romaní constituye proporcionalmente una de las más numerosas de Hungría,⁴³⁴ y diversos estudios siguen demostrando que este grupo enfrenta un mayor riesgo de pobreza y exclusión social año tras año.⁴³⁵ Durante estas visitas, Glonczí recibió denuncias angustiosas de personas, en su mayoría romaníes en condición de pobreza extrema,⁴³⁶ que manifestaban su imposibilidad para acceder al aborto en el Hospital San Damián.

En respuesta a estas alarmantes afirmaciones, Glonczí presentó una solicitud de información pública⁴³⁷ a la clínica, cuya respuesta resultó preocupante. Aunque el hospital mantiene un contrato de financiación con el Estado y tiene una obligación territorial de prestar asistencia, únicamente practica abortos por indicaciones médicas (es decir, cuando el procedimiento debe realizarse por razones médicas, como una afección que pone en peligro la vida de la persona embarazada o la inviabilidad del feto), pero no por la existencia de una “crisis grave” cuando esta no está relacionada con la salud.

Mientras redactábamos este informe, nosotros (la Hungarian Civil Liberties Union) también presentamos una solicitud de información pública al hospital para confirmar nuestra interpretación. En su respuesta, nos informaron de que, desde que la Iglesia asumió la administración del hospital, han dejado de practicar abortos que no estén médicamente justificados, por considerarlos incompatibles con las enseñanzas de la Iglesia. Señalaron que esta decisión es definitiva, lo que implica que el hospital seguirá absteniéndose de practicar abortos por lo que denominan “motivos de planificación familiar”. En consecuencia, el hospital se dirigió a su órgano de supervisión profesional, el Centro Nacional de Salud Pública y Farmacia, con el fin de que se designe otro hospital dentro de su territorio para la realización de abortos sin justificación médica.

434 Péntes, János; Pásztor, István Zoltán; Tátrai, Patrik y Kóti, Tibor (2019): “Roma Population in Hungary – Spatial Distribution and its Temporal Changes”. Deturope – *The Central European Journal of Regional Development and Tourism* Vol. 11, Edición 3, págs. 152–153.

435 Nivel de vida de los hogares. Indicadores de pobreza para la población romaní [húngaro], Oficina Central de Estadística de Hungría, 2021–2022, <https://ksh.hu/s/helyzetkep-2022/#/kiadvany/a-haztartasok-eletszinvonala/a-roma-nepesseg-szegenysegmutatoi>, consultado el 14 de febrero de 2025.

436 Según la Oficina Central de Estadística de Hungría, más del 60% de la población romaní de Hungría estaba en riesgo de pobreza en 2022, y más del 50% vivía condiciones de privación material severa. Fuente: <https://ksh.hu/s/helyzetkep-2022/#/kiadvany/a-haztartasok-eletszinvonala/a-roma-nepesseg-szegenysegmutatoi>.

437 Una solicitud de información pública es un instrumento jurídico que permite a cualquier persona solicitar el acceso a los datos en poder de las autoridades públicas; en Hungría, toda persona tiene derecho a presentar dicha solicitud a cualquier autoridad para obtener información de interés público.



La ciudad más cercana donde se practican abortos es Nyíregyháza, situada a 50 km de Kisvárda. Muchos residentes de los municipios circundantes necesitan utilizar al menos dos medios de transporte para desplazarse hasta Nyíregyháza. Este trayecto puede durar hasta dos horas en transporte público y supone una carga económica significativa, especialmente para las personas que viven en condiciones de pobreza extrema.

A la luz de esta situación, Glonczi se puso en contacto con el ERRC para solicitar apoyo. De manera conjunta, presentaron una denuncia ante el Defensor del Pueblo Adjunto para la protección de los derechos de las nacionalidades en Hungría, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 8 y 9 de la Ley CXXV de 2003 sobre la igualdad de trato y la promoción de la igualdad de oportunidades⁴³⁸. En su denuncia, sostuvieron que las prácticas del hospital discriminaban tanto a las personas que viven en condiciones de pobreza extrema como a la comunidad romaní. La denuncia fue presentada en abril de 2024 y registrada por el Defensor del Pueblo Adjunto, quien ha iniciado una investigación; sin embargo, hasta la fecha no se han comunicado los resultados.

Procedimientos judiciales contra la discriminación en Hungría y evaluación del caso concreto

En el ordenamiento jurídico húngaro, las vulneraciones de la normativa antidiscriminatoria pueden abordarse por dos vías principales: el Defensor del Pueblo y los tribunales.

La función principal del Defensor del Pueblo húngaro —oficialmente, el Comisionado para los Derechos Fundamentales— es proteger y promover los derechos humanos y los derechos constitucionales fundamentales. El Defensor del Pueblo investiga denuncias contra las autoridades públicas, así como contra los proveedores de servicios públicos, por ejemplo, los hospitales, y puede iniciar procedimientos o proponer cambios en las leyes o prácticas que vulneren los derechos. No obstante, dichas propuestas no son jurídicamente vinculantes. El Defensor del Pueblo cuenta con el apoyo de dos defensores adjuntos: uno encargado de los derechos de las minorías nacionales y otro de la protección de los intereses de las generaciones futuras. Los defensores adjuntos ejercen principalmente funciones consultivas y de formulación de propuestas⁴³⁹.

438 Estos artículos de la Ley tratan sobre la discriminación directa por motivos de origen étnico y propiedad, así como la discriminación indirecta. El ERRC sostiene que la práctica del hospital discrimina directamente a las personas que viven en la pobreza extrema en la zona e indirectamente a la comunidad romaní que vive en la pobreza extrema en la zona.

439 Ley CXI de 2011 sobre el Comisionado para los Derechos Fundamentales, artículos 1-3.



Si bien el Defensor del Pueblo puede emitir informes con el fin de formular recomendaciones a las autoridades públicas o proponer cambios legislativos, dichos informes no son jurídicamente vinculantes. Por su parte, los defensores adjuntos no pueden emitir informes de manera independiente, sino que se encargan de supervisar los derechos de los grupos a los que representan y pueden recomendar la apertura de investigaciones cuando se detectan vulneraciones⁴⁴⁰.

El ERRC ha presentado una denuncia ante el Defensor del Pueblo Adjunto para la Protección de los Derechos de las Minorías Nacionales, que, en teoría, constituye el foro más adecuado para abordar el incumplimiento por parte del Estado de su obligación de garantizar el acceso universal a la atención médica, incluidos los servicios de aborto. En un escenario ideal, el Defensor del Pueblo se encontraría en una posición sólida para recomendar enmiendas legislativas o instar al Estado a adoptar medidas destinadas a subsanar esta deficiencia.

Sin embargo, la eficacia del Defensor del Pueblo como órgano de protección de los derechos fundamentales ha disminuido considerablemente en los últimos años. Una clara señal de este deterioro fue la decisión de la Alianza Global de las Instituciones Nacionales de Derechos Humanos (GANHRI, por sus siglas en inglés) de rebajar la calificación del Defensor del Pueblo húngaro de la categoría “A” a la “B” en 2022⁴⁴¹. Este descenso se basó en la incapacidad de la institución para abordar adecuadamente diversas cuestiones relacionadas con los derechos humanos, incluidas las vulneraciones contra minorías étnicas en situación de vulnerabilidad, personas refugiadas, migrantes y personas LGBTQ+. Además, el Defensor del Pueblo ha mostrado deficiencias en la protección de la población civil, en la garantía de la libertad de prensa y en la defensa de la independencia del poder judicial. Asimismo, se ha abstenido de remitir asuntos políticamente sensibles a la Corte Constitucional, lo que, según la GANHRI, suscita serias preocupaciones sobre su independencia⁴⁴².

Otro factor que contribuyó al cambio de clasificación fue la fusión, en 2021, de la Autoridad para la Igualdad de Trato —un órgano independiente— con la Oficina del Comisionado para los Derechos Fundamentales. Como resultado, dicha autoridad pasó a funcionar como la Dirección General para la Igualdad de Trato dentro de la Oficina del Comisionado. Esta reorganización sitúa a la Oficina del Comisionado en una posición institucional singular, ya que reúne tanto las funciones tradicionales

440 Ley CXI de 2011 sobre el Comisionado para los Derechos Fundamentales, artículo 3.

441 <https://ennhri.org/our-members/hungary/>, consultado el 18 de febrero de 2025.

442 GANHRI, *Informe y recomendaciones del período de sesiones virtual del Subcomité de Acreditación. 14 a 24 de junio de 2021*, págs. 12-15 <https://ganhri.org/wp-content/uploads/2021/08/SP-SCA-Report-June-2021.pdf> consultado el 18 de febrero de 2025.



de protección jurídica propias de un defensor del pueblo como las competencias de una autoridad administrativa. En teoría, la Dirección General para la Igualdad de Trato continúa actuando como autoridad pública, lo que podría ofrecer una protección jurídica eficaz en este contexto, dado que tiene la facultad de determinar vulneraciones del derecho a la igualdad de trato y de dictar decisiones vinculantes y ejecutables.

Sin embargo, según nuestra experiencia, la eficacia de esta autoridad ha disminuido significativamente desde la fusión. Entre los indicadores de este deterioro se encuentran una reducción drástica del número de casos tramitados, un aumento sustancial de los tiempos de resolución y una tendencia preocupante por parte de la Dirección General a no actuar contra organismos gubernamentales ni en casos que implican cuestiones políticamente delicadas, como las opiniones políticas y la orientación sexual⁴⁴³. Aunque el gobierno húngaro, que se autodenomina un “Gobierno nacional cristiano”, no se ha opuesto abiertamente al derecho al aborto, ha obstaculizado reiteradamente el acceso a este por otros medios. En consecuencia, el aborto también se considera un tema políticamente sensible. Por estas razones, consideramos que remitir asuntos a la Dirección General para la Igualdad de Trato resulta ineficaz.

Los tribunales constituyen otra vía para abordar la discriminación, pero ofrecen un tipo de protección fundamentalmente distinto del que proporciona el Defensor del Pueblo. Los casos de discriminación pueden ser objeto de demandas de responsabilidad civil, que operan como un mecanismo de protección jurídica subjetiva. Si bien estas demandas permiten a las personas solicitar una reparación por la vulneración de sus derechos, no generan una protección jurídica objetiva. En Hungría, el sistema judicial no funciona con arreglo a un modelo basado en precedentes, como ocurre en los sistemas de derecho anglosajón. Esto implica que incluso una sentencia judicial bien fundamentada y progresista no es suficiente, por sí sola, para provocar un cambio sistémico. Aunque es posible invocar decisiones favorables dictadas por otros tribunales en casos similares, los jueces húngaros no están vinculados por dichas sentencias al momento de emitir fallos. Cada tribunal decide de manera independiente, y un juez puede optar por dictar una sentencia distinta a otra previa que haya llegado a una conclusión contraria frente a hechos similares. En consecuencia, las demandas judiciales no resultan adecuadas para proteger los derechos de todas las personas de la región

443 “Criticism of the functioning of the Equal Treatment Authority”, *HCLU*, 20 de marzo de 2024 <https://tasz.hu/cikkek/az-egyenlo-banasmod-vedelmere-hivatott-hatosag-mukodesenek-kritika/>, consultado el 18 de febrero de 2025.



ni para exigir el cumplimiento de medidas estatales que garanticen el acceso al aborto.

En conclusión, nuestra postura es que la creciente tendencia a la administración de hospitales por parte de la Iglesia plantea un reto significativo en Hungría. Una consecuencia notable de esta tendencia es que los proveedores de servicios de salud afiliados a la Iglesia no están legalmente obligados a prestar servicios de aborto, lo que puede restringir considerablemente el acceso a estos servicios para las personas que viven en condiciones de pobreza extrema, que en su mayoría pertenecen a la comunidad romaní. Esta situación requiere la intervención del Estado, ya sea mediante la modificación de la legislación contradictoria o garantizando la disponibilidad de servicios de aborto seguros y accesibles en todo el territorio húngaro. Además, para las ONG que buscan abordar esta problemática a nivel comunitario y no individual, el abanico de instituciones dedicadas a la protección de los derechos fundamentales es muy limitado y su eficacia general resulta insuficiente.

Evaluación del problema a la luz de la legislación húngara

La denuncia del ERRC pone de relieve la crítica intersección entre la atención médica, la pobreza y los derechos fundamentales, y plantea interrogantes urgentes sobre el incumplimiento de las obligaciones del Estado. Dado que la normativa sobre el aborto constituye una *lex specialis*⁴⁴⁴ en relación con la legislación general en materia de salud, no parece ilegal, en sentido estricto, que un hospital administrado por la Iglesia se abstenga de prestar servicios de aborto o los limite a los casos de indicación médica. No obstante, la situación se vuelve especialmente problemática cuando el único hospital accesible en una región en condiciones de extrema pobreza está administrado por una institución religiosa y se niega a prestar servicios de aborto salvo que exista una indicación médica, denegando el procedimiento cuando este se solicita exclusivamente en virtud de la decisión de la persona embarazada.

Como se señaló anteriormente, la Ley de Salud establece que todas las personas tienen derecho a recibir una atención médica que cumpla con el principio de igualdad de trato. Sin embargo, en este caso, la vulneración de dicha garantía no es atribuible al hospital, sino al Estado, pues este hospital actúa de conformidad con la legislación vigente. Corresponde, por tanto, al Estado garantizar que exista

444 Una *lex specialis*, es decir, una ley específica o especializada, tiene precedencia sobre la ley general de salud, que es una ley más general, ya que ambas leyes abordan el mismo tema.



en la región al menos un proveedor de servicios de salud que esté en condiciones de practicar abortos.

Se plantea la cuestión de si esta situación constituye una vulneración del derecho a la salud por parte del Estado. De conformidad con el artículo XX de la Ley Fundamental de Hungría, toda persona tiene derecho a la salud física y mental. No obstante, dicha disposición también define la manera en que el Estado promueve este derecho: entre otras cosas, el Estado está obligado a organizar la prestación de los servicios de salud. Según la jurisprudencia constante de la Corte Constitucional, la organización del sistema de salud y su financiación a través del seguro médico constituyen una obligación del Estado, y no un derecho fundamental subjetivo y directamente exigible por el individuo⁴⁴⁵. En la práctica, el Estado debe establecer un sistema que funcione, sea eficiente y seguro. Sin embargo, goza de un amplio margen de discrecionalidad en cuanto a los métodos y las modalidades de su organización, así como a las normas que rigen su financiación. Por lo general, de esta obligación del Estado no se deriva ningún derecho a servicios de salud específicos. El límite absoluto de esta libertad es que el Estado no puede excluir a nadie del sistema único de atención⁴⁴⁶.

Conclusión

En resumen, resulta evidente que, en una región que se encuentra entre las más pobres del país, exigir a las personas que recorran casi 50 km para acceder a un aborto constituye una práctica discriminatoria. Esta distancia impone una carga desproporcionada a las personas que viven en situación de pobreza en comparación con otras que solicitan el mismo servicio en contextos más favorables. Este problema adquiere una gravedad particular en el caso de la población romaní de la zona.

Dado que ni los procedimientos ante el Defensor del Pueblo ni los procesos judiciales constituyen herramientas eficaces para lograr un cambio sistémico en Hungría, resulta necesario recurrir a la labor de incidencia y defensa de los derechos para abordar este problema.

Un enfoque estratégico consiste en colaborar con el personal de salud. Las iniciativas de incidencia pueden centrarse en influir en las organizaciones médicas

445 Esbozado por primera vez en la Decisión no. 77/1995 (XII. 21.) de la Corte Constitucional de Hungría, <https://jogkodex.hu/doc/1928700>. Recientemente confirmado en la Decisión no. 3087/2022. (III. 10.) de la Corte Constitucional, <https://jogkodex.hu/doc/7855108>.

446 Véase Zakariás, Kinga: Az egészséghez való jog [El derecho a la salud]. En Jakab, András; Könczöl, Miklós; Menyhárd, Attila and Sulyok, Gábor (eds.): *Internetes Jogtudományi Enciklopédia* (Enciclopedia Jurídica en Línea) <http://jototen.hu/szocikk/az-egeszseghez-valo-jog> (2023), [32].



y los órganos profesionales para que aborden el uso excesivo de la objeción de conciencia y promuevan regulaciones más claras que garanticen que nadie vea negado el acceso a los servicios de aborto por motivos institucionales. Asimismo, los programas de formación y sensibilización dirigidos al personal sanitario, especialmente en las zonas rurales desatendidas, pueden contribuir a reducir las barreras informales que dificultan el acceso.

Las campañas de sensibilización pública son otro instrumento esencial. Los mensajes fundamentados en testimonios personales que evidencien experiencias de denegación de atención médica, combinados con datos sobre las disparidades regionales, pueden aumentar la empatía y la comprensión del público. Asimismo, el uso estratégico de los medios de comunicación y de las plataformas digitales permite visibilizar la brecha entre los derechos legales y la disponibilidad real de los servicios.

A nivel político, colaborar con los gobiernos locales puede generar oportunidades para respaldar el acceso a los servicios de aborto a nivel municipal. Asimismo, la presentación de peticiones específicas y cartas abiertas dirigidas a las autoridades pertinentes contribuye a visibilizar el problema. La cooperación con políticos de la oposición o con miembros del parlamento que apoyan la causa puede, además, fomentar un espacio de debate público y de incidencia legislativa.

Por último, la creación de alianzas con organizaciones de la sociedad civil nacionales y con organismos internacionales de derechos humanos puede amplificar el impacto de las iniciativas, aportando conocimientos jurídicos, datos fiables y plataformas más amplias para difundir mensajes al público. La formación de coaliciones fortalece tanto la credibilidad como el alcance de las campañas de incidencia.



Capítulo 5 Defender el acceso: Zonas seguras y derecho al aborto

Introducción

Muyenga Mugerwa-Sekawabe, coordinador del área de Igualdad y Equidad de INCLO y abogado del Legal Resources Centre (LRC)

En muchas jurisdicciones, la lucha por garantizar un acceso efectivo a la atención para el aborto no termina con su legalización. Incluso en los lugares donde el aborto es legal, quienes buscan estos servicios —así como los proveedores que los ofrecen— a menudo enfrentan intimidación, estigmatización y protestas diseñadas para disuadirlos o avergonzarlos. Este capítulo examina dos estudios de caso, uno en Irlanda y otro en Australia, y analiza cómo las organizaciones defensoras del derecho al aborto han recurrido a los marcos de derechos humanos y al litigio estratégico para establecer “zonas de acceso seguro” alrededor de los servicios de aborto. En conjunto, estos ejemplos muestran que la protección de los derechos reproductivos requiere no solo el reconocimiento legal del aborto, sino también la capacidad práctica de ejercer este derecho sin acoso ni interferencias.

El caso de Irlanda sitúa las zonas de acceso seguro en el contexto del país tras la derogación de la Octava Enmienda. Tras el referéndum de 2018 y la promulgación de la Ley de Salud (Regulación de la Interrupción del Embarazo) de 2018, los servicios de aborto se hicieron legalmente accesibles en circunstancias específicas, aunque continuaron siendo objeto de controversia social. Las protestas contra el aborto frente a las clínicas se dirigían tanto a las pacientes como al personal de salud, socavando su dignidad, intimidad y bienestar mental. Basándose en las disposiciones constitucionales y en la legislación sobre derechos humanos, los defensores y las defensoras de las libertades civiles concluyeron que las zonas de acceso seguro representan una interferencia proporcionada con el derecho a protestar. Tras una labor de incidencia sostenida, se promulgó la Ley de Salud (Servicios de Interrupción del Embarazo) (Zonas de Acceso Seguro) de 2024, marcando un avance clave para garantizar que el aborto no solo sea legal, sino también accesible en la práctica y libre de intimidación.

Por otro lado, la experiencia de Australia ofrece una perspectiva complementaria sobre cómo las estrategias legales y de incidencia pueden reforzarse mutuamente. Entre 2002 y 2023, todos los estados y territorios australianos despenalizaron el aborto e introdujeron leyes de zonas de acceso seguro, lo que culminó en una decisión del Tribunal Supremo de 2019 que confirmó su constitucionalidad. Las defensoras y los defensores combinaron litigio estratégico, sensibilización pública y creación de coaliciones para visibilizar el daño causado por las protestas frente



En respuesta a la revocación de Roe v. Wade en Estados Unidos y a los ataques a los derechos de las mujeres a nivel global, miles de personas se movilizan en Melbourne, Australia, en solidaridad con los derechos al aborto. Foto de Matt Hrkac, vía Flickr, bajo licencia Creative Commons CC BY 2.0.

a las clínicas y proteger el derecho a acceder a la atención médica con dignidad.

El caso de Australia ilustra cómo el razonamiento jurídico fundamentado en los principios de derechos humanos puede conciliar la libertad de expresión con los derechos a la seguridad, la intimidad y la igualdad, contribuyendo a la construcción de una política de salud reproductiva más inclusiva.

En conjunto, estos estudios de caso ponen de relieve una lección común: el ejercicio de los derechos reproductivos no depende únicamente de los cambios legislativos, sino también de la protección de los espacios en los que se presta la atención. Las zonas de acceso seguro constituyen un límite crucial, pues salvaguardan la autonomía, la igualdad y la dignidad al garantizar que el derecho al aborto pueda ejercerse sin temor, estigmatización ni interferencias.



Miles de personas se movilizan en Melbourne, Australia, en solidaridad con los derechos al aborto. Foto de Matt Hrkac, vía Flickr, bajo licencia Creative Commons CC BY 2.0.

Del estigma a la seguridad: Mejorar el acceso al aborto seguro en Australia

Adrianne Walters, directora legal asociada del Human Rights Law Centre (HRLC)

El Human Rights Law Centre utiliza los términos “personas”, “pacientes”, “mujeres” y “personas no binarias” cuando corresponde, en reconocimiento de que muchas personas que experimentan un embarazo no se identifican como mujeres.

Introducción

El aborto está despenalizado en todos los estados y territorios de Australia desde 2023. Todas las jurisdicciones también cuentan con leyes que establecen zonas seguras alrededor de los centros que prestan servicios de aborto, con el fin de proteger a pacientes y personal frente al acoso. Aunque no es un sistema perfecto, la reforma de la legislación sobre el aborto en Australia ha avanzado



en una dirección positiva, especialmente en un contexto global de retrocesos significativos, como ocurre en Estados Unidos, donde numerosos estados promueven leyes cada vez más restrictivas que penalizan y controlan los cuerpos de las personas embarazadas.

El Human Rights Law Centre (el Centro), una organización jurídica australiana dedicada a la defensa de los derechos humanos, ha trabajado de manera colaborativa con personal médico y de enfermería, autoridades políticas, activistas proaborto y, de manera fundamental, con personas que han vivido la experiencia del aborto, para impulsar estas reformas legislativas. Nuestros esfuerzos se han centrado en una estrategia intersectorial y multijurisdiccional, que combina diversas tácticas, como litigios estratégicos, campañas de comunicación creativas y audaces, y una labor sostenida de incidencia política. Este artículo se enfoca en el uso del litigio estratégico y las estrategias de incidencia asociadas para consolidar argumentos sólidos a favor de las zonas de acceso seguro y ofrecer una plataforma que favorezca el avance en la despenalización del aborto.

Aunque este artículo se centra en la experiencia del Centro, reconocemos las generaciones de activismo por el derecho al aborto que han sentado las bases de nuestro trabajo, y en particular a las mujeres de las Primeras Naciones que han luchado por la justicia reproductiva y se han resistido tanto a la coacción reproductiva como a la separación forzosa de sus hijos.

Breve historia de las leyes sobre el aborto en Australia

En Australia, las leyes sobre el aborto son competencia de los gobiernos estatales y territoriales, y no del gobierno federal⁴⁴⁷. Como parte de la colonización británica de Australia, cada estado y territorio basó su legislación en la Ley Británica de Delitos Contra las Personas de 1861, que tipificaba el aborto como delito y establecía penas de hasta cadena perpetua.

Desde finales de la década de 1960, gracias a la presión de las activistas feministas, las leyes sobre el aborto se fueron liberalizando de manera gradual, mediante reformas parlamentarias en algunos estados y sentencias judiciales en otros. No obstante, el aborto continuaba regulándose a través de excepciones a las leyes penales, lo que generaba un temor constante, estigmatización, acoso

447 Bayliss, F., & de Costa, C. (2019). The legal status of abortion in Australia: variations across jurisdictions. *Public Health Research & Practice*, 29(2). <https://doi.org/10.17061/phrp2921916>.



Movilización por los derechos reproductivos en Australia. Foto de Human Rights Law Centre.

frente a las clínicas y desatención gubernamental en esta área crucial de la atención sanitaria⁴⁴⁸.

Desde principios del siglo XXI, Australia ha experimentado nuevas oleadas de reformas legislativas en distintos estados y territorios, comenzando con la despenalización del aborto en el Territorio de la Capital Australiana en 2002⁴⁴⁹. En el estado de Victoria, el aborto fue despenalizado en 2008, y en 2016 se introdujeron zonas seguras alrededor de las clínicas, tras un litigio estratégico que evidenció que el Estado no protegía adecuadamente a quienes buscaban atención médica legal⁴⁵⁰. En otros estados, como Nueva Gales del Sur y Australia Occidental,

448 Véase, por ejemplo, Ronli Sifris, "Abortion in Australia: Law, Policy, and the Advancement of Reproductive Rights" en Mary Ziegler (ed.), *Research Handbook on International Abortion Law* (Edward Elgar Publishing, 2023) págs. 124 y 125. Véase también Kathryn J. LaRoche et al., "'We Have to Make Sure You Meet Certain Criteria': Exploring Patient Experiences of Criminalisation of Abortion in Australia" (2021) 31(3) *Public Health Research & Practice* 1, págs. 6–7.

449 Ley sobre delitos (abolición del delito de aborto) de 2002 (Territorio de la Capital Australiana). Cabe señalar que en 1998 se llevaron a cabo reformas en Australia Occidental que otorgaron a los pacientes una importante autonomía jurídica; sin embargo, estas reformas se aplicaron mediante una excepción en las leyes penales estatales sobre el aborto y, por lo tanto, no dieron lugar a una despenalización propiamente dicha.

450 Véase la Ley de Reforma de la Ley sobre el aborto de 2008 (Victoria); Enmienda de la Ley de Salud Pública y Bienestar (Zonas de Acceso Seguro) de 2015 (Vic) s 5, que incorpora la Ley de salud pública y bienestar 2008 (Vic) pt 9A; *Fertility Control Clinic v Melbourne City Council* (2015) 47 VR 368.



Leyes sobre el aborto en 2025

	Despenalización	Zonas de acceso seguro
Territorio de la Capital Australiana	Sí (2002)	Sí (2015)
Victoria	Sí (2008)	Sí (2016)
Tasmania	Sí (2013)	Sí (2013)
Territorio del Norte	Sí (2017)	Sí (2017)
Queensland	Sí (2018)	Sí (2018)
Nueva Gales del Sur	Sí (2019)	Sí (2019)
Australia Meridional	Sí (2022)	Sí (2022)
Australia Occidental	Sí (2023)*	Sí (2022)

Reformas de la legislación sobre el aborto en los estados y territorios australianos al 22 de julio de 2025. Human Rights Law Centre.

se consideró políticamente más factible establecer primero zonas seguras antes de abordar la despenalización del aborto.

En 2023, tras décadas de campañas a favor del derecho a decidir, debates parlamentarios e impugnaciones jurídicas, el aborto realizado por profesionales calificados fue eliminado de las leyes penales en todos los estados y territorios de Australia, y se implementaron leyes de zonas de acceso seguro en todo el país.

En general, una persona que desee abortar en Australia puede estar segura de que, por ley, la decisión le corresponda hasta la decimosexta semana de gestación en un estado y entre las vigesimosegunda y la vigesimocuarta semana en otros⁴⁵¹. Pasado ese plazo, debe intervenir un segundo médico y este debe determinar que se cumplen los criterios legales pertinentes. Las personas también tiene derecho a acceder a servicios de aborto de manera segura, sin tener que sufrir abusos

451 Véase la Ley de salud reproductiva (acceso a la interrupción del embarazo) de 2013 (Tasmania), en la que los médicos autorizan las interrupciones hasta las 16 semanas de gestación con el consentimiento del paciente, y después de eso, cuando dos profesionales acuerdan que se cumple la norma legal. En otras jurisdicciones se ha adoptado un marco similar, pero se concede más tiempo a las pacientes para que tomen la decisión por sí mismas antes de que dos médicos intervengan para determinar si se cumplen los requisitos legales pertinentes (24 semanas en Victoria y el Territorio del Norte, 23 semanas en Australia Occidental y 22 semanas en Queensland, Nueva Gales del Sur y Australia Meridional). Solo una jurisdicción, el Territorio de la Capital Australiana, no tiene un límite gestacional establecido en la ley.



ni agresiones frente a las clínicas⁴⁵². Los médicos que se acogen a la objeción de conciencia⁴⁵³ al aborto suelen estar obligados a derivar a sus pacientes a un servicio que pueda atenderlas⁴⁵⁴. En algunas jurisdicciones, las leyes también permiten que el personal de enfermería y las parteras presten atención temprana para el aborto en determinadas circunstancias, lo cual es fundamental para mejorar el acceso a la atención, especialmente en las vastas zonas regionales y remotas de Australia⁴⁵⁵.

Aunque no es el tema central de este artículo, cabe señalar que persisten importantes problemas de implementación, financiación y disponibilidad de personal en los sistemas de salud de Australia, que hacen que la atención para el aborto sea inaccesible o se preste de manera tardía y costosa para muchas personas. Estas barreras afectan de forma desproporcionada a quienes viven en zonas regionales y remotas, a las personas con bajos ingresos y a aquellas que ya experimentan discriminación sistémica en los entornos sanitarios⁴⁵⁶.

Zonas de acceso seguro

El Centro participó por primera vez en la reforma de la legislación sobre el aborto en 2012, centrándose inicialmente en los abusos dirigidos contra las pacientes frente a las clínicas en el estado de Victoria, donde el aborto fue despenalizado en 2008.

Una clínica de Melbourne se puso en contacto con el Centro para informarle del daño y el trauma que sufrían tanto sus pacientes como su personal como consecuencia del acoso y los abusos diarios que tenían lugar frente a la clínica.

452 Las zonas de seguridad prohíben ciertos comportamientos nocivos y pueden extenderse entre 50 y 150 metros alrededor de los establecimientos que ofrecen abortos, dependiendo de la jurisdicción. Véase la Ley de salud 1993 (LEY) div 6,2; la Ley de salud pública de 2010 (Nueva Gales del Sur) pt 6A; la Ley de reforma de la Ley de interrupción del embarazo de 2017 (NT) pt 3; la Ley de interrupción del embarazo de 2018 (Qld) pt 4; la Ley de salud reproductiva (acceso a las interrupciones) de 2013 (Tas) s 9; la Ley de salud pública y bienestar de 2008 (Vic) pt 9A; la Ley de salud de 2008 (SA) pt 5A; la Ley de salud pública de 2016 (WA) pt 12C.

453 En el contexto del aborto, la objeción de conciencia es la negativa de un profesional sanitario a participar en un aborto debido a sus creencias morales o religiosas personales.

454 En la mayoría de las jurisdicciones, los profesionales con una objeción de conciencia deben revelar su objeción y derivar a la paciente a un profesional o servicio que sepan que no tiene una objeción de conciencia, además de proporcionar información emitida por el gobierno sobre todos los servicios relacionados con el embarazo. Véase, por ejemplo, la Ley de salud pública de 2016 (Australia Occidental) ss 202MH y 202MI.

455 Véase, por ejemplo, la Ley de Reforma de la Ley de Aborto de 2019 (Nueva Gales del Sur), art. 5. Véase también la Ley de interrupción del embarazo de 2018 (Queensland) s 6A.

456 Véase Comité de Referencias de Asuntos Comunitarios del Senado, Parlamento de Australia, Ending the postcode lottery: Addressing barriers to sexual, maternity and reproductive health-care in Australia (Informe, mayo de 2023) págs. 45–79, https://www.aph.gov.au/Parliamentary_Business/Committees/Senate/Community_Affairs/ReproductiveHealthcare/Report.



Nos explicaron que pacientes y personal eran hostigados a plena luz del día por personas con opiniones antiabortistas extremas y que:

- » bloqueaban la entrada de la clínica y la acera exterior;
- » los seguían desde y hacia sus automóviles o paradas de transporte público;
- » los empujaban y golpeaban;
- » les dirigían comentarios aterradores, ofensivos y médicamente engañosos, como llamarlos “asesinos de niños”;
- » los exponían a material gráficos, incluidas imágenes de fetos desmembrados y comparaciones con el Holocausto y los linchamientos; y
- » Proferían gritos y cánticos antiabortistas que podían oírse incluso a través de las paredes de la clínica⁴⁵⁷.

La policía ha logrado condenas por delitos que incluyen amenazas de muerte, obscenidad, agresión y asesinato. En un suceso trágico, en 2001, el guardia de seguridad de la clínica Steve Rogers fue asesinado por un extremista antiabortista⁴⁵⁸.

Cuando comenzamos a trabajar con la clínica, ninguna jurisdicción de Australia había establecido zonas de acceso seguro alrededor de los centros que prestaban servicios de aborto. Estas zonas existían desde hacía años en Estados Unidos y Canadá, donde los tribunales habían determinado que los perímetros de tamaño razonable no constituían una restricción ilegítima de los derechos a la libertad de expresión ni a la libertad de reunión. La clínica de Melbourne había realizado esfuerzos sostenidos para convencer tanto al consejo local como al gobierno estatal de que adoptaran medidas al respecto, pero sin éxito.

Litigio estratégico en el contexto de Australia

Los litigios estratégicos en materia de derechos humanos pueden ser especialmente complejos en Australia, dado que el país carece de una carta constitucional o de una legislación nacional integral en materia de derechos

457 Véase, por ejemplo, Ronli Sifris y Tania Penovic, “Anti-Abortion Protest and the Effectiveness of Victoria’s Safe Access Zones: An Analysis” (2018) 44(2) *Monash University Law Review*, pág. 317. Véase también Human Rights Law Centre, Solicitudes del Human Rights Law Centre para comparecer como amicus curiae (Tribunal Supremo de Australia, 25 de mayo de 2018) [30], en <https://www.hcourt.gov.au/cases-and-judgments/cases/decided/case-m462018>.

458 Véase Tammy Mills, “From a murder to the High Court: How abortion clinic safe access zones came in”, *The Age* (4 de enero de 2022), <https://www.theage.com.au/national/victoria/murder-to-the-high-court-how-victoria-s-abortion-clinic-buffer-zones-came-in-20220104-p59low.html>.



El equipo de litigio del Human Rights Law Centre junto a la Dra Susie Allanson por la lucha por zonas de acceso seguro. Foto de Human Rights Law Centre.

humanos⁴⁵⁹. La Constitución australiana reconoce únicamente un número limitado de garantías, entre ellas una protección parcial de la libertad religiosa⁴⁶⁰ y una libertad implícita de comunicación política, desarrollada por la jurisprudencia⁴⁶¹. Además, el Tribunal Supremo de Australia ha tendido históricamente a adoptar un enfoque restrictivo a la hora de considerar las obligaciones internacionales del Estado en materia de derechos humanos. Las intervenciones *amicus curiae*, que desempeñan un papel significativo en otras jurisdicciones —como Brasil, Sudáfrica o los Estados Unidos—, suelen tener un impacto jurídico limitado en los tribunales australianos.

A nivel estatal y territorial, sólo tres jurisdicciones australianas cuentan con legislación en materia de derechos humanos. Victoria es una de ellas, tras la adopción en 2006 de la Carta de Derechos Humanos y Responsabilidades⁴⁶² (la Carta). No obstante, la Carta no crea un derecho autónomo de acción judicial.

459 Véase <https://humanrightsact.org.au> para más información sobre la necesidad de una ley nacional de derechos humanos.

460 Constitución de Australia, 116.

461 Los casos clave que definen la libertad implícita incluyen: *Nationwide News Pty Ltd v Wills* (1992) 177 CLR 1; *Australian Capital Territory Pty Ltd v the Commonwealth* (1992) 177 CLR 106; *Lange v Australian Broadcasting Corporate* (1997) 189 CLR 520; *Unions NSW v New South Wales* (2013) 252 CLR 530; *McCloy v New South Wales* (2015) 257 CLR 178.

462 2006 (Vic).



Para que un reclamo basado en derechos humanos pueda ser examinado por los tribunales, debe estar vinculado a una causa de acción independiente —como un procedimiento de derecho administrativo o una demanda en responsabilidad civil— en cuyo marco puedan invocarse las obligaciones establecidas en la Carta⁴⁶³.

Como consecuencia de estas limitaciones, los abogados y las abogadas comunitarios en Australia han desarrollado una práctica habitual de pensamiento jurídico creativo, recurriendo a otros marcos normativos —como el derecho administrativo, la legislación urbanística y de planificación, la responsabilidad civil y el derecho del consumo— para promover y proteger los derechos humanos. Asimismo, dado que los defensores y las defensoras suelen impulsar litigios innovadores con el objetivo de generar cambios sistémicos, resulta indispensable complementar las estrategias jurídicas con planes políticos y de comunicación cuidadosamente diseñados.

El Centro colaboró estrechamente con el bufete Maurice Blackburn Lawyers para determinar si existían vías jurídicas que permitieran poner fin al acoso sufrido por pacientes y personal fuera de la clínica. Finalmente, la clínica —representada por Maurice Blackburn y con el apoyo del Centro— interpuso una demanda por perturbación de la tranquilidad contra el Ayuntamiento de Melbourne, alegando su omisión al no impedir el acoso antiabortista en las inmediaciones de la clínica.

Equilibrar la libertad de expresión y el derecho a la salud

Aunque el aborto ya no estaba tipificado como delito en Victoria, las personas que acudían a las clínicas seguían siendo objeto de acoso en sus inmediaciones. Esta situación evidenciaba que el estigma y la vergüenza continuaban influyendo de manera significativa en quienes buscaban atención abortiva. Resultaba claro que tanto el debate público en torno al aborto como las prácticas que tenían lugar frente a las clínicas debían transformarse, y que los responsables políticos debían reconocer la existencia de una obligación moral de intervenir, con independencia del resultado del litigio. En este contexto, especialistas en comunicación estratégica trabajaron estrechamente con los abogados encargados del caso para replantear el enfoque del debate.

Al mismo tiempo, éramos conscientes de la relativa fragilidad de la libertad implícita de comunicación política consagrada en la Constitución australiana, así como del contexto más amplio de los preocupantes intentos gubernamentales de

⁴⁶³ Ley sobre la Carta de Derechos Humanos y Responsabilidades de 2006 (Vic), 39.



reprimir la protesta⁴⁶⁴. En ese marco, resultaba necesario encontrar un equilibrio entre la defensa del derecho a la protesta y la necesidad de poner fin al daño infligido a las personas que buscaban atención médica en salud reproductiva.

En nuestra defensa dejamos claro que la libertad de expresión es un derecho humano fundamental, pero que no constituye una licencia para causar daño a otras personas con impunidad. Asimismo, aclaramos que lo que ocurría fuera de las clínicas de aborto no era equiparable a otras formas de comunicación y protesta política, por ejemplo, al destacar que:

- » las personas afectadas eran aquellas que intentaban ejercer una decisión médica privada y legal, y no habían prestado consentimiento alguno a la denominada “consejería en la acera”;
- » las pacientes, sus acompañantes y el personal clínico estaban sufriendo daños y, en algunos casos, se producía una demora en la prestación de atención sanitaria esencial, incluida la atención postaborto;
- » las pacientes no disponían necesariamente de alternativas reales para acceder a servicios de aborto, en particular en las zonas rurales y regionales;
- » la libertad de expresión no otorgaba a quienes se oponían al aborto el derecho a imponer una audiencia cautiva ni a causar daño a otras personas con impunidad; y
- » garantizar que las personas pudieran acceder de forma segura y digna a un procedimiento médico legal constituía una razón imperiosa para limitar la libertad de comunicación política dentro de un radio reducido alrededor de los centros que prestan servicios de aborto.

La defensa del Centro buscó universalizar el problema, al sostener que todas las personas deberían poder acceder a atención médica esencial de manera segura y confidencial. La premisa de que nadie debería verse obligado a soportar abusos para poder acudir a una consulta médica creó una imagen clara y fácilmente

⁴⁶⁴ La libertad implícita está más limitada que la libertad de expresión en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, y se limita a los sujetos de gobierno o política (aunque los tribunales han adoptado tradicionalmente una visión amplia de lo que esto puede implicar). También existe siempre el riesgo de que se reduzca a través de decisiones del Tribunal Superior.



Manifestación frente al Parlamento de Queensland. Foto de Human Rights Law Centre.

comprensible del daño, que fue posteriormente retomada tanto por los medios de comunicación⁴⁶⁵ como por los actores políticos.⁴⁶⁶

A medida que avanzaba el trabajo del Centro en este ámbito, adquirimos mayor seguridad a la hora de comunicar el equilibrio entre derechos humanos en tensión. Este enfoque se vio reforzado tanto por la creciente atención social a la violencia de género como por los avances en el derecho internacional de los derechos humanos, en particular a través de los pronunciamientos del Comité de

⁴⁶⁵ véase, por ejemplo, Raveen Hunjan, “Labor MP calls for NSW abortion clinic protest buffer zone”, ABC (5 de mayo de 2016) disponible en: <https://www.abc.net.au/news/2016-05-05/labor-mp-calls-for-nsw-abortion-clinic-protest-buffer-zone/7386386> y, más recientemente, Rhiannon Shine, “Abortion clinic protests banned in WA as safe access zones bill approved to protect women” ABC (12 de agosto de 2021) disponible en <https://www.abc.net.au/news/2021-08-12/wa-abortion-clinic-protests-banned-under-safe-access-zones-bill/100366664>.

⁴⁶⁶ Véase, por ejemplo, Victoria, Debates parlamentarios, Asamblea legislativa, 2 de septiembre de 2015, 2868 (Jaala Pulford); Victoria, Debates parlamentarios, Asamblea legislativa, 22 de octubre de 2015, 3975 (Jill Hennessy, Ministra de Salud); Victoria, Debates parlamentarios, Asamblea legislativa, 12 de diciembre de 2015, 4391 (David Morris); Nueva Gales del Sur, Debates parlamentarios, Concejo legislativo, 17 de mayo de 2018, 410 (Penny Sharpe); Nueva Gales del Sur, Debates parlamentarios, Concejo legislativo, 24 de mayo de 2018, 540 (Bronnie Taylor). Véase también el artículo de opinión de la entonces ministra de Salud de Victoria, Jill Hennessy, “Safe access zones: The place for pro-life campaigners to rally is outside Parliament”, The Age (9 de noviembre de 2015) disponible en: <https://www.smh.com.au/opinion/the-place-for-prolife-campaigners-to-rally-is-outside-parliament-20151108-gktvec.html>.



Derechos Humanos de las Naciones Unidas⁴⁶⁷ y del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer⁴⁶⁸.

Convertir una derrota judicial en una victoria política para la causa

En última instancia, la clínica perdió la demanda por perturbación de la tranquilidad ante el Tribunal Supremo de Victoria⁴⁶⁹. El juez concluyó que, si bien el ayuntamiento tenía la obligación legal de remediar las perturbaciones conforme a la legislación vigente y que las actividades antiabortistas llevadas a cabo por personas ajenas a la clínica podían, en abstracto, constituir una perturbación, en este caso concreto el ayuntamiento no había incumplido dicha obligación. No obstante, el resultado del litigio puso de manifiesto la existencia de una laguna jurídica en el marco normativo vigente, que permitía que las mujeres —en particular— fueran objeto de conductas intimidatorias y acosadoras en el espacio público en Victoria.

Aprovechamos momentos clave del proceso judicial —y, en particular, la decisión desfavorable— para llamar la atención del público sobre el carácter inaceptable del marco jurídico vigente en Victoria⁴⁷⁰. Paralelamente, entablamos contactos con actores políticos clave y, en estrecha coordinación con la clínica, intensificamos la presión sobre el gobierno del estado para que adoptara medidas. A medida que el litigio avanzaba, el impulso y la preocupación pública fueron en aumento, de modo que, cuando el Tribunal Supremo falló en contra de la clínica en 2015, un parlamentario independiente ya había presentado un proyecto de ley sobre zonas de acceso seguro ante el Parlamento de Victoria. El gobierno estatal de

⁴⁶⁷ El Comité de Derechos Humanos ha señalado que los obstáculos para recibir información sobre las opciones médicas de proveedores médicos conocidos y de confianza y el hecho de que no se garantice el acceso a un aborto cuando lo autorice la ley son factores pertinentes para determinar que la denegación de un aborto oportuno constituye un trato cruel, inhumano y degradante: Comité de Derechos Humanos, Dictamen aprobado por el Comité a tenor del artículo 5, párrafo 4, del Protocolo Facultativo, respecto a la comunicación núm. 2324/2013, UN Doc CCPR/C/116/D/2324/2013 (17 de noviembre de 2016) [7,5]; Comité de Derechos Humanos, Dictamen: Comunicación No. 1608/2007, UN Doc CCPR/C/101/D/1608/2007 (28 de abril de 2011) [9.2].

⁴⁶⁸ El CEDAW ha reconocido que “el abuso y el maltrato de las mujeres y las niñas que buscan información sobre salud, bienes y servicios sexuales y reproductivos, son formas de violencia por razón de género que, según las circunstancias, pueden constituir tortura o trato cruel, inhumano o degradante”: CEDAW, Recomendación general núm. 35 sobre violencia por razón de género contra la mujer, por la que se actualiza la recomendación general núm. 19., UN Doc (CEDAW/C/GC/35, 14 de julio de 2017) [18].

⁴⁶⁹ *Fertility Control Clinic v Melbourne City Council* (2015) 47 VR 368.

⁴⁷⁰ Véase “Judgment in Melbourne Fertility Control Clinic case highlights need for safe access zones”, Human Rights Law Centre (26 de agosto de 2025) disponible en: <https://www.hrlc.org.au/news/judgment-melbourne-fertility-clinic/>.



entonces quedó políticamente acorralado y, poco tiempo después, se vio obligado a presentar su propia iniciativa legislativa, que fue aprobada por el Parlamento y entró en vigor en 2016.⁴⁷¹

Recurso de inconstitucionalidad ante el Tribunal Supremo: un ejercicio de equilibrio

En 2017, dos personas con posturas extremas contrarias al aborto impugnaron ante el Tribunal Supremo de Australia las leyes que establecían zonas de acceso seguro en los estados de Victoria y Tasmania. Sostuvieron que dichas leyes vulneraban la libertad implícita de comunicación política reconocida en la Constitución australiana.

La clínica de Melbourne a la que habíamos prestado apoyo anteriormente solicitó intervenir como *amicus curiae*. El Centro respaldó dicha intervención, pero decidió comparecer por separado⁴⁷², ya que queríamos impugnar determinados argumentos que el Gobierno de Victoria había presentado en defensa de las leyes. Nos preocupaba que el enfoque adoptado por el Gobierno para evaluar la razonabilidad de las limitaciones a la libertad implícita de comunicación política pudiera, en la práctica, conducir a una dilución de esa libertad. En concreto, el Gobierno de Victoria solicitaba esencialmente al Tribunal Supremo que aceptara la aplicación de una forma abreviada o atenuada del test de proporcionalidad en los casos en que el Estado pretendiera restringir la libertad implícita por la existencia de un interés imperioso. De haberse aceptado este planteamiento, se habría facilitado a los gobiernos estatales y territoriales la represión de protestas legítimas. Sostuvimos, por el contrario, que toda limitación a la libertad implícita debe someterse siempre a un examen estricto y riguroso de proporcionalidad, debidamente justificado.

Además, nos opusimos a las alegaciones del Gobierno de Victoria según las cuales una ley que restringe la comunicación política en función del “momento, la forma y el lugar” justificaría un nivel inferior de escrutinio constitucional. Dado que habíamos intervenido previamente en una impugnación significativa contra las leyes antiprotesta de Tasmania —dirigidas contra grupos activistas que se manifestaban en zonas de tala—, nos preocupaba que las zonas de acceso

⁴⁷¹ Ley de Enmienda de la Salud Pública y el Bienestar (Zonas de Acceso Seguro) de 2015 (Vic), artículo 5, por la que se incorpora la Ley de Salud Pública y Bienestar de 2008 (Vic), pt. 9A.

⁴⁷² Véase también Human Rights Law Centre, Submissions of the Human Rights Law Centre seeking leave to appear as *amicus curiae* (Tribunal Supremo de Australia, 25 de mayo de 2018), Disponible en <https://www.hcourt.gov.au/cases-and-judgments/cases/decided/case-m462018>.



seguro sentaran un precedente que facilitara a los gobiernos la imposición de restricciones a las protestas *in situ* en otros ámbitos.

Utilizar el litigio estratégico para apoyar campañas más amplias de despenalización del aborto.

Como se ha señalado anteriormente, las intervenciones *amicus curiae* ante el Tribunal Supremo de Australia han tenido históricamente un impacto limitado en el razonamiento expuesto en sus sentencias. No obstante, el Centro contaba con un argumento jurídico distintivo y sustantivo, lo que justificó nuestra solicitud de intervención como *amicus curiae*, finalmente aceptada por el Tribunal. Al mismo tiempo, éramos plenamente conscientes de la relevancia estratégica de la plataforma que ofrecía un litigio ante el Tribunal Supremo, especialmente en un contexto en el que varias jurisdicciones australianas aún se encontraban rezagadas en la despenalización del aborto y en la adopción de leyes sobre zonas de acceso seguro.

Dados nuestros recursos limitados, el Centro había desarrollado con antelación una estrategia de incidencia de tipo *dominó* para su programa de derechos reproductivos. Esta estrategia se basaba en una colaboración estrecha con una organización feminista nacional y con aliados locales —entre ellos, servicios de planificación familiar, campañas de base y responsables políticos afines—, y tenía como objetivo evaluar sistemáticamente una serie de factores con el fin de identificar las ventanas de oportunidad política y determinar en qué jurisdicción concentrar los esfuerzos. Una vez lograda una reforma legislativa en una jurisdicción, el éxito se utilizaba estratégicamente para pasar de inmediato a la siguiente, allí donde las condiciones políticas resultaban más favorables. Por ejemplo, tras la reforma de la legislación sobre el aborto en el estado de Queensland, nosotros y otros grupos defensores del derecho a decidir dirigimos inmediatamente nuestra atención a Nueva Gales del Sur, aprovechando la fuerte rivalidad interestatal para poner de relieve ante la opinión pública el carácter arcaico de su marco jurídico, basado en leyes penales centenarias. En este contexto, a lo largo del litigio ante el Tribunal Supremo, utilizamos los hitos clave del proceso jurídico para visibilizar los derechos humanos que protegían las zonas de acceso seguro, así como para amplificar la necesidad de otras reformas en materia de acceso al aborto.

Para que la reforma tuviera éxito en todas las jurisdicciones, la colaboración entre áreas de especialización, incluida la experiencia vivida, fue fundamental. Por ejemplo, las mujeres que habían sufrido acoso al intentar acudir a una clínica o



que habían pasado por la dura experiencia de necesitar un aborto en el segundo trimestre y de haber perdido el control sobre la toma de decisiones hablaron con los políticos, comisiones parlamentarias e investigadores sobre cómo estas experiencias las habían traumatizado. El personal que sufrió abusos al intentar entrar en su lugar de trabajo habló sobre cómo esto les afectó y les dificultó proporcionar un entorno seguro a sus pacientes.⁴⁷³ Las políticas con experiencia vivida en materia de aborto hablaron sobre sus experiencias en el pleno del Parlamento. En última instancia, cuando se trataba de la necesidad de influir en los políticos de todo el espectro político y en el público en general, nos dimos cuenta de que un abogado especializado en derechos humanos no suele ser el mejor mensajero, pero podemos desempeñar un papel fundamental en la creación de plataformas y conexiones y en la preparación de quienes sí lo son.

Finalmente, en 2019, el Tribunal Supremo confirmó las leyes sobre zonas de acceso seguro de Victoria y Tasmania, sin debilitar la libertad implícita de comunicación política. El tribunal hizo importantes comentarios sobre la importancia de que las mujeres que desean abortar y el personal que las ayuda puedan hacerlo “en un entorno de privacidad y dignidad”⁴⁷⁴. Mientras celebrábamos esta decisión histórica, rápidamente señalamos la falta de atención por parte del país a dos estados con leyes obsoletas sobre el aborto. En Australia Meridional y Australia Occidental, el aborto, aunque legal en una amplia gama de circunstancias, seguía estando tipificado como delito en la legislación penal. Las pacientes aún podían ser acosadas con impunidad y el personal sanitario podía oponerse por motivos de conciencia sin tener en cuenta el derecho de sus pacientes a la atención médica. La decisión del Tribunal Supremo, y la atención pública constante sobre las leyes relativas al aborto dieron un impulso adicional y apoyaron a los grupos activistas locales, y finalmente ambos estados reformaron sus leyes⁴⁷⁵.

Conclusión

Tras décadas de lucha y gracias al coraje de innumerables mujeres y personas no binarias que se atrevieron a dar testimonio de experiencias traumáticas — incluidos el abuso, el miedo y las prácticas inseguras generadas por antiguos

⁴⁷³ Para una investigación sobre los impactos en el personal, véase Ronli Sifris y Tania Penovic, “Anti-Abortion Protest and the Effectiveness of Victoria’s Safe Access Zones: An Analysis” (2018) 44(2) Monash University Law Review 317, págs. 320–325.

⁴⁷⁴ *Clubb v Edwards*; *Preston v Avery* [2019] HCA 11, [197].

⁴⁷⁵ Ley de enmienda de la salud (acceso seguro) de 2020 (Australia Meridional); Ley de interrupción del embarazo de 2021 (AM); Ley de enmienda de la salud pública (Australia Meridional) de 2021 (Australia Occidental); Ley de reforma de la legislación sobre el aborto de 2023 (Australia Occidental).



marcos penales—, la legislación sobre el aborto en toda Australia reconoce hoy el derecho de todas las personas a acceder a la atención para el aborto de manera segura, confidencial y digna. Este artículo ha reflexionado sobre algunos de los elementos esenciales que han hecho posible esta reforma, en particular la combinación del litigio estratégico para establecer zonas de acceso seguro con una labor de incidencia pública sostenida, mensajes claros y evocadores, una colaboración intersectorial profunda y un trabajo político cuidadoso y deliberado.

El movimiento antiabortista sigue activo en Australia, donde continúan produciéndose intentos, en distintas jurisdicciones, de restringir los derechos al aborto⁴⁷⁶. Como demuestra la experiencia reciente de los Estados Unidos, es indispensable mantener una vigilancia constante para evitar la erosión de los derechos reproductivos una vez reconocidos formalmente. En este contexto, resulta fundamental seguir situando el aborto como una cuestión de salud pública en los ámbitos político, social, económico y jurídico, y no permitir que vuelva a enmarcarse como un asunto penal o religioso.

La legislación australiana en materia de aborto dista de ser perfecta y, en algunos estados, determinadas enmiendas introducidas como parte de compromisos políticos para garantizar la aprobación parlamentaria de las reformas a favor del derecho a decidir resultan innecesarias o carecen de utilidad práctica⁴⁷⁷. Idealmente, la regulación del aborto debería ser coherente a nivel nacional y tratarse, en el plano legislativo, como cualquier otro procedimiento médico, con una intervención mínima de normas rígidas y excepcionales. No obstante, mientras ese escenario no sea políticamente viable y en contraste con los alarmantes ataques contra los derechos reproductivos que se observan en otras regiones del mundo, la reciente ola de reformas en Australia constituye una fuente legítima de esperanza y ofrece enseñanzas valiosas para futuras estrategias de defensa de estos derechos.

⁴⁷⁶ Véase, por ejemplo, Kathryn Bermingham, “Upper House MP Sarah Game launches new push to change SA abortion laws”, *ABC News* (5 de septiembre de 2025) disponible en: <https://www.abc.net.au/news/2025-09-05/sarah-game-introduces-new-abortion-bill-amendments/105734080>

⁴⁷⁷ Véanse, por ejemplo, los artículos 7 y 8 de la Ley de interrupción del embarazo de 2021 (Australia Meridional).



Integrantes del grupo Our Lady of Lourdes sostienen carteles en apoyo a las zonas de acceso seguro para servicios de aborto. Irlanda. Foto: Shutterstock.

Defensa de las zonas de acceso seguro con perspectiva de derechos: El caso de Irlanda

Luna Lara Liboni, responsable sénior de políticas de igualdad del Irish Council for Civil Liberties (ICCL)⁴⁷⁸

478 Durante décadas, el ICCL hizo campaña para eliminar la prohibición del aborto en Irlanda y continúa luchando por el acceso al aborto junto con sus aliados en el Grupo de Trabajo sobre el Aborto (actualmente liderado por el National Women's Council). La autora y el ICCL reconocen que no todas las personas que pueden quedar embarazadas son mujeres. Este artículo se refiere a "mujeres" y "personas embarazadas" según corresponda en todo momento. Para obtener más información y análisis sobre la lucha por los derechos reproductivos en Irlanda, consulte también el aporte de Niamh McCormack a esta publicación. Para obtener más información sobre el trabajo del ICCL por los derechos reproductivos y de las mujeres a lo largo de los años, incluso durante la campaña Repeal, consulte <https://www.iccl.ie/our-history/> y <https://www.iccl.ie/members/members-report-8thref/>.

Introducción

El 25 de mayo de 2018, en un referéndum histórico⁴⁷⁹, el pueblo de Irlanda votó a favor de derogar la Octava Enmienda de la Constitución⁴⁸⁰. Esta disposición, introducida en 1983, equiparaba el derecho a la vida de los no nacidos con el derecho a la vida de la madre, y constituía la base de la legislación que penalizaba el aborto, excepto cuando existía un "riesgo de pérdida de la vida" para una mujer embarazada⁴⁸¹. Tras décadas de campaña, a raíz del referéndum de 2018⁴⁸² se aprobó la Ley de Salud (Regulación de la Interrupción del Embarazo) de 2018, que permite el acceso legal al aborto en circunstancias definidas⁴⁸³. Los cambios entraron en vigor el 1 de enero de 2019⁴⁸⁴ y una amplia coalición de activistas y la sociedad civil acogieron con satisfacción la reforma. No obstante, la lucha por acceder a los servicios de aborto de forma segura, privada y digna no había terminado, ya que la nueva ley no abarcaba el acoso y la intimidación que sufrían las personas que buscaban y prestaban atención médica.

Con el inicio de los servicios de aborto en Irlanda bajo el nuevo marco jurídico, las manifestaciones en contra de estos frente a los centros médicos se convirtieron en un problema cada vez mayor. Tanto en Irlanda como en el extranjero, estas manifestaciones pueden tener efectos muy negativos en las personas

479 Octava enmienda de la Ley constitucional de 1983. Ver también ICCL, "Submission to the Citizens' Assembly on the Eighth Amendment to the Constitution", 16 de diciembre de 2015, <https://www.iccl.ie/archive/iccl-submission-to-the-citizens-assembly-on-the-eighth-amendment-to-the-constitution/>.

480 Justin McCarthy, "Landslide victory for Yes side in referendum", *RTÉ* (26 de mayo de 2018), <https://www.rte.ie/news/eighth-amendment/2018/0526/966152-eighth-amendment-referendum/>. El 66,4% de las personas votaron "Sí", mientras que el 33,6% votó "No".

481 Ley de Protección de la Vida durante el Embarazo de 2013. Ver la explicación de la Campaña por el Derecho al Aborto, *Protection of Life During Pregnancy Act (2013)*, 2016, <https://www.abortionrightscampaign.ie/wp-content/uploads/2016/01/PLDPA.pdf>.

482 El referéndum de 2018 fue el último de varios referéndums sobre el aborto que se celebraron en Irlanda a lo largo de tres décadas. Los referéndums anteriores tuvieron lugar en 1983, 1992 y 2002. Ver Irish Family Planning Association, "History of Abortion in Ireland", consultado por última vez el 11 de febrero de 2025, <https://www.ifpa.ie/advocacy/abortion-in-ireland-legal-time-line/>.

483 La ley prevé la interrupción del embarazo sin restricciones hasta la doceava semana de gestación, sujeta al requisito de esperar tres días entre la consulta médica y el aborto (conocido como la "espera de tres días"). Los servicios más allá de la doceava semana de gestación solo están disponibles en circunstancias muy limitadas, en las que el personal médico debe confirmar que existe un riesgo para la vida o un riesgo de daño grave para la salud de la persona embarazada, o que el embarazo conlleva una anomalía fetal mortal (artículos 9 a 12 de la ley). En virtud del artículo 23, la ley sigue castigando con penas de prisión de hasta 14 años a cualquier persona, incluidos los profesionales de la salud, que ayude a una persona embarazada a abortar sin cumplir lo dispuesto en la ley. Ver también National Women's Council, "Accessing Abortion in Ireland: Meeting the Needs of Every Woman", 2021, págs. 16-32, https://www.nwci.ie/images/uploads/15572_NWC_Abortion_Paper_WEB.pdf.

484 Ley de salud (reglamentación de la interrupción del embarazo) de 2018 (Orden de inicio) de 2018.



embarazadas y en los proveedores de servicios, ya que su objetivo es estigmatizar y disuadir a las personas de solicitar y practicar abortos. En este sentido, pueden afectar el derecho a la integridad física, incluido el derecho a la salud mental y física, el derecho a la intimidad y el derecho a acceder a atención médica sin discriminación, y también puede repercutir en el derecho de los proveedores de servicios médicos a acceder a su lugar de trabajo de forma segura.

Fue necesaria una nueva campaña. Las personas que acceden a la atención médica⁴⁸⁵, las organizaciones de la sociedad civil y los proveedores de servicios de salud⁴⁸⁶, junto con organizaciones de derechos humanos⁴⁸⁷, la institución nacional irlandesa de derechos humanos e igualdad⁴⁸⁸, la persona experta independiente encargada de revisar el funcionamiento de la legalización del aborto⁴⁸⁹ y las Naciones Unidas⁴⁹⁰, reclamaron la creación de zonas de acceso seguro alrededor de los centros de salud. A pesar de los retrasos por parte del gobierno, la Ley de Salud (Servicios de Interrupción del Embarazo) (Zonas de Acceso Seguro) de 2024 finalmente entró en vigor en Irlanda en octubre de 2024.

Este artículo examina la función protectora de las zonas de acceso seguro, su compatibilidad con los estándares del derecho internacional de los derechos humanos y el proceso legislativo que condujo a su implementación en Irlanda. El análisis se desarrolla reconociendo que, pese a estos avances normativos, persisten numerosas barreras que dificultan el acceso al aborto de manera segura, legal, oportuna y cercana al lugar de residencia.

485 Abortion Rights Campaign y Grimes L, *Too Many Barriers: Experiences of Abortion in Ireland after Repeal*, septiembre de 2021, págs. 85–86, https://www.abortionrightscampaign.ie/wp-content/uploads/2021/09/Too-Many-Barriers-Report_ARC1.pdf.

486 Grupo de Trabajo sobre el Aborto, Submission to the Public Consultation on the Review of the operation of the Health (Regulation of Termination of Pregnancy) Act 2018, March 2022, https://www.nwci.ie/learn/publication/abortion_working_group_submission_to_the_public_consultation_of_the_abortion; *Together for Safety*, Submission to the Review of the Health (Regulation of Termination of Pregnancy) Act 2018, 30 de marzo de 2022, <https://togetherforsafety.ie/wp-content/uploads/2022/04/Together-for-Safety-Review-Submission-Safe-Access-Zones.pdf>.

487 ICCL, “ICCL Reiterates call for safe access zones for abortion services”, 19 de agosto de 2021, <https://www.iccl.ie/news/iccl-reiterates-call-for-safe-access-zones-for-abortion-services/>.

488 Comisión Irlandesa de Derechos Humanos e Igualdad, “Safe Access Zones must be legislated for immediately, says Commission”, 6 de octubre de 2022, <https://www.ihrec.ie/news-press/safe-access-zones-must-be-legislated-for-immediately-says-commission>.

489 Marie O’Shea, *The Independent Review of the Operation of the Health (Regulation of the Interrupción del embarazo) Act 2018 – Report*, 28 de febrero de 2023, <https://www.gov.ie/pdf/?file=https://assets.gov.ie/255442/bda412d4-9538-47a5-8abc-ce22826bbae6.pdf#page=null>.

490 El Comité de Derechos Humanos de la ONU recomendó a Irlanda “Intensificar los esfuerzos para prevenir la estigmatización y el trauma de las mujeres y las niñas que desean abortar, en particular mediante la creación de ‘zonas de acceso seguro’ en todos los servicios de salud pertinentes de manera oportuna.” Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales sobre el quinto informe periódico de Irlanda, 26 de enero de 2023, CCPR/C/IRL/CO/5, <https://docs.un.org/es/CCPR/C/IRL/CO/5>.



La autora desea reconocer el papel fundamental y el profundo impacto del trabajo realizado por las y los defensores del derecho a decidir, en particular por *Together for Safety*, un grupo de voluntariado con sede en Limerick, en la introducción de las zonas de acceso seguro en Irlanda.

La naturaleza, la prevalencia y el impacto de las manifestaciones contra el derecho a elegir en Irlanda y otros países

Desde el reconocimiento del derecho al aborto en Irlanda, se han producido manifestaciones en su contra, incluidas acciones en las que personas portaban pequeños ataúdes y cruces blancas frente a centros médicos. A medida que los medios de comunicación comenzaron a informar sobre estos hechos⁴⁹¹, el mundo académico y diversos grupos activistas iniciaron investigaciones para analizar su prevalencia y su impacto. Al documentar las barreras al acceso al aborto tras el referéndum, la Campaña por el Derecho al Aborto (ARC, por sus siglas en inglés) constató que el 14% de las participantes había encontrado manifestaciones antiabortistas al intentar acceder a la atención médica. Según el informe:

Una de las participantes señaló que había sido objeto de “protestas, abuso verbal y pancartas” a las afueras de una clínica. Relató que había “personas rezando el rosario y profiriendo comentarios hirientes sobre ir al infierno y el castigo”. Otra mujer recordó que “había personas fuera rezando con ataúdes”, mientras que otra encuestada indicó que “había un cartel contra el aborto —posiblemente con la imagen de un feto— frente a la clínica privada de ecografías a la que tuvo que acudir para confirmar que se encontraba dentro del límite legal de las 12 semanas de gestación”⁴⁹².

Las personas que acudieron a recibir atención médica describieron las manifestaciones contra el aborto frente a los centros médicos irlandeses como un factor que dificultó considerablemente su experiencia. Como señaló una mujer: “ya es bastante difícil para quienes desean abortar tomar la decisión y llevarla a cabo con el estigma que existe; someterlas además al vil abuso verbal y a la

491 Eilish O’Regan, “‘Grossly insensitive’ anti-abortion protest at maternity hospital with three small baby-sized coffins condemned by Harris”, *Irish Independent* (9 de julio de 2019), <https://www.independent.ie/irish-news/grossly-insensitive-anti-abortion-protest-at-maternity-hospital-with-three-small-baby-sized-coffins-condemned-by-harris/38296113.html>.

492 ARC (2021) pág. 60, https://www.abortionrightscampaign.ie/wp-content/uploads/2021/09/Too-Many-Barriers-Report_ARC1.pdf.



intimidación por parte de quienes protestan resulta insostenible”⁴⁹³ Fitzsimons documentó que estas manifestaciones se habían convertido en una experiencia habitual para los proveedores de servicios de aborto, ya que el 44,6 % de las personas encuestadas informó haber visto manifestaciones frente a centros médicos⁴⁹⁴.

Las pruebas procedentes de otras jurisdicciones demuestran que las manifestaciones contra el derecho a decidir frente a los centros de atención pueden tener efectos negativos y duraderos en la salud y el bienestar de las personas, y pueden disuadirlas de acceder a la atención médica⁴⁹⁵.

Las investigaciones muestran que el personal sanitario percibía las manifestaciones como perturbadoras, intimidatorias y angustiosas, no solo para las pacientes, sino también para el propio personal. Asimismo, informaron de un efecto disuasorio tanto en el acceso a los servicios como en su prestación. Un profesional médico informó que algunas pacientes habían reprogramado sus citas debido a la presencia de manifestantes⁴⁹⁶. En una entrevista realizada por el National Women’s Council, médicos generales sostuvieron que la amenaza de las manifestaciones era potencialmente el mayor obstáculo para la instalación de nuevos proveedores en zonas que aún carecían de una oferta adecuada⁴⁹⁷.

En cuanto a los objetivos de estas manifestaciones, la investigación del ICCL reveló que su finalidad era disuadir, estigmatizar y avergonzar:

Se trata de mensajes dirigidos, en primer lugar, a personas que buscan acceder a servicios de salud legalmente disponibles, a quienes se les transmite la idea de que están actuando de manera incorrecta. En segundo lugar, se dirigen a profesionales de la salud que prestan dichos servicios, presentándolos como cómplices. Por último, estos mensajes también se

493 ARC (2021) pág. 78, https://www.abortionrightscampaign.ie/wp-content/uploads/2021/09/Too-Many-Barriers-Report_ARC1.pdf.

494 Fitzsimons C, *Irish healthcare workers experiences of anti-abortion protesters and the case for safe access zones*, 2022, pág. 9, <https://mural.maynoothuniversity.ie/id/eprint/16215/>.

495 Véanse las pruebas presentadas y consideradas en la sentencia del Tribunal de Apelación del Reino Unido en el caso *Dulgheriu & Anor v The London Borough Of Ealing [2018]* EWHC 1667 (Admin) (2 de julio de 2018), como se cita en ICCL, *A Rights Based Analysis of Safe Access Zones*, enero de 2020, <https://www.iccl.ie/wp-content/uploads/2020/01/ICCL-Investigation-Abortion-Safe-Zones.pdf>.

496 Fitzsimons (2022), pág. 14, <https://mural.maynoothuniversity.ie/id/eprint/16215/>. El informe señala que no está claro si esto se refiere a todas las pacientes o solo a aquellas que solicitan servicios de aborto.

497 National Women’s Council (2021), https://www.nwci.ie/images/uploads/15572_NWC_Abortion_Paper_WEB.pdf, pág. 41.



orientan a otras mujeres que podrían requerir estos servicios en el futuro, con el objetivo de disuadirlas de acceder a ellos⁴⁹⁸.

En este contexto, resultaba necesario adoptar medidas específicas para garantizar el acceso a los servicios de aborto de conformidad con la nueva ley. No obstante, transcurrieron seis años entre la promulgación de la ley que reguló el aborto⁴⁹⁹ en 2018 y la aprobación de la ley que estableció las zonas de acceso seguro en 2024⁵⁰⁰. Durante uno de los primeros debates sobre la ley de 2018, el entonces ministro de Salud, Simon Harris, reconoció que existía

una probabilidad significativa de que se produzcan manifestaciones, las cuales pueden resultar angustiosas y perturbadoras tanto para las usuarias de los servicios como para el personal sanitario. Me preocupa que algunos hospitales de maternidad hayan tenido que recurrir a sus redes sociales para alertar a las mujeres sobre esta situación profundamente perturbadora que se está produciendo en las inmediaciones del hospital⁵⁰¹.

A pesar de la intención previamente anunciada de incluir una disposición sobre el acceso seguro en el proyecto de ley de 2018, el ministro se refirió a “una serie de aspectos” que debían considerarse y que habían retrasado el proceso⁵⁰². A partir de ese momento, se prometió la legislación en múltiples ocasiones, incluso en el *Programa de Gobierno* de 2020⁵⁰³. Para hacer frente a la idea de que legislar en este ámbito era demasiado difícil debido a la “competencia entre derechos”⁵⁰⁴,

498 ICCL, *A Rights Based Analysis of Safe Access Zones*, enero de 2020, <https://www.iccl.ie/wp-content/uploads/2020/01/ICCL-Investigation-Abortion-Safe-Zones.pdf>, pág. 9

499 Ley de Salud (Regulación de la Interrupción del Embarazo) de 2018.

500 Ley de Salud (Servicios de Interrupción del Embarazo) (Zonas de Acceso Seguro) de 2024.

501 Proyecto de Ley de Salud (Regulación de la Interrupción del Embarazo) de 2018: Segunda etapa (reanudada), Dáil Éireann, 18 de octubre de 2018, <https://www.kildarestreet.com/debates/?id=2018-10-18a.228&s=%22safe+access%22#g271>.

502 *Ibid.*

503 *VerProgramme for Government – Our Shared Future*, 2020, <https://www.gov.ie/en/department-of-the-taoiseach/publications/programme-for-government-our-shared-future/>, pág. 467, y los siguientes programas legislativos.

504 Por ejemplo, el hecho de que durante el examen prelegislativo del proyecto de ley de 2021 sobre el acceso seguro a los servicios de interrupción del embarazo, Muris O’Connor, subsecretario del Departamento de Salud, declaró que “se reconoce que legislar en este ámbito es complejo y difícil desde el punto de vista del equilibrio entre derechos constitucionales contrapuestos”. Publicado en el Servicio de Bibliotecas e Investigaciones, *Health (Termination of Pregnancy Services (Safe Access Zones)) Bill 2023 Bill No. 54 of 2023, Bill Digest*, 4 de julio de 2023, pág. 6, https://data.oireachtas.ie/ie/oireachtas/libraryResearch/2023/2023-07-20_bill-digest-health-termination-of-pregnancy-services-safe-access-zones-bill-2023_en.pdf.



*Together for Safety*⁵⁰⁵, una campaña nacional que abogaba por la introducción de zonas de acceso seguro, acabó redactando su propia legislación sobre estas zonas con la ayuda de expertos jurídicos, sindicatos, expertos académicos y organizaciones de la sociedad civil. Esto sirvió de motor para la ley que finalmente se aprobó en 2024. Este proyecto fue respaldado como un proyecto de ley de iniciativa parlamentaria, es decir, no promovido por el gobierno, y se presentó para su examen parlamentario como el Proyecto de Ley de Acceso Seguro a los Servicios de Interrupción del Embarazo de 2021⁵⁰⁶. Superó varias etapas legislativas, recibiendo el apoyo de todos los partidos, antes de ser sustituido por un proyecto de ley del gobierno en 2022. El impacto de la campaña *Together for Safety* fue reconocido públicamente cuando se aprobó la ley en 2024.⁵⁰⁷

Zonas de acceso seguro: Una limitación necesaria y proporcionada del derecho a la protesta

Desde que las protestas contra el aborto se popularizaron en Estados Unidos durante las décadas de 1980 y 1990, se ha debatido si su prohibición afecta negativamente al derecho a la libertad de expresión. Los manifestantes y sus partidarios han sostenido que estas manifestaciones son benignas y que se encuentran amparadas por dicho derecho⁵⁰⁸. De manera similar, en Irlanda, los grupos antiabortistas describieron los planes para introducir zonas de acceso seguro como un intento de suprimir la libertad de expresión y el derecho a la reunión pacífica⁵⁰⁹.

En 2020, el ICCL llevó a cabo un análisis basado en los derechos para determinar si las zonas de acceso seguro podían ser compatibles con la legislación en materia

505 *Together for Safety* es una campaña nacional dirigida por voluntarias y voluntarios establecida en 2020. A lo largo de los años, recopiló información sobre experiencias de represión de manifestaciones por parte de la policía y los proveedores de servicios, y ofreció un sistema para denunciar manifestaciones y actividades contra el derecho a decidir. Desde la promulgación de la ley, los grupos activistas han estado vigilando su aplicación. Véase *Together For Safety*, “Campaigning for Safe Access Zone Legislation”, consultado por última vez el 13 de febrero de 2025, <https://togetherforsafety.ie>.

506 Véase el Proyecto de Ley de Acceso Seguro a la Interrupción de Servicios de Embarazo de las Cámaras del Oireachtas 2021, consultado por última vez el 13 de febrero de 2025, para información sobre los promotores el cronograma, la evolución y los debates del proyecto de ley, <https://www.oireachtas.ie/en/bills/bill/2021/130/>.

507 Proyecto de Ley de Salud (Servicios de Interrupción del Embarazo) (Zonas de Acceso Seguro) de 2023: Informe y etapas finales, Seanad Éireann Debate, 1 de mayo de 2024, <https://www.oireachtas.ie/en/debates/debate/seanad/2024-05-01/11/>.

508 Fitzsimons (2022), <https://mural.maynoothuniversity.ie/id/eprint/16215/>, pág. 5.

509 Jennifer Bray, “Existing laws adequate to deal with abortion protests, says Garda commissioner”, *The Irish Times* (26 de septiembre de 2019) <https://www.irishtimes.com/news/health/existing-laws-adequate-to-deal-with-abortion-protests-says-garda-commissioner-1.4031727>.



de derechos humanos y con las correspondientes obligaciones constitucionales, así como las maneras en que ello podría lograrse⁵¹⁰. El objetivo de esa investigación era informar el trabajo de incidencia y de formulación de políticas de la organización en este ámbito, con miras a contribuir a un debate político más amplio. Este análisis inicial se amplió en 2022, cuando la organización fue consultada en relación con los proyectos de ley presentados⁵¹¹.

El derecho a la protesta era –y sigue siendo– una preocupación fundamental para el ICCL. Desde su fundación en 1976, la organización ha desempeñado un papel destacado en el apoyo y la defensa de este derecho⁵¹². Desde hace tiempo, el derecho a la protesta se reconoce como un elemento fundamental para contribuir a los debates públicos, buscar el cambio social y expresar el acuerdo o desacuerdo con las políticas y las leyes. Si bien es un derecho fundamental en las democracias, no es un derecho absoluto y, como tal, puede verse limitado en determinadas circunstancias, entre ellas para proteger los derechos de otras personas. Como organización dedicada a la defensa de las libertades civiles, el compromiso sostenido del ICCL con este derecho le otorgó una especial credibilidad a la hora de llevar a cabo una evaluación de las zonas de acceso seguro basadas en los derechos humanos. Dicho análisis se fundamentó en las directrices del Tribunal Europeo de Derechos Humanos⁵¹³, así como en la jurisprudencia de otros países⁵¹⁴.

La prueba aplicada por el ICCL fue la prueba de proporcionalidad, ampliamente consolidada en las normas de derechos humanos. De conformidad con estas

510 ICCL (2020), <https://www.iccl.ie/wp-content/uploads/2020/01/ICCL-Investigation-Abortion-Safe-Zones.pdf>.

511 ICCL Submission to the Joint Committee on Health on the General Scheme of the Health (Termination of Pregnancy Services (Safe Access Zones)) Bill 2022, October 2022, https://data.oireachtas.ie/ie/oireachtas/committee/dail/33/joint_committee_on_health/submissions/2023/2023-05-08_submission-doireann-ansboro-head-of-legal-and-policy-irish-council-for-civil-liberties-iccl_en.pdf.

512 Por ejemplo, en el momento en que se estaba realizando el análisis de derechos humanos sobre las zonas de acceso seguro, el ICCL estaba finalizando una guía, *Know your rights* dirigida a manifestantes. Ver ICCL, *Know Your Rights – The Right to Protest*, 2020, <https://www.iccl.ie/wp-content/uploads/2020/01/Know-Your-Rights-Protest.pdf>.

513 Incluido *Plattform “Ärzte für das Leben” v Austria*, App. No. 10126/82, TEDH, (1985); *Annen v Germany*, App. Nos. 2373/07 y 2396/07, TEDH (2010); *Hoffer and Annen c. Germany*, App. Nos. 397/07 y 2322/07, TEDH (2011); y *Annen v Germany*, App. No. 3690/10, TEDH (2015). Para más jurisprudencia, véase ICCL (2020), <https://www.iccl.ie/wp-content/uploads/2020/01/ICCL-Investigation-Abortion-Safe-Zones.pdf>.

514 Incluyendo *Kathleen Clubb v Alice Edwards & Anor*; *John Graham Preston v Elizabeth Avery & Anor* [2019] HCA 11 (10 de abril de 2019); *Dulgheriu & Anor v The London Borough Of Ealing* [2018] EWHC 1667 (Admin) (2 de julio de 2018); *Hill v Colorado*, 28 de junio de 2000 530 US 703 (2000) A. Para más jurisprudencia, véase ICCL (2020), <https://www.iccl.ie/wp-content/uploads/2020/01/ICCL-Investigation-Abortion-Safe-Zones.pdf>.



Activistas a favor de las zonas de acceso seguro —incluyendo Together for Safety y el Irish Council for Civil Liberties— frente al Oireachtas. Irlanda, abril de 2022. Fuente: Irish Council for Civil Liberties, Instagram.

normas, toda limitación del derecho a protestar⁵¹⁵ debe ser lícita, necesaria, proporcionada y perseguir un objetivo legítimo.⁵¹⁶

El ICCL concluyó que las zonas de acceso seguro alrededor de los sitios que prestaban servicios de aborto eran efectivamente necesarias, teniendo en cuenta el tipo, la prevalencia y el impacto de las actividades antiaborto llevadas a cabo fuera de los centros de atención, así como la insuficiencia del marco jurídico existente en ese momento. El jefe de la policía irlandesa había manifestado su opinión de que la legislación vigente en materia de orden público era suficiente para hacer frente a las manifestaciones antiaborto frente a los centros médicos, que la introducción de nuevas disposiciones resultaría redundante y que dichas

515 El derecho a protestar está protegido por la Constitución irlandesa (artículo 40) y por la legislación internacional y regional en materia de derechos humanos (Convenio Europeo de Derechos Humanos, Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea y Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos) a través de los derechos a la libertad de reunión, asociación y expresión.

516 Véase Consejo de Europa, Convenio Europeo de Derechos Humanos, artículos 8-11, consultado por última vez el 18 de febrero de 2025; una prueba similar figura en los artículos 19 (libertad de expresión), 21 (libertad de reunión) y 22 (libertad de asociación) del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. En virtud de la Constitución irlandesa, la libertad de reunión y de expresión también puede limitarse para proteger el “orden público o la moral” (véanse los artículos 40.6.1.i y 40.6.1.ii de la Constitución irlandesa).



actividades no constituían un comportamiento delictivo⁵¹⁷. Sin embargo, el ICCL consideró que el marco jurídico existente no era adecuado para responder a las preocupaciones planteadas por las personas usuarias de los servicios, los grupos de apoyo y los proveedores de atención sanitaria. Asimismo, el análisis del ICCL indicó que la adopción de una legislación específica sobre zonas de acceso seguro aportaría mayor claridad y certeza jurídica respecto de las conductas prohibidas y tendría un efecto disuasorio frente a quienes pretendieran interferir u obstaculizar el acceso a los servicios⁵¹⁸.

Frente a quienes sostenían que no se producían manifestaciones suficientemente perjudiciales como para justificar la adopción de una legislación específica, el ICCL señaló que los tribunales irlandeses han reconocido que la protección de los derechos garantizados por la Constitución puede exigir la adopción de medidas preventivas cuando existe una amenaza real de vulneración⁵¹⁹. De manera análoga, pueden dictarse órdenes de protección cuando existe un riesgo para la seguridad o el bienestar, sin que sea necesario esperar a que las personas sufran daños graves antes de intervenir para salvaguardar sus derechos⁵²⁰.

Cabe destacar que, desde la introducción de la legislación sobre el aborto, los grupos de mujeres habían expresado su preocupación por el aumento tanto en la frecuencia como en la magnitud de las manifestaciones, a partir de las tendencias observadas en otros países y de los informes que indicaban que grupos activistas irlandeses contrarios al derecho a decidir estaban recibiendo formación de organizaciones consolidadas en el extranjero⁵²¹. Estas preocupaciones se vieron confirmadas por la magnitud de la manifestación celebrada en torno al Hospital Nacional de Maternidad el 1 de enero de 2020⁵²², organizada deliberadamente de forma que las personas que accedían al hospital se vieran obligadas a rodear o atravesar la concentración.

En relación con la existencia de un objetivo legítimo, el ICCL concluyó que las zonas de acceso seguro protegerían de manera eficaz una serie de derechos que

517 Jennifer Bray, “Existing laws adequate to deal with abortion protests, says Garda commissioner”, *The Irish Times*, (26 de septiembre de 2019) <https://www.irishtimes.com/news/health/existing-laws-adequate-to-deal-with-abortion-protests-says-garda-commissioner-1.4031727>.

518 ICCL (2020), <https://www.iccl.ie/wp-content/uploads/2020/01/ICCL-Investigation-Abortion-Safe-Zones.pdf>.

519 East Donegal Co-Op [1970] 1 I.R. 317.

520 ICCL (2020), <https://www.iccl.ie/wp-content/uploads/2020/01/ICCL-Investigation-Abortion-Safe-Zones.pdf>.

521 Laura Hogan, “Renewed calls for safe access zones near centres providing abortions”, *RTE* (18 de febrero de 2019) <https://www.rte.ie/news/health/2019/0218/1031284-abortion-services/>.

522 Paul Cullen, “Abortion: Minister warns of exclusion zones after hospital protests”, *The Irish Times* (2 de enero de 2020) <https://www.irishtimes.com/news/ireland/irish-news/abortion-minister-warns-of-exclusion-zones-after-hospital-protests-1.4129036>.



el Estado está obligado a garantizar. Entre ellos se incluyen el derecho de las pacientes a la dignidad, la intimidad, la integridad física —incluida la salud mental y física— y al acceso a la atención médica, así como el derecho de los proveedores de servicios sanitarios a desempeñar su trabajo de manera segura⁵²³.

El ICCL también consideró que las zonas de acceso seguro pueden constituir una injerencia proporcionada en el derecho de protesta cuando dicha zona está definida de manera clara y limitada por la ley, y representa la mínima restricción necesaria para proteger los derechos de los demás. Aunque respalda firmemente el derecho de todas las personas a la protesta pacífica, el ICCL manifestó su apoyo a la legislación sobre zonas de acceso seguro en Irlanda como una limitación estricta, excepcional y necesaria de este derecho. Además, destacó la creciente y sólida jurisprudencia de otras jurisdicciones, como Australia, Canadá y el Reino Unido, que confirma que estas zonas pueden constituir una injerencia proporcional y justificada⁵²⁴.

En conclusión, el ICCL sostuvo que el gobierno irlandés tenía el deber de proteger tanto a las personas embarazadas como a los proveedores de servicios de salud frente al acoso, la intimidación y la angustia no deseada, mediante la introducción de una legislación que estableciera zonas de acceso seguro alrededor de los centros médicos. Además, defendimos que esta legislación se acompañara de un programa nacional de sensibilización, destinado a garantizar que todas las personas conocieran y comprendieran la nueva normativa, subrayando que las

523 Tal y como se protege en la Constitución irlandesa, el CEDH, la Carta Social Europea, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la Convención de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). Cabe destacar en particular la obligación, en virtud del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de garantizar el acceso seguro a los servicios médicos en condiciones de privacidad y dignidad. Véase la Observación general N° 14 del CESCR: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), UN Doc E/C.12/2000/4 (2000), párr. 42. 12.(b). El Comité también vincula el derecho a la salud tanto a la intimidad como a la dignidad, en el párrafo 3.

524 ICCL (2020), <https://www.iccl.ie/wp-content/uploads/2020/01/ICCL-Investigation-Abortion-Safe-Zones.pdf>.



partes interesadas podían ejercer su derecho a la protesta en prácticamente cualquier otro lugar del país, salvo dentro de las zonas de acceso seguro⁵²⁵.

La introducción de la legislación y reflexiones preliminares sobre su eficacia.

La Ley de Salud (Servicios de Interrupción del Embarazo) (Zonas de Acceso Seguro) de 2024 entró en vigor en octubre de ese año, estableciendo zonas de acceso seguro de hasta 100 metros alrededor de las entradas y salidas de todos los centros en los que se prestan servicios médicos generales, obstétricos o ginecológicos. Dentro de estas zonas, queda prohibido realizar actividades destinadas a obstaculizar el acceso o la salida de una persona de las instalaciones, así como cualquier conducta orientada a influir en la decisión de una persona respecto a una interrupción del embarazo. Esto incluye la distribución de folletos o la exhibición de imágenes gráficas, la toma de fotografías de quienes acceden a los servicios, así como acercarse o seguir repetidamente a estas personas.

Está previsto que la revisión del funcionamiento de la ley comience a más tardar en abril de 2026⁵²⁶. Esta revisión será una oportunidad para abordar aspectos operativos de la ley que habían sido objeto de críticas durante el debate legislativo, como la ausencia de un sistema centralizado que permita a la policía registrar las advertencias impartidas a los manifestantes que se oponen al aborto⁵²⁷. *Together for Safety* y otros miembros del Grupo de Trabajo sobre el Aborto de Irlanda están supervisando actualmente si la nueva ley está teniendo

525 ICCL, Submission to the Joint Committee on Health on the General Scheme of the Health (Termination of Pregnancy Services (Safe Access Zones)) Bill 2022, Octubre de 2022, https://data.oireachtas.ie/ie/oireachtas/committee/dail/33/joint_committee_on_health/submissions/2023/2023-05-08_submission-doireann-ansboro-head-of-legal-and-policy-irish-council-for-civil-liberties-iccl_en.pdf, págs. 2-3. Según la legislación irlandesa, el derecho a protestar puede verse limitado para proteger los derechos de otras personas, por motivos de orden público o de seguridad nacional. Esas restricciones deben ser necesarias, lo más limitadas posible, previstas por la ley y aplicadas de manera no discriminatoria. La Gardaí también tiene derecho a limitar las manifestaciones en un radio de media milla alrededor del Parlamento irlandés si este se encuentra en sesión. Véase ICCL, *Know Your Rights – The Right to Protest*, 2020, <https://www.iccl.ie/wp-content/uploads/2020/01/Know-Your-Rights-Protest.pdf>.

526 Ley de Salud (Servicios para la Interrupción del Embarazo) (Zonas de Acceso Seguro) de 2024, artículo 6.

527 Órla Ryan, “Safe access zone law could be ‘made a mockery of’ if gardaí can’t log warnings, TDs say”, *The Journal* (25 de octubre de 2023) <https://www.thejournal.ie/stephen-donnely-abortion-legislation-review-6206203-Oct2023/>. Cuando se le preguntó por el número de advertencias emitidas en virtud de la ley, en febrero de 2025 el ministro de justicia declaró que “aunque un miembro de la Gardaí puede levantar acta por escrito de una advertencia emitida, no es posible facilitar datos sobre el número de advertencias de este tipo”. Véase Dáil Éireann Debate, Abortion Services, Parliamentary question to the minister for justice from Deputy Ruth Coppinger, 18 de febrero de 2025, <https://www.oireachtas.ie/en/debates/question/2025-02-18/533/>.



un impacto práctico sobre las manifestaciones contra el aborto y de qué manera. Hasta la fecha, no se ha conocido ni informado públicamente ningún intento de poner a prueba la ley mediante actividades dentro de las zonas seguras. Al ser consultado al respecto en febrero de 2025, el ministro de Justicia informó que no se había iniciado ningún proceso judicial en virtud de dicha ley⁵²⁸.

Conclusión

Toda persona que decide interrumpir un embarazo tiene derecho a acceder a servicios de salud con dignidad, respeto y privacidad. Nunca debe ser objeto de acoso ni hostigamiento por parte de personas que intenten influir en sus decisiones personales, coaccionarlas, disuadirlas o avergonzarlas. Si bien el derecho de todas las personas —incluidas quienes se oponen al aborto— a protestar pacíficamente debe ser respetado, existen pruebas contundentes de que las manifestaciones contra el aborto afectan de manera extremadamente negativa a quienes acceden a estos servicios y a quienes los prestan, generando angustia y vulnerando sus derechos a la intimidad, a la integridad y al bienestar mental y físico. Un análisis basado en los derechos humanos ofrece una herramienta valiosa para equilibrar los derechos fundamentales en juego y orientar la legislación de manera eficaz.

Aunque al momento de redactar este artículo todavía existe poca información sobre la implementación práctica de la legislación irlandesa y el gobierno no ha llevado a cabo un esfuerzo real de sensibilización, las y los defensores del derecho a decidir en Irlanda seguirán desempeñando un papel crucial en la supervisión de su funcionamiento, así como en las iniciativas de incidencia destinadas a eliminar las barreras al aborto que aún persisten⁵²⁹.

528 Dáil Éireann Debate, Abortion Services, Parliamentary question to the minister for justice from Deputy Ruth Coppinger, 18 de febrero de 2025, <https://www.oireachtas.ie/en/debates/question/2025-02-18/533/>.

529 Entre las barreras existentes se encuentran la criminalización a la que se enfrentan los proveedores y el periodo de espera obligatorio de tres días, un obstáculo innecesario para obtener atención médica. Véase Marie O'Shea, *The Independent Review of the Operation of the Health (Regulation of Termination of Pregnancy) Act 2018 – Report*, 28 February 2023, <https://www.gov.ie/pdf/?file=https://assets.gov.ie/255442/bda412d4-9538-47a5-8abc-ce22826bbae6.pdf#page=null>; Abortion Working Group, Submission to the Public Consultation on the Review of the operation of the Health (Regulation of Termination of Pregnancy) Act 2018, marzo de 2022, https://www.nwci.ie/learn/publication/abortion_working_group_submission_to_the_public_consultation_of_the_abortion.



Conclusión: El avance en los derechos al aborto: Lecciones de la luchas por el acceso alrededor del mundo

Por los coeditores de La lucha por nuestras vidas, Muyenga Mugerwa-Sekawabe y Harini Sivalingam

Esta publicación se lanza coincidiendo con el quinto aniversario de la legalización del aborto en Argentina, un hito histórico en la lucha mundial por los derechos reproductivos. El éxito en Argentina fue fruto de décadas de activismo estratégico, movilización masiva y construcción de coaliciones, lo que constituye no solo un motivo de celebración, sino también un ejemplo inspirador para los movimientos que luchan por el acceso al aborto en todo el mundo.

La Marea Verde es un ejemplo del poder transformador de los movimientos sociales. Puso al aborto en el centro del debate público, redefinió el acceso e inspiró el activismo más allá de sus fronteras. Sin embargo, este aniversario también nos recuerda que el reconocimiento legal nunca es el punto final: los logros deben defenderse, ampliarse y traducirse en un acceso real para todas las personas. La experiencia de Argentina ofrece una lección clave de este volumen: el progreso puede ser monumental, pero mantener la autonomía reproductiva es una tarea continua, colectiva e interseccional.

La idea fundamental

A lo largo de estos catorce ensayos procedentes de seis continentes, se observa una tendencia clara: el reconocimiento legal del aborto es un punto de partida esencial, pero no basta para garantizar un acceso justo y universal. Aunque existan protecciones legales sobre el papel, las barreras sociales, económicas, geográficas y estructurales a menudo impiden un acceso significativo, especialmente para los grupos más marginados.

Utilizamos deliberadamente el término “vías legales”. En muchos contextos, los grupos defensores no se centran únicamente en promulgar nuevas leyes específicas sobre el aborto. En su lugar, recurren a protecciones jurídicas más amplias, como la interpretación constitucional, las sentencias judiciales y la legislación general en materia de salud, ya que estos marcos suelen ser más



En respuesta a la revocación de *Roe v. Wade* en Estados Unidos y a los ataques a los derechos de las mujeres a nivel global, miles de personas se movilizan en Melbourne, Australia, en solidaridad con los derechos al aborto. Foto de Matt Hrkac, vía Flickr, bajo licencia Creative Commons CC BY 2.0.

difíciles de revocar y constituyen un punto de partida crucial para promover el acceso al aborto.

Los ensayos muestran de manera consistente que el acceso efectivo solo se logra cuando las leyes se combinan con una incidencia estratégica, conocimiento de la comunidad e implementación inclusiva. El reconocimiento legal sienta las bases, pero la verdadera autonomía reproductiva requiere monitoreo continuo, participación activa y acción colectiva a través de coaliciones. El logro de los derechos formales marca el inicio de una lucha más extensa para garantizar que todas las personas puedan acceder a una atención segura, oportuna y equitativa.

La obtención del reconocimiento jurídico

El reconocimiento jurídico formal depende de una movilización social sólida, capaz de desafiar el poder conservador e institucional profundamente arraigado. La experiencia de Irlanda lo demuestra de manera inequívoca: la exposición pública del sufrimiento y la muerte de una persona embarazada que no pudo acceder a la atención médica condujo a la nación a derogar la Octava Enmienda en un referéndum histórico.



En Argentina, la legalización fue el resultado de cuatro décadas de acción colectiva, que culminó con la ley de 2020 que garantizó el derecho al aborto legal, seguro y gratuito. El quinto aniversario de esta ley es un momento para celebrar este logro y reflexionar sobre el trabajo continuo necesario para mantener y ampliar el acceso. Sin embargo, las conquistas jurídicas son frágiles: sin defensa, seguimiento y movilización constantes, pueden verse socavadas, como demuestra la derogación de *Roe v. Wade* en Estados Unidos.

El poder de los movimientos populares también se manifiesta en otras partes del mundo. En Brasil, los grupos feministas ejercieron una intensa presión pública a través de la campaña *Criança Não é Mãe* para bloquear la legislación que equiparaba los abortos realizados después de la vigesimosegunda semana de gestación en casos de violación con el homicidio. En Rusia, los restrictivos gobiernos nacionales y locales limitan el espacio para la movilización social, lo que hace que incluso las victorias jurídicas sean precarias. En Kenia, las protecciones constitucionales parciales se han utilizado para impugnar detenciones arbitrarias, evidenciando que el reconocimiento jurídico proporciona un punto de entrada crucial para promover el acceso.

Estos ejemplos ponen de relieve una lección clave: la movilización social, el coraje cívico y la incidencia estratégica son esenciales para lograr el reconocimiento jurídico. Las leyes, por sí solas, son insuficientes. Los movimientos deben generar visibilidad, mantener la presión y defender los derechos de manera creativa. Una vez alcanzadas, las victorias jurídicas deben mantenerse y protegerse activamente.

Reconocimiento legal frente a acceso práctico: barreras persistentes

Incluso en los lugares donde el aborto es legal, persisten barreras entre la ley y la realidad. Estos ensayos identifican obstáculos recurrentes que impiden un acceso real:

La barrera de la negación

En Sudáfrica y Estados Unidos, la denegación de servicios por motivos religiosos o de conciencia sigue siendo un obstáculo importante. Cuando no existen normas claras, se generan discriminación, retrasos en la atención y debilitamiento de las protecciones jurídicas. En Sudáfrica, algunos proveedores pueden negarse a prestar asistencia médica debido a la falta de regulación clara sobre la objeción



de conciencia. En Estados Unidos, las exenciones religiosas están protegidas por la ley, lo que agrava las disparidades en el acceso. Estos casos demuestran que los derechos deben ir acompañados de mecanismos de rendición de cuentas para que sean efectivos en la práctica.

La barrera de la intimidación

Las protestas contra el derecho a decidir frente a los centros de salud siguen intimidando a las pacientes, incluso después de la legalización. Las experiencias de Irlanda y Australia demuestran que, a menudo, es necesaria una segunda oleada de incidencia —como la creación de zonas de acceso seguro— para garantizar una atención digna y segura. Las victorias jurídicas sólo son efectivas cuando las personas pueden ejercer sus nuevos derechos sin acoso, obstrucción ni miedo.

La barrera de la marginación y la exclusión

En muchos contextos, el acceso al aborto se ve limitado por factores interseccionales, como la pobreza, la geografía y la burocracia, que suponen obstáculos insuperables para las comunidades marginadas. En la India, el marco jurídico se ve empañado por una regulación excesiva que exige la autorización judicial y de una junta médica en muchos casos, un proceso plagado de retrasos burocráticos que pone en peligro la salud de la persona embarazada. El acceso legal es teóricamente posible en Hungría, pero, en la práctica, se ve bloqueado por largos trámites administrativos obligatorios que, junto con la falta de acceso local a hospitales que no rechacen pacientes en las regiones empobrecidas, agravan la discriminación contra la población romaní. La batalla por la cobertura de Medicaid en Estados Unidos ejemplifica cómo los derechos legales pierden su sentido cuando las barreras económicas impiden el acceso a la atención médica. En Colombia, las personas transgénero y de género no conforme se encuentran con desafíos únicos que han requerido la organización popular. La persistencia de barreras financieras a nivel provincial en Canadá, a pesar de la despenalización a nivel federal, pone de relieve cómo las cuestiones jurisdiccionales en la atención médica universal pueden negar el acceso equitativo a los servicios necesarios, especialmente a las comunidades indígenas, negras, racializadas, 2SLGBTQIA+, rurales y aisladas, así como a otras comunidades marginadas, a las personas con discapacidad y a las personas con bajos ingresos.



Estrategias multinivel para promover los derechos

Estos ensayos muestran que el acceso real requiere una acción coordinada en múltiples frentes: defensa jurídica, sensibilización del público, cambios en la narrativa cultural y creación de coaliciones. Los litigios, por sí solos, no son suficientes, y el trabajo comunitario no puede tener éxito de forma aislada.

La experiencia de Australia demuestra la importancia de combinar litigios estratégicos, educación pública y creación de coaliciones para defender el acceso. Los grupos activistas de Brasil muestran cómo las redes sociales y el discurso público pueden generar un amplio apoyo. En todos los contextos, resulta esencial centrar la atención en las voces marginadas.

Una de las principales lecciones es que, para mantener el acceso al aborto, se necesitan coaliciones amplias e intersectoriales. La complejidad de las barreras exige alianzas entre proveedores de atención médica, organizaciones feministas, grupos de derechos humanos, movimientos sindicales, defensores de la lucha contra la pobreza y el racismo, y redes en favor de la justicia reproductiva. Estas coaliciones son fundamentales para contrarrestar la oposición coordinada y defender los logros alcanzados.

El enfoque narrativo también es fundamental: las negativas institucionales deben entenderse como discriminación, el estigma debe ser desafiado, y el aborto debe ser reconocido como un elemento central de la salud pública, la justicia social y la vida democrática. El progreso depende no solo de los marcos jurídicos, sino también de la narración estratégica, el cambio cultural y la movilización social.

El camino a seguir

Promover los derechos al aborto es un esfuerzo continuo y multifacético. Las victorias jurídicas crean un marco, pero su eficacia depende de la implementación, la financiación, las instituciones de apoyo, la creación de coaliciones y la participación de la sociedad. La defensa liderada por la comunidad, la investigación participativa y el intercambio de conocimientos son esenciales para transformar los derechos legales en acceso real.

Los enfoques interseccionales son fundamentales. Las voces de las comunidades marginadas (personas con bajos ingresos, racializadas, rurales, con discapacidad, migrantes y de género diverso) deben guiar las estrategias, las políticas y la defensa de sus derechos. Estas poblaciones enfrentan los mayores obstáculos y constituyen aliados esenciales para desarrollar soluciones.



La lucha por el acceso al aborto es jurídica, colectiva, individual y social. Requiere vigilancia para defender los derechos, implementar políticas y garantizar recursos. También exige colaboración, pues ningún actor o movimiento puede superar estos obstáculos por sí solo, y creatividad, ya que las estrategias deben adaptarse a las condiciones políticas, sociales y económicas cambiantes.

En última instancia, la lucha por el acceso al aborto es una lucha por la dignidad, la autonomía, la seguridad y la democracia. El reconocimiento jurídico es el principio, no el fin. Los derechos deben defenderse, ampliarse y fortalecerse mediante una acción permanente, colectiva y basada en coaliciones.

Como se mencionó en la introducción, la autonomía reproductiva es fundamental para la vida democrática. El trabajo que tenemos por delante —jurídico, cultural, político y colectivo— no solo busca garantizar experiencias de libertad, sino también contribuir a la construcción de las sociedades y democracias en las que aspiramos vivir.

