

Descriminalizar para proteger

Modelos alternativos de regulación del aborto: despenalización total y regulación sanitaria en Canadá, Australia y Nueva York

María Ximena Dávila Contreras¹

María Clara Zea Gallego²

Diana E. Guzmán Rodríguez³

Nina Chaparro González⁴

- 1 Abogada y maestra en Sociología de la Universidad de Los Andes. Su trabajo e intereses se centran en los movimientos sociales, los estudios feministas y de género, y las metodologías de investigación cualitativas y participativas. Trabaja como investigadora en el área de Género de Dejusticia y ha sido profesora de cátedra en la Facultad de Derecho de la Universidad de Los Andes.
- 2 Estudiante de último semestre de Antropología en la Universidad de Antioquia y pasante en el área de género de Dejusticia. Fue becaria Erasmus y entre sus temas de interés se encuentran los derechos humanos, las perspectivas feministas y de género, y la geografía radical. Además, es miembro del Comité de Violencias Basadas en Género y Otras Violencias del Departamento de Antropología de su universidad y hace parte del semillero de investigación Geolab.
- 3 Subdirectora de Dejusticia y abogada de la Universidad Nacional de Colombia, con doctorado en Derecho y maestría en investigación socio jurídica de la Universidad de Stanford. Desde Dejusticia ha desarrollado varias investigaciones sobre género, el sistema judicial, los derechos de las víctimas y la educación legal. También se desempeña como profesora asociada en la Universidad Nacional en áreas de derecho constitucional, teoría y sociología jurídica, y justicia transicional.
- 4 Magíster en Políticas Públicas de la Universidad de Bristol (Inglaterra) y fue becaria Chevening. Es abogada especialista en derecho constitucional de la Universidad del Rosario y posee un diplomado en derechos humanos de la misma universidad. Su trabajo se concentra en áreas afines a las políticas públicas y los derechos humanos, con énfasis en justicia transicional, género y educación para la paz. Adicionalmente, es coordinadora de la línea de Género de Dejusticia y ha sido profesora de la Universidad del Rosario..

Introducción

En la actualidad, el derecho internacional reconoce que el acceso al aborto es un asunto de derechos humanos y que su penalización absoluta es una forma de regulación que vulnera los derechos de las mujeres y personas gestantes⁵. Así lo han aclarado varios organismos internacionales de derechos humanos. Por ejemplo, el Comité para la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres (Comité CEDAW) ha señalado que la penalización total del aborto es una expresión de la discriminación basada en el género y una forma de tortura contra las mujeres; igualmente, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC) de las Naciones Unidas concuerda, al afirmar que nadie debería ir a la cárcel por abortar⁶.

La consolidación de este estándar ha sido uno de los grandes logros del movimiento feminista transnacional en las últimas décadas. A su vez, este logro ha permitido a los movimientos feministas nacionales posicionar el aborto, en particular, y los derechos reproductivos, en general, en el horizonte político de los Estados y la sociedad civil. Gracias a esto, alrededor del mundo hemos visto una creciente liberalización de las leyes de aborto, algo que en la práctica se ha traducido en legislaciones cada vez más garantistas de los derechos de las mujeres y personas gestantes, y en un menor uso del derecho penal para regular este procedimiento⁷.

5 Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos [OACDH]. *Serie de información sobre salud y derechos sexuales y reproductivos. Aborto* (2015). <https://bit.ly/3enV4ly>.

6 Ver: OACDH, *Serie de información sobre salud y derechos sexuales y reproductivos. Aborto*; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2016). Observación general núm. 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), doc. ONU E/C.12/GC/22 (2 de mayo de 2016).

7 La crítica al uso del derecho penal en casos de aborto también ha sido ampliamente desarrollada por autoras como Bergalli, Bodelón, Birgin, Zaffaroni y Zaikoski. Estas críticas se han centrado principalmente en mostrar: i) cómo la criminalización de las mujeres y personas gestantes genera un ambiente de estigmatización y miedo, que termina por inhibir el ejercicio del derecho al aborto; ii) cómo el derecho penal funciona como un mecanismo de control social sobre el cuerpo de las mujeres; y iii) cómo, en el mismo sentido del argumento anterior, el derecho penal controla la reproducción

Hoy existen en el derecho comparado varios modelos de regulación del aborto, que transitan en un espectro en el mayor o menor uso del derecho penal o en la exigencia de requisitos necesarios para acceder al servicio. Aquellos modelos que son más cercanos al uso intensivo del derecho penal frente al aborto están presentes en 13 países que, en abierta contradicción con el derecho internacional de los derechos humanos, aún tienen leyes que penalizan por completo el aborto. Este es el caso de El Salvador, Honduras, Irak y Haití, entre otros. Sin embargo, la mayoría de países han optado por modelos que reducen el uso del derecho penal, con el fin de tener sistemas legales que protejan y garanticen los derechos de las mujeres y personas gestantes. En general, estos países han recurrido a dos tipos de alternativas para regular el aborto y despenalizar parcialmente esta práctica: el modelo de causales y el modelo de plazos o mixto.

En el modelo de causales se definen situaciones específicas (generalmente extremas) en las que la práctica del aborto deja de ser un delito. Sin embargo, el delito de aborto subsiste en los sistemas criminales, y las personas que se practiquen un aborto y no estén en las causales admitidas pueden ser perseguidas penalmente. Las causales de excepción usualmente aceptadas en distintos países son: el peligro para la vida de la persona gestante, el riesgo de su salud física y/o mental, la incompatibilidad del feto con la vida extrauterina, el embarazo producto de violación o incesto y en algunos países por las condiciones socioeconómicas⁸. Además, cabe mencionar que para poder acceder mediante estas causales se deben cumplir una serie de requisitos, que varían de una jurisdicción a otra.

y la sexualidad de las mujeres, lo que, por ejemplo, estimula la maternidad forzada. Para profundizar en estas críticas, ver: Roberto Bergalli y Encarna Bodelón, “La cuestión de las mujeres y el derecho penal simbólico”, *Anuario De Filosofía Del Derecho* IX, n.º 9 (1992): 43-73; Encarna Bodelón, “El cuestionamiento de la eficacia del derecho en relación a la protección de los intereses de las mujeres” *Delito y sociedad: revista de ciencias sociales* 19, n.º 11-12 (1998): 125-137; Haydee Birgin y Eugenio Raul Zaffaroni, *Las Trampas del Poder Punitivo. El Género del Derecho Penal* (Buenos Aires: Biblos, 2000), 1-7; Daniela Zaikoski, “Género y derecho penal: tensiones al interior de sus discursos”, *La Aljaba Segunda época* XII (2008): 117-134.

8 Marge Berer, “Abortion Law and Policy Around the World: In Search of Decriminalization”, *Health and Human Rights Journal* 19, n.º 1 (2017): 14.

Después de varios años de que este modelo se implementara en la mayoría de países de América Latina, entre esos Colombia, se ha demostrado que este no resulta del todo efectivo para garantizar los derechos reproductivos de todas las mujeres y personas gestantes. Si bien en países como Colombia este modelo ha significado un progreso legal y social, varios estudios⁹ han mostrado que bajo un sistema de causales, quienes buscan acceder a un aborto muchas veces no lo pueden hacer, pues enfrentan múltiples dilaciones y barreras que, en su mayoría, se producen gracias al estigma que se deriva de su criminalización.

Por otro lado, el modelo de plazos o mixto supera varias de las barreras que se producen en el modelo de causales, pues las mujeres y demás personas gestantes tienen un acceso más amplio a la interrupción del embarazo y no se condiciona su acceso al cumplimiento de requisitos, al menos en los primeros meses de gestación. Los países que han adoptado este modelo (como Uruguay, Argentina y la mayoría de estados de Europa) generalmente permiten el aborto voluntario en los primeros meses del embarazo (el tiempo varía en los distintos países) y en las etapas más avanzadas adoptan un modelo de causales¹⁰. Sin embargo, al igual que en el modelo de causales, sigue existiendo un delito que criminaliza los casos que no entren dentro de lo permitido.

Aunque la mayoría de países en el mundo tienen una regulación sanitaria destinada a operativizar la prestación de los servicios de interrupción voluntaria del embarazo (IVE), estos modelos de regulación (como el de causales y el de plazos o mixto) conviven con la existencia de un delito.

9 Ver por ejemplo: Paola Bergallo, Isabel Cristina Jaramillo Sierra y Juan Marco Vaggione. *El aborto en América Latina. Estrategias jurídicas para luchar por su legalización y enfrentar las resistencias conservadoras*. (Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 2018); Ana Cristina González Vélez y Laura Castro, *Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia* (Bogotá: La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 2017) <https://bit.ly/3xLvVsz>.

10 Berer, “Abortion Law and Policy” 16-18; Leonel Briozzo, “From Risk and Harm Reduction to Decriminalizing Abortion: The Uruguayan Model for Women’s Rights”, *International Journal of Gynecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics* 134, supl. 1 (2016): S3-6 <https://doi.org/gbn7bx>.

Esta coexistencia de un derecho regulado y un delito criminalizado es en muchos casos la fuente de las mayores barreras para el acceso a servicios oportunos y de calidad, pues causa confusión, desinformación y arbitrariedad alrededor del acceso al aborto.

En este texto presentamos una nueva alternativa que se desprende por completo del derecho penal y regula el aborto únicamente a través de leyes sanitarias; a este modelo le llamamos *despenalización total y regulación sanitaria*. Nuestro objetivo es mostrar que la despenalización total, entendida como la eliminación del delito de aborto de los códigos penales, es posible y puede coexistir con una regulación basada en la salud pública, que esté orientada a garantizar el acceso a los servicios de aborto.

Este modelo desmiente un mito que ha caracterizado la discusión sobre la regulación del aborto, al menos en países de América Latina: que la despenalización del aborto (es decir, su eliminación de los códigos penales) implica una desregulación total. Por el contrario, como lo mostramos en este documento, la eliminación del delito de aborto ha venido acompañada de regulaciones pensadas para garantizar el acceso de las mujeres y personas gestantes de forma pronta y efectiva, de modo que puedan interrumpir sus embarazos en el primer trimestre de gestación y no tengan que enfrentarse, en lo posible, a abortos tardíos. A su vez, este tipo de regulaciones son compatibles con el derecho a la objeción de conciencia, siempre y cuando se garantice el acceso inmediato a los servicios por parte de otros centros o profesionales de la salud. Como veremos, hay varias jurisdicciones que han encontrado la forma de regular el aborto por medio de la salud pública, respetando los derechos de las mujeres y sin acudir al derecho penal.

Para fundamentar lo anterior, presentaremos tres estudios de caso de países y Estados federales que han adoptado este modelo; es decir, que han regulado el aborto exclusivamente mediante leyes sanitarias y, por lo tanto, han prescindido de cualquier tipo de criminalización en contra de mujeres o profesionales de la salud que accedan a o practiquen un aborto, respectivamente. Los tres lugares que estudiamos en este texto son: i) Canadá, que despenalizó el aborto en 1988 mediante la decisión *R. vs. Morgentaler*; ii) El Territorio de la Capital Australiana (TCA), en Australia,

que eliminó el delito de aborto del Código Penal mediante una enmienda legal en 2002; y iii) el estado de Nueva York, en Estados Unidos, donde se eliminó el delito de los códigos federales mediante el «Reproductive Health Act» de 2019. En el estudio de los tres casos haremos énfasis en el contexto de despenalización, la regulación sanitaria actual y en algunos resultados de su implementación.

| Canadá (1988)

En 1988, Canadá se convirtió en el primer país en eliminar el aborto del Código Penal y regularlo exclusivamente a través de leyes de salud pública. Mediante la decisión *R. vs. Morgentaler*, la Corte Suprema señaló que la criminalización del aborto era inconstitucional, pues vulneraba los derechos de las mujeres a la vida, la libertad y la seguridad. El caso fue llevado a la disputa constitucional en la Corte Suprema canadiense por Henry Morgentaler, un médico y activista por los derechos reproductivos que desde veinte años atrás venía realizando abortos seguros pero ilegales en su consultorio. Posteriormente, al decidir este caso, los jueces de la Corte Suprema coincidieron en que la criminalización del aborto iba en contra de la autonomía reproductiva y la libertad de conciencia de las mujeres.

Antes de 1988, el aborto en Canadá era regulado mediante leyes penales que contemplaban algunas excepciones para permitir el acceso a este tipo de servicios. En particular, las mujeres y personas gestantes únicamente podían acceder a un aborto si un comité conformado por tres médicos lo avalaba; si no, el aborto era considerado ilegal y tanto las pacientes como los profesionales que lo practicaban podían ser criminalizados. Igualmente, la legislación vigente hasta 1988 no solo otorgaba un gran poder de decisión a los médicos, sino que también creaba barreras para quienes necesitaban acceder a un aborto. Por ejemplo, la mayoría de los hospitales no estaban obligados a ofrecer servicios de aborto ni a tener un comité como el que la ley exigía para permitir este procedimiento. Por esa razón, los abortos legales estuvieron disponibles solo para un pequeño número de personas, especialmente aquellas que vivían en grandes ciudades. Además, las pocas

personas que podían acceder a este servicio a menudo debían esperar en promedio ocho semanas para hacerlo¹¹.

La Corte Suprema tuvo en cuenta estas barreras al momento de tomar la decisión de descriminalizar el aborto, pues señaló que las demoras y la imposibilidad práctica de obtener un aborto bajo las condiciones del momento ponían en peligro la salud y la vida de las mujeres. A su vez, la Corte indicó que la angustia mental provocada por la dificultad en el acceso al aborto y la estigmatización sobre el procedimiento violaban la Constitución¹². De este modo, el fallo *R. vs. Morgentaler* dio lugar a un nuevo entendimiento, legal y social, de los derechos reproductivos de las mujeres y personas gestantes en Canadá.

En fallos posteriores, la Corte Suprema ha afianzado y ampliado el precedente que sentó este caso para proteger los derechos de las mujeres y personas gestantes, al igual que hacerlos prevalecer ante los derechos del no nacido. Así ha sucedido en decisiones como *Tremblay v. Daigle* (1989), *Winnipeg Child and Family Services v. DFG* (1997) y *Dobson v. Dobson* (1999). Más importante aún, el fallo *R. vs. Morgentaler* ha servido para frenar intentos de volver a criminalizar el aborto. Desde 1988, más de treinta proyectos de ley se han presentado con este objetivo. Sin embargo, estos han sido infructuosos gracias al fuerte precedente que fundó esta decisión, y que se ha desarrollado en las últimas décadas alrededor de la protección de los derechos reproductivos de las mujeres y personas gestantes¹³.

Junto a la descriminalización del aborto, Canadá ha avanzado en su regulación, al entenderlo como un asunto de salud pública. En ese sentido, hay varias decisiones posteriores de la Corte Suprema, así como leyes y regulaciones sanitarias, que buscan determinar las condiciones mediante las cuales las

-
- 11 Dorothy Shaw y Wendy V. Norman, “When there are no abortion laws: A case study of Canadá”, *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 62 (2020), 50-53.
 - 12 Abortion Rights Coalition in Canada, *Court Decisions and Laws in Abortion* (Canadá, 2021).
 - 13 Shaw y Norman, “When there are no abortion laws”, 57, <https://doi.org/drbs>.

mujeres y personas gestantes pueden acceder a un aborto seguro en este país. Un elemento necesario para entender la regulación del aborto en Canadá es que se trata de un país con un sistema federal, lo que significa que el acceso a servicios y recursos de salud reproductiva varía según la región del país. De este modo, es necesario tener en cuenta que los servicios de aborto deben estar disponibles a nivel nacional, pero en algunos estados hay reglas internas especiales o mayor o menor capacidad de los hospitales y clínicas para prestar servicios en trimestres más avanzados. En todo caso, ninguna de las disposiciones o particularidades de los estados puede limitar el acceso al aborto, y debe respetarse la decisión consagrada en *R. vs. Morgentaler*.

En relación con las condiciones materiales de acceso, en principio, el aborto es un servicio gratuito para quienes estén inscritas en el sistema nacional de salud¹⁴, y solo se cobra una pequeña tarifa administrativa. De la misma manera, existe un acuerdo de costos compartidos a nivel federal y provincial que define los estándares para la atención médica universal y para la posibilidad de proporcionar un conjunto uniforme de servicios requeridos en todas las jurisdicciones, con el objetivo de abordar las inequidades a través del sistema de salud pública¹⁵. Con base en los principios de esta ley, todas las provincias y territorios determinan la política y los servicios de salud de su jurisdicción, lo cual aplica para el servicio de aborto.

En el fallo *R. vs Morgentaler*, así como en las leyes y sentencias posteriores, se ha guardado silencio frente a las semanas de gestación en las cuales es posible acceder al aborto. Se entiende que como el delito no existe y tampoco hay ningún límite gestacional dispuesto en la ley, las mujeres y personas gestantes pueden acceder a un aborto en cualquier momento de su embarazo. Sin embargo, al ser este un asunto de salud pública, depende necesariamente de las capacidades médicas de cada hospital o clínica. En efecto, muchos centros de salud no cuentan con la

14 Canadá cuenta con un sistema de salud público y universal que cubre procedimientos de salud con base en la necesidad que tengan los ciudadanos de obtenerlos y no en la capacidad que tengan de pagarlos. Particularmente, el aborto es un procedimiento médico que está cubierto por este sistema público de salud.

15 Shaw y Norman, “When there are no abortion laws”, 61.

infraestructura necesaria para realizar abortos en momentos avanzados de la gestación, lo que se traduce en que distintos hospitales y clínicas determinen los tiempos gestacionales en los que pueden practicar abortos según sus capacidades técnicas. En todo caso, si una persona necesita un aborto en semanas avanzadas de gestación, la regulación determina que debe poder acceder a este. De todos modos, debe tenerse en cuenta que los abortos en momentos avanzados son escasos en Canadá; el 90% de estos procedimientos se realizan en el primer trimestre y aquellos que se realizan después de este momento se deben principalmente a problemas en el embarazo¹⁶. A su vez, en Canadá los médicos pueden objetar conciencia por motivos religiosos y, de esa forma, negarse a practicar un aborto, pero en la mayoría de estados están obligados a realizar una *remisión efectiva* (*effective referral*), esto es, a remitir inmediatamente a las pacientes a un profesional de la salud que esté dispuesto a prestar el servicio.

Canadá también ha promulgado leyes complementarias que buscan proteger los derechos reproductivos de las mujeres y personas gestantes, y así garantizar que la despenalización no quede únicamente en una decisión judicial, sino que también exista en la práctica. Un ejemplo de esto es la promulgación de leyes de zonas seguras o zonas de protección. Este tipo de regulaciones se emitieron por primera vez en el estado de Columbia Británica, donde se consagró la «Ley de acceso a servicios de aborto» en 1995. Esta legislación protege las clínicas de abortos y salud reproductiva, así como los hogares de los trabajadores de estas clínicas. Su propósito es delimitar un área específica (que en el caso de Columbia Británica oscila entre 10 y 150 metros a la redonda, dependiendo del escenario) en la cual se prohíbe cualquier tipo de protesta, hostigamiento o intimidación a los profesionales de la salud y pacientes¹⁷. En estados como Alberta (2018), Ontario (2017) o Nueva Escocia (2020) se han implementado medidas similares, cuyo objetivo es que las mujeres y personas gestantes puedan acceder a un aborto sin temer a ser juzgadas o estigmatizadas por tomar esta decisión. En el caso de Alberta, la «Ley de opciones de protección para las mujeres que acceden a la atención médica» prevé una zona de protección para las dos clínicas que realizan el

16 Shaw y Norman, “When there are no abortion laws”, 54.

17 Abortion Rights Coalition in Canada, *Court Decisions and Laws in Abortion*, 21.

mayor número de abortos en este estado, que de manera habitual son objeto de protestas y manifestaciones por parte de grupos antiaborto. En todos los estados que cuentan con estas medidas existen multas e incluso penas de prisión para quienes las incumplen, es decir, para quienes realicen manifestaciones en las inmediaciones de las clínicas y para quienes hostiguen, persigan o acosen a las personas y profesionales de la salud que visitan o trabajan en estos lugares¹⁸.

Otra de las medidas que se han implementado para garantizar el acceso efectivo al aborto es el acceso a telemedicina y aborto a distancia, una solución que ha tenido especial relevancia durante la época de confinamiento por la pandemia de covid-19. Desde hace algunos años, varios estados han intentado transitar hacia un modelo en el que mediante protocolos de atención se pueda brindar asesoría remota sobre cómo utilizar fármacos como misoprostol y mifepristona durante el primer trimestre de embarazo¹⁹. En una línea similar, estados como Columbia Británica tienen un servicio telefónico específico para ayudar a las pacientes a acceder a un aborto, ya sea brindando asesoría o información, prestando servicios de medicina remota o buscando financiación para las mujeres que deben viajar para interrumpir su embarazo.

Para concluir, en las tres décadas de despenalización hay varios resultados que vale la pena destacar. Primero, como ya lo mencionamos, desde la despenalización más del 90 % de los abortos se producen en el primer trimestre del embarazo. Esto es importante porque demuestra que la despenalización ha mejorado el acceso y permite que las mujeres y personas gestantes interrumpan su embarazo en sus primeras semanas, y así no tengan que esperar, debido a dilaciones injustificadas, a llegar a edades gestacionales más avanzadas. Según datos oficiales, todos los abortos de más de 20 semanas de gestación tienen lugar en hospitales y se producen debido a complicaciones

18 Abortion Rights Coalition in Canada, *Court Decisions and Laws in Abortion*, 22.

19 Abortion Rights Coalition in Canada, *Court Decisions and Laws in Abortion*, 21; Joanna N. Erdman, Amy Grenon, y Leigh Harrison-Wilson, “Medication Abortion in Canada: A Right-to-Health Perspective”, *American Journal of Public Health*, 98, n.º 10 (2008): 1765, <https://doi.org/fpkrrr>.

en el embarazo que no pudieron ser identificadas con anterioridad²⁰. Dado que la mayoría de abortos se dan en las primeras semanas, en Canadá hay indicadores positivos sobre la reducción de prácticas quirúrgicas —que en algunos casos pueden ser procedimientos más largos y complicados— y el creciente uso de abortivos como la mifepristona. Gracias a esto, el aborto farmacológico se ha posicionado como una alternativa para cerrar las brechas de acceso entre mujeres y personas gestantes de ciudades más grandes y aquellas que residen en lugares más alejados²¹.

Segundo, la despenalización también mejoró la información oficial disponible sobre este procedimiento, lo que permite tener más datos sobre el número de abortos que se realizan por año, así como sobre los cambios demográficos en el acceso a través de los años. La estimación de las tasas reales de aborto en Canadá, incluidos los abortos notificados y las estimaciones de no denuncia, desde la despenalización en 1988 indica una tasa constante de aproximadamente 100 000 abortos por año²². Aunque en 1987, antes de la despenalización, las estadísticas federales registraron un poco menos de 70 000 abortos, se sabe que había centros clandestinos que realizaban este tipo de procedimientos sin reportarlos, es decir que la notificación de abortos en clínicas mejoró después de la despenalización. Esto sugiere que el aumento en el registro de abortos después de la decisión de la Corte Suprema no se debe necesariamente al aumento de estos procedimientos, sino al aumento en su registro cuando pasó a ser un servicio legal.

Territorio de la Capital Australiana (TCA), Australia (2002)

Tanto en el Territorio de la Capital Australiana (TCA) como en Victoria, Tasmania, Territorio del Norte, Queensland, Nueva Gales del Sur y (este

20 Shaw y Norman, “When there are no abortion laws”, 55.

21 Erdman, Grenon y Harrison-Wilson, “Medication Abortion in Canada”, 1766; International Reproductive and Sexual Health Law Program at the University of Toronto, *Access to Abortion: An Annotated Bibliography of Reports and Scholarship* (Toronto: The University of Toronto, 2020).

22 Shaw y Norman, “When there are no abortion laws”, 54.

año) en el Sur de Australia, el aborto está completamente despenalizado. Es decir, no está regulado por leyes penales ni está tipificado como delito en el Código Penal de tales estados. Esta tendencia, creciente en las provincias de Australia, no ha sido coincidencia. La experiencia positiva de los territorios pioneros en la despenalización y regulación se debió a la incidencia directa que tuvo esta política en factores como la reducción de muerte materna, las medidas de protección alrededor de clínicas y la atención poshospitalaria, así como en los claros resultados de mejoría en el acceso al aborto como un servicio de salud pública²³.

El Territorio de la Capital Australiana (TCA), un distrito especial dentro del estado de Nueva Gales del Sur, ha pasado por varias etapas para promulgar leyes sobre el aborto. Hasta 1998 estas eran bastante restrictivas, pero la «Ley de Enmienda de Médicos (Salud Materna) de 2002»²⁴ cambió esto, al despenalizar totalmente el aborto. Esta ley insertó las secciones 55A-55E en la «Ley de Profesionales Médicos de 1930»²⁵, que se trasladaron sin enmiendas a la «Ley de Profesionales de la Salud de 2004»²⁶ y aparecen actualmente en los artículos 80-84 de la «Ley de Salud de 1993»²⁷, los cuales condensan la mayoría de legislación y regulaciones sobre la IVE. El elemento central de la regulación actual del aborto en el TCA es que entiende el aborto como un servicio de salud pública que se realiza a solicitud, sobre el cual no operan causales ni límites de tiempo para acceder al servicio.

En el TCA, por ley, los hospitales no pueden negar el servicio de aborto a quién lo requiera, a menos que se refiera a aquella persona en estado de embarazo a un prestador de salud que pueda atenderla. A su vez, en

23 Kerry Petersen, “Decriminalizing Abortion – the Australian Experience” en *Abortion Care*, editado por Sam Rowlands (Cambridge: Cambridge University Press, 2014), 236–43, <https://doi.org/gnsx>.

24 *Medical Practitioners (Maternal Health) Amendment Act 2002* (ACT). (9 de septiembre de 2002) <https://bit.ly/36IMIAW>.

25 *Medical Practitioners Act 1930 (repealed)* (ACT) (7 de julio de 2005). <https://bit.ly/2ULBGbf>.

26 *Health Professionals Act 2004* (ACT) (1 de junio de 2004). <https://bit.ly/3Be38PK>.

27 *Health Act 1993* (ACT) (10 de octubre de 2019). <https://bit.ly/2UcufKs>.

términos de acceso a los servicios de aborto, debe decirse que estos se ofrecen principalmente en clínicas especializadas para la salud sexual y reproductiva de las mujeres y personas gestantes, las cuales son lideradas por la organización Marie Stopes International. Cabe mencionar que a pesar de que estas clínicas no tienen la capacidad de realizar abortos más allá de la semana 15 de gestación, también existen clínicas y hospitales en el mismo estado (Nuevo Gales del Sur) que tienen la capacidad de prestar estos servicios durante los tres trimestres.

Aunque es problemático que subsistan este tipo de barreras en la práctica, debe tenerse en cuenta que los obstáculos de acceso ya no se deben a la criminalización del aborto y el estigma alrededor de este servicio, sino a factores administrativos, de capacidad de las clínicas y de licenciamiento para prestar el aborto en lugares privados. Esto implica que el modelo de regulación del aborto que se usa en el TCA todavía debe seguir avanzando para ampliar el acceso, sin que eso signifique que la eliminación del delito en sí misma no haya tenido beneficios para las mujeres y personas gestantes²⁸. De hecho, una de las razones para que sea tan limitado el número de clínicas y hospitales que realizan la interrupción del embarazo son los exigentes lineamientos para autorizar que los centros de salud puedan prestar el servicio de aborto, pues el ministerio encargado necesita estar convencido de que es un lugar adecuado para proteger a las mujeres y personas gestantes.

Otro aspecto importante sobre la regulación son los costos del procedimiento, los cuales están medianamente estandarizados en las clínicas públicas del TCA. Tanto en hospitales públicos como en clínicas privadas un porcentaje del costo es subsidiado por el seguro médico, pero en los primeros este costo subsidiado es mayor. En las clínicas privadas el seguro médico solo cubre aproximadamente la mitad del costo de un procedimiento en el primer trimestre, y progresivamente cubre menos para los procedimientos después de las 12 semanas. En ese sentido, el modelo de

28 Angela J. Dawson, *et al.*, "Medical termination of pregnancy in general practice in Australia: a descriptive-interpretive qualitative study" *Reproductive Health* 14, n.º 39 (2017), <https://doi.org/gnsw>.

regulación del TCA debe seguir avanzando en suplir la brecha de costos entre el sistema público y privado.

Una de las medidas que ha tomado más fuerza en los últimos años es el aborto asistido mediante telemedicina, ya que es una forma segura de interrumpir un embarazo temprano con medicamentos, sin tener que visitar una clínica o encontrarse con un médico local²⁹. Para su realización, el personal médico autorizado se comunica con la mujer, que previamente dejó su información de contacto, y le envía las órdenes y prescripciones médicas en caso de necesitar una ecografía. Igualmente, se le envían los medicamentos abortivos por mensajería a la solicitante, los cuales tardan de 1 a 3 días en llegar. El acompañamiento luego del procedimiento también se realiza mediante telemedicina y se garantiza el acceso gratuito al servicio de tratamiento posterior, en caso de que sea necesario. Este paso hacia la telemedicina se logró gracias a la regulación de los métodos farmacéuticos y quirúrgicos para la interrupción del embarazo.

Adicionalmente, esta legislación prevé algunos requisitos que buscan garantizar los derechos de las personas gestantes y la integralidad del acceso al servicio. Por ejemplo, solo un médico registrado puede realizar un aborto, y quien incumpla este requisito puede incurrir en una pena máxima de 5 años³⁰. Otro de los requerimientos establecidos en la ley es que el aborto debe realizarse en un centro médico autorizado, de no cumplirse con esto, se castiga con una multa o con 6 meses de prisión³¹. En todos los casos, este tipo de penalidades recaen sobre quien ofrece de manera irregular el procedimiento, pero no sobre la persona que lo busca. Esto refleja que la despenalización del aborto, en este caso, implicó una regulación más enfocada sobre las personas e instalaciones autorizadas para realizar la interrupción del embarazo, con el fin de garantizar la prestación segura del servicio³².

29 “Medical abortion by phone (tele-abortion)” Marie Stopes International Australia, acceso el 23 de mayo de 2021, <https://bit.ly/2UUOOL5>.

30 *Health Act 1993*.

31 *Health Act 1993*.

32 Mark Rankin. “The Disappearing Crime of Abortion and the Recognition of a Woman’s Right to Abortion: Discerning a Trend in Australian Abortion Law?” *Flinders Law Journal* 13, n.º 2 (2011): 1-48, <https://bit.ly/3erhYJ0>

En realidad, la única distinción significativa entre el aborto y cualquier otro procedimiento médico es que en el caso del aborto ninguna persona tiene la obligación de “realizar o ayudar a realizar un aborto”³³, ya que puede negarse a hacerlo si así lo solicita por objeción de conciencia. Sin embargo, desde el 2018, más allá de los preceptos morales y religiosos de la persona, si en una interrupción está en riesgo la vida de la mujer o persona gestante, el profesional de la salud debe realizar o ayudar a llevar a cabo una terminación quirúrgica, o proporcionar asistencia médica o tratamiento a la persona que lo requiera debido a un aborto previo³⁴.

En el horizonte regulatorio del TCA también han surgido medidas similares a las de Canadá, como la delimitación de áreas protegidas alrededor de las clínicas que brindan servicios de salud reproductiva. El perímetro que cubren estas áreas varía según cada caso, pero no puede ser menor a 50 metros. El objetivo de estas zonas de protección es garantizar la privacidad y el acceso sin obstáculos a cualquier persona que ingrese o salga de las instalaciones de estas clínicas. Del mismo modo, realizar comportamientos prohibidos, como hostigar a las mujeres o protestar en contra de la prestación del servicio, acarrea sanciones tipificadas por la ley.

Finalmente, aunque hacen falta cifras más claras que muestren el impacto de la despenalización del aborto en el TCA, hay algunos datos que permiten mostrar su incidencia en el acceso al servicio. Se sabe, por un lado, que desde el 2003 Nueva Gales del Sur, el estado al que pertenece el TCA, ha tenido las tasas de prestación del servicio más altas de Australia. Por cada 1000 mujeres, entre 22 y 24 acceden a un aborto, cuando la media nacional es de 13 por cada 1000 mujeres³⁵. Esta cifra puede estar fundamentada en que este estado tiene una de las políticas más liberales frente al aborto, lo que permite garantizar un servicio de salud confiable y accesible para más mujeres.

33 *Health Act 1993; Health (Improving Abortion Access) Amendment Act 2018 (ACT)* (19 de septiembre de 2018). <https://bit.ly/3kFmEyT>.

34 *Health (Improving Abortion Access) Amendment Act 2018*.

35 Family Planning NSW, *Reproductive and sexual health in Australia* (Ashfield: Family Planning NSW, 2013), 206.

Por otro lado, de los abortos que se realizan desde la despenalización en el TCA, más del 92% ocurren en las primeras 14 semanas de embarazo, lo cual muestra que las mujeres y personas gestantes pueden acceder a la interrupción del embarazo sin mayores dilaciones en las primeras etapas de gestación. Del mismo modo, la despenalización también ha tenido efectos positivos en la reducción de la mortalidad materna, pues según datos oficiales, desde 2003 ninguna mujer ha muerto como resultado directo del aborto libre³⁶.

Al igual que con muchos servicios de salud, la accesibilidad y asequibilidad del aborto es generalmente mejor para las mujeres y personas gestantes que viven en las ciudades que para quienes viven en áreas rurales y remotas³⁷. Por esa razón, la agenda en torno a la garantía de los derechos reproductivos debe centrarse en reducir las brechas de acceso que aún existen. En todo caso, posicionar el aborto como un procedimiento de salud pública, lejos de la lógica penal, ha ayudado a identificar las transformaciones que deben hacerse para garantizar su acceso y disminuir la estigmatización hacia quienes buscan este tipo de servicios.

| Estado de Nueva York, Estados Unidos (2019)

El primer precedente importante en materia de aborto en Estados Unidos es la decisión *Roe vs. Wade* de 1973. En este caso, la demandante —una mujer que se presentó bajo el seudónimo de Jane Roe— solicitó judicialmente que se le permitiera abortar, pues sostuvo que su embarazo había sido producto de una violación. Después de varias apelaciones, el caso llegó a la Corte Suprema de los Estados Unidos y, con base en el derecho a la privacidad, el alto tribunal le concedió la facultad de decidir si continuar o no con su embarazo. En adelante, esta decisión ha sido interpretada como la despenalización del aborto inducido en las primeras 24 semanas para

36 Ronli Sifris y Suzanne Belton, “Australia: Abortion and Human Rights”, *Health and Human Rights* 19, n.º 1 (junio de 2017): 209–20. <https://bit.ly/3iljq0q>.

37 Paul Newman *et al.* *Reproductive and sexual health in New South Wales and Australia: differentials, trends and assessment of data sources* (Sídney: Family Planning NSW, 2011).

todos los estados de este país. Además de su innegable importancia en la construcción legal y social de los derechos de las mujeres, *Roe vs. Wade* también ha determinado y reflejado las pugnas políticas que ha habido en la historia reciente de Estados Unidos. Al ser uno de los bastiones del feminismo de este país, se trata de una decisión que durante cinco décadas ha estado en peligro inminente debido a la movilización de grupos conservadores y religiosos, que buscan limitar y dar marcha atrás a su contenido.

Estos intentos de retroceso son evidentes en las regulaciones de algunos estados norteamericanos, que han impuesto cargas, requisitos o límites que hacen virtualmente imposible acceder a un aborto. Así, aunque *Roe vs. Wade* hizo que el aborto fuera despenalizado durante las primeras 24 semanas en los 50 estados de Estados Unidos, en la actualidad varios estados federales han limitado el alcance de la decisión de 1973. Según datos del Instituto Guttmacher³⁸, desde el 1 de enero de 2011 hasta el 1 de julio de 2019, los estados han consagrado más de 483 restricciones legales al aborto, lo cual equivale a un 40% de las limitaciones a este servicio desde *Roe vs. Wade*. Sin embargo, otros estados han tomado el camino opuesto y han propuesto legislaciones más sensibles con los derechos de las mujeres y personas gestantes. Estas legislaciones en lugar de limitar han ampliado el espectro de protección de la decisión. Este es el caso del estado de Nueva York, que en 2019 eliminó el delito federal de aborto, aún presente hasta entonces en su legislación.

Desde 1970, tres años antes de la decisión *Roe vs. Wade*, este estado contaba con una legislación que permitía el aborto hasta la semana 24, salvo en los casos en los que el procedimiento se requiriera para salvar la vida de la mujer, pues en estos escenarios no aplicaban los límites gestacionales. En ese momento esta ley se consideró progresista, pues el estado de Nueva York se convirtió en el refugio de aborto seguro para mujeres que requerían este procedimiento y se encontraban en otros estados³⁹. Sin embargo, al ser previa al precedente de *Roe vs. Wade*, esta legislación no incluyó las

38 “State Bans on Abortion Throughout Pregnancy”, Guttmacher Institute, 1 de julio de 2021. <https://bit.ly/3rNiRki>

39 Bethany Bump, “Cuomo signs Reproductive Health Act after Legislature votes”, *Times Union*, 22 de enero de 2019, <https://bit.ly/3zba4vd>

protecciones y garantías constitucionales desarrolladas en esta sentencia sobre la atención a la mujer durante el embarazo cuando su salud o vida estaba en riesgo, o cuando su embarazo no era viable⁴⁰. La discordancia entre la antigua ley y el precedente Roe fue uno de los constantes reclamos de varios movimientos feministas, que buscaban que la ley se actualizara y ampliara las garantías de las mujeres y personas gestantes para acceder a la interrupción voluntaria del embarazo⁴¹.

Fue así como el 22 de enero 2019, 46 años después del fallo Roe Vs. Wade, este estado revocó la antigua ley para darle paso a la nueva «Ley de Salud Reproductiva» o *Reproductive Health Act (RHA)*. Esta ley codifica las protecciones del precedente Roe vs. Wade en una ley estatal y, de esta forma, garantiza el acceso al aborto legal y seguro en el estado de Nueva York. A grandes rasgos, el RHA dispone tres cambios esenciales:

1. Elimina el delito de aborto del código penal, para tratarlo como un tema netamente de atención médica.
2. Permite que profesionales de la salud con licencia médica, además de los médicos, puedan realizar abortos. Es decir, amplía la prestación del servicio a otros profesionales también capacitados, como asistentes médicos, enfermeras y parteras con licencia⁴².
3. Legaliza el aborto después de las 24 semanas de gestación si la salud o la vida de la mujer están en riesgo o si el feto es inviable. Esta ley no define el contenido de salud o viabilidad fetal, pues señala que será cada proveedor, según su criterio médico y otros diversos factores técnicos, quien determine la existencia o no de las causales⁴³.

40 “What You Need To Know About The Reproductive Health Act”, NYCLU, acceso el 31 de mayo de 2021. <https://bit.ly/3xO6sPc>

41 “What You Need To Know”.

42 “FAQs about the Reproductive Health Act”, The New York State Senate, 12 de febrero de 2019, <https://bit.ly/3ii4wrU>.

43 “FAQs about the Reproductive Health Act”.

Por otro lado, sobre los pagos para acceder a la IVE, los planes de seguro médico privados deben incluir cobertura de aborto y —con la excepción de los planes con deducibles altos— deben cubrir la atención del aborto sin ningún costo compartido. Cabe mencionar que existe una excepción religiosa limitada a este requisito para los lugares de culto. Adicionalmente, las leyes y regulaciones de seguros de Nueva York han prohibido que las pólizas de seguro médico limiten o excluyan la cobertura según el tipo de enfermedad, accidente, tratamiento o condición médica; por tanto, ninguna de las excepciones se aplica a los servicios de aborto⁴⁴. Sobre el acceso al aborto para personas de bajos ingresos, Nueva York permite que las mujeres elegibles para la asistencia médica estatal obtengan fondos públicos para pagar los servicios de salud reproductiva médicamente necesarios. Es decir, aquellos que se necesiten para prevenir, diagnosticar, corregir o curar condiciones en la persona que causan sufrimiento agudo, ponen en peligro la vida o la salud, resultan en enfermedades o dolencias, o interfieren con la capacidad de la persona para realizar una actividad cotidiana⁴⁵.

Adicionalmente, el estado de Nueva York regula protecciones específicas para clínicas y hospitales que realizan abortos. Cualquier persona que amenace, hiera, intimide o interfiera a otra que intente acceder a servicios de aborto, o a un servidor de salud que preste estos servicios, puede ser perseguida por el sistema penal. Igualmente, esta consecuencia aplica para aquellas personas que intenten dañar la propiedad de un centro de atención médica que brinde servicios de salud reproductiva⁴⁶. De esta forma se busca garantizar la protección de la integridad de las mujeres y personas gestantes que buscan estos servicios, así como su salud física y emocional.

Adicionalmente, es importante señalar que la «Ley de Derechos Civiles» del estado de Nueva York y varias leyes federales permiten la objeción de conciencia individual e institucional. Es decir que está permitida la negativa

44 “Abortion-Care Policies”, Pro-choice America, acceso el 31 de mayo de 2021, <https://bit.ly/3z3zzhO>.

45 “Abortion-Care Policies”.

46 *Reproductive health care facilities access act*, Open Legislation New York Senate, A804 (11 de enero de 2019), <https://bit.ly/3BqMyvT>.

ideológica por parte de prestadores de salud a brindar servicios de aborto⁴⁷, sin incurrir a ninguna falla de responsabilidad, si estos le informan a la paciente de su decisión de no participar en la atención del aborto. En estos casos, el hospital debe informar a la paciente de los recursos adecuados para la prestación del servicio.

Aunque el RHA es demasiado reciente para tener datos concluyentes sobre su implementación, hay algunas cifras previas que ayudan a poner en contexto esta nueva ley. Según el Centro para el Control de Enfermedades, la incidencia del aborto en los Estados Unidos ha disminuido durante los últimos diez años⁴⁸. La gran mayoría de los abortos (el 91,1 %) se realizan dentro del primer trimestre, y el 7,6 % se realizan entre las 14 y 20 semanas de gestación. Esto significa que el 98,7 % de los abortos estarían cubiertos por el límite gestacional del RHA. Del 1,3 % de las personas que se practican abortos posteriores, la mayoría estarían cubiertas por las nuevas disposiciones legales, ya que involucran casos de anomalías fetales terminales⁴⁹. Por otro lado, de las personas que no están incluidas en las terminaciones tardías por anomalías fetales y que se sometieron a un aborto tardío por razones no terapéuticas o razones no relacionadas con la salud materna o fetal, la mitad “desearon haber podido abortar antes”⁵⁰. Esto sugiere que la respuesta a incidentes de abortos posteriores no debe ser la de perseguir o juzgar a quienes deciden acceder a estos procedimientos, sino, en cambio, hacer que los abortos tempranos sean mucho más accesibles y asequibles.

Es importante señalar, por último, que el RHA no solo beneficia a mujeres y personas gestantes que residen en el estado de Nueva York, sino también a aquellas miles que viajan a este estado para poder practicarse un aborto sin tener que someterse a las barreras y límites existentes en otros lugares del país. Como lo demuestran datos de los últimos años, en

47 “Cuomo signs Reproductive Health Act after Legislature votes”.

48 Bertha Alvarez Manninen, “A Pro-Choice Response to New York’s Reproductive Health Act”, *Philosophies* 6, n.º 1, (2021):1-15, <https://doi.org/gqhj>.

49 Alvarez Manninen, “A Pro-Choice Response to New York’s Reproductive Health Act”.

50 Alvarez Manninen, “A Pro-Choice Response to New York’s Reproductive Health Act”.

el estado de Nueva York se realizan aproximadamente 105 000 abortos anuales —aproximadamente el 12% del total de abortos a nivel nacional—, muchos de los cuales se brindaron a personas que no son residentes del estado⁵¹.

Conclusiones

En este texto exploramos un modelo de regulación del aborto que se aleja de la criminalización y reglamenta la prestación de este servicio. En particular, mostramos tres casos que son útiles para ver que la regulación del aborto puede darse lejos del derecho penal, sin perseguir a las mujeres y personas gestantes que acceden a un aborto o a los médicos que lo practican. Los modelos de Canadá, el Territorio de la Capital Australiana (TCA) y el estado de Nueva York nos sirven para ampliar la perspectiva de las regulaciones predominantes, que, a pesar de que han significado un gran avance, no son el único sentido común al pensar en los derechos reproductivos de las mujeres y personas gestantes. A este nuevo modelo, el que no regula el aborto mediante leyes criminales y se basa únicamente en leyes orientadas a garantizar el acceso a este servicio, le llamamos *modelo de despenalización total y regulación sanitaria*.

La principal virtud de este modelo es que, como lo hemos repetido, renuncia a la criminalización de las mujeres y personas gestantes que abortan o de los profesionales de la salud que practican abortos. Esto tiene efectos positivos no solo a nivel simbólico, sino a nivel material. En términos simbólicos, se elimina la dualidad que hoy existe en la mayoría de países —que consideran el aborto como un derecho, pero también como un delito—, lo que lleva a la estigmatización de quienes buscan interrumpir sus embarazos. Por lo tanto, la eliminación del delito tiene el potencial de concebir el aborto de una manera diferente: como un derecho y un servicio médico que debe garantizarse a todas las personas que lo necesiten.

51 “State Bans on Abortion Throughout Pregnancy”.

Por otro lado, la eliminación del delito tiene efectos materiales que son evidentes en los tres casos reseñados en este texto. En varios países el acceso al aborto está truncado por múltiples barreras que se derivan, principalmente, de la criminalización de este servicio. En los estudios de caso que presentamos los datos muestran que, desde la despenalización, el modelo de despenalización total y regulación sanitaria ha servido para abrir el acceso al aborto a más mujeres. En lugares como Canadá y el TCA las mujeres que interrumpen su embarazo lo hacen en el 90% (o más) de los casos durante las primeras semanas de gestación. Esto implica que las mujeres están accediendo más rápido, sin dilaciones y de forma más expedita a este procedimiento de salud pública. Igualmente, en Nueva York, aunque aún no hay datos concluyentes, hay una tendencia similar de acceso en los últimos años, según los datos presentados.

De todas formas, quizás lo más importante de este modelo es el hecho de que las mujeres y personas gestantes ya no son perseguidas penalmente por ejercer su autonomía reproductiva. Bajo este modelo se previene que las personas sean denunciadas, perseguidas, judicializadas o encarceladas por obtener un aborto. Esto tiene una importancia enorme, pues se reconoce su autonomía para decidir sobre sus cuerpos y proyectos de vida, y que esa autonomía no debería castigarse utilizando el derecho penal. Como lo muestran estos casos, además, cada país puede establecer una regulación sanitaria que determine las condiciones de acceso que rigen la prestación del servicio.

Sumado a esto, en Canadá, el TCA y Nueva York la eliminación del delito de aborto no ha venido sola, sino que ha estado acompañada de disposiciones que buscan que el acceso sea más seguro, rápido y cómodo para las mujeres y personas gestantes. En ese sentido, las reglas que acompañan la despenalización están orientadas sobre todo a garantizar el acceso al servicio. Tal vez la regla más importante en esa línea es la delimitación de zonas de protección en clínicas que prestan servicios de salud reproductiva. Gracias a estas zonas, es posible acceder a estos servicios sin ser víctimas de hostigamiento, acoso o maltrato por parte de grupos o individuos que se oponen a la interrupción del embarazo. Debido a la frecuencia con la

que esto sucede en distintos países del mundo⁵², incluido Colombia⁵³, es relevante girar la atención hacia este tipo de medidas de salud pública.

La telemedicina y el acceso al aborto mediante fármacos son otras de las acciones que se han implementado en estos lugares, y que buscan, ante todo, garantizar que las mujeres y personas gestantes puedan acceder a la interrupción del embarazo sin importar su nivel socioeconómico o su ubicación geográfica. Según los resultados vistos en lugares como Canadá y el TCA, la telemedicina promete ser una de las medidas más efectivas para cerrar las brechas de acceso, permitir que las mujeres y personas gestantes que estén en lugares periféricos puedan practicarse un aborto y eliminar las barreras burocráticas y económicas que aún subsisten alrededor de la interrupción del embarazo.

Es necesario señalar que en los lugares reseñados no se han eliminado por completo las barreras de acceso y aún subsisten obstáculos relativos a las capacidades de los centros de salud, su oferta y la gratuidad de los servicios. No obstante, el marco de la despenalización y regulación para garantizar el servicio ha permitido abrir un espacio para tener este tipo de discusiones y pensar en medidas para solucionar estos obstáculos. Ningún modelo puede solucionar automáticamente las barreras inherentes a los sistemas de salud pública, pero consideramos que el modelo que explicamos en este texto puede crear un escenario de regulación en el que tales barreras puedan ser discutidas y superadas.

Finalmente, hay que mencionar que este tipo de regulaciones tampoco han escapado a los intentos de retroceso por parte de grupos antiaborto. En lugares como Canadá y el TCA ha habido frecuentes intentos de retornar a la criminalización total. Sin embargo, este marco regulatorio del aborto se ha logrado defender y, en vista de sus virtudes, hay una creciente

52 Patricia Reguero Ríos, “Más de 8.000 mujeres han sufrido acoso cuando iban a someterse a un aborto desde 2010”, *El Salto*, 24 de septiembre de 2019, <https://bit.ly/3xNn9dR>.

53 “Piden zonas de protección para abortar en clínicas y no ser señaladas”, *El Espectador*, 6 de octubre de 2018, <https://bit.ly/2USrY6Q>.

movilización en distintos países del mundo por adoptar este modelo y eliminar los delitos que afectan la autonomía reproductiva de las mujeres⁵⁴.

Bibliografía

“75% of belgians want abortion OUT of the criminal code”, European Humanist Federation, 14 de abril de 2018. <https://bit.ly/3rnvWRm>

“Abortion-Care Policies”, Pro-choice America, acceso el 31 de mayo de 2021. <https://bit.ly/3z3zzhO>

“Abortion in the ACT” ACT Government Health, última actualización 25 de enero de 2021. <https://bit.ly/3ikCZG5>

Abortion Rights Coalition in Canada. *Court Decisions and Laws in Abortion*. Canadá, 2021.

Alvarez Manninen, Bertha, “A Pro-Choice Response to New York’s Reproductive Health Act”, *Philosophies* 6, n.º 1, (2021): 1-15. <https://doi.org/gqjh>

Baird, Barbara. “Decriminalization and Women’s Access to Abortion in Australia”. *Health and Human Rights* 19, n.º 1 (junio de 2017): 197–208. <https://bit.ly/3erh6nl>

Berer, Marge. “Abortion Law and Policy Around the World: In Search of Decriminalization.” *Health and Human Rights* 19, n.º 1 (junio de 2017): 13–27.

Bergalli, Roberto y Encarna Bodelón, “La cuestión de las mujeres y el derecho penal simbólico”, *Anuario De Filosofía Del Derecho* IX, n.º 9 (1992): 43-73.

54 Ver por ejemplo: Ana Cristina González Vélez y Carolina Melo Arévalo (eds.), *Causa Justa: argumentos para el debate sobre la despenalización total del aborto* (Bogotá: La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 2019); “75% of belgians want abortion OUT of the criminal code”, European Humanist Federation, 14 de abril de 2018, <https://bit.ly/3rnvWRm>.

- Bergallo, Paola, Isabel Cristina Jaramillo Sierra y Juan Marco Vaggione. *El aborto en América Latina. Estrategias jurídicas para luchar por su legalización y enfrentar las resistencias conservadoras*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 2018.
- Birgin, Haydee y Eugenio Raul Zaffaroni. *Las Trampas del Poder Punitivo: El Género del Derecho Penal*. Buenos Aires: Biblos, 2000.
- Bodelón, Encarna. “El cuestionamiento de la eficacia del derecho en relación a la protección de los intereses de las mujeres”, *Delito y sociedad: revista de ciencias sociales* 19, n.º 11-12 (1998): 125-137.
- Briozzo, Leonel. “From Risk and Harm Reduction to Decriminalizing Abortion: The Uruguayan Model for Women’s Rights.” *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics* 134, supl. 1 (agosto de 2016): S3-6. <https://doi.org/gbn7bx>
- Bump, Bethany. “Cuomo signs Reproductive Health Act after Legislature votes”. *Times Union*, 22 de enero de 2019. <https://bit.ly/3zba4vd>
- Dawson, Angela J, Rachel Nicolls, Deborah Bateson, Anna Doab, Jane Estoesta, Ann Brassil, y Elizabeth A Sullivan. “Medical Termination of Pregnancy in General Practice in Australia: A Descriptive-Interpretive Qualitative Study”. *Reproductive Health* 14, n.º 1 (14 de marzo de 2017): 39. <https://doi.org/gnsw>
- Erdman, Joanna N., Amy Grenon y Leigh Harrison-Wilson. “Medication Abortion in Canada: A Right-to-Health Perspective”. *Government, Politics, and Law* 98, n.º 10 (2008): 1764-1769. <https://doi.org/fpksrr>
- Family Planning NSW, *Reproductive and sexual health in Australia*. Ashfield: Family Planning NSW, 2013.
- “FAQs about the Reproductive Health Act”, The New York State Senate, 12 de febrero de 2019, <https://bit.ly/3ii4wrU>

González Vélez, Ana Cristina y Carolina Melo Arévalo (eds.). *Causa Justa: argumentos para el debate sobre la despenalización total del aborto*. Bogotá: La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 2019. <https://bit.ly/3wNWFYh>

González Vélez, Ana Cristina y Laura Castro. *Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia*. Bogotá: La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 2017. <https://bit.ly/3xLvvsZ>

Health Act 1993 (ACT) (10 de octubre de 2019). <https://bit.ly/2UcufKs>

Health (Improving Abortion Access) Amendment Act 2018 (ACT) (19 de septiembre de 2018). <https://bit.ly/3kFmEyT>

Health Professionals Act 2004 (ACT) (1 de junio de 2004). <https://bit.ly/3Be38PK>

International Reproductive and Sexual Health Law Program at the University of Toronto. *Access to Abortion: An Annotated Bibliography of Reports and Scholarship*. Toronto: The University of Toronto, 2020.

“Medical abortion by phone (tele-abortion)”, Marie Stopes International Australia, acceso el 23 de mayo de 2021. <https://bit.ly/2UUOOL5>

Medical Practitioners Act 1930 (repealed) (ACT) (7 de julio de 2005). <https://bit.ly/2ULBGbf>

Medical Practitioners (Maternal Health) Amendment Act 2002 (ACT) (9 de septiembre de 2002). <https://bit.ly/36IMIAW>

Newman, Paul, Stephen Morrell, Michelle Black, Sonali Munot, Jane Estoesta, Ann Brassil. *Reproductive and sexual health in New South Wales and Australia: differentials, trends and assessment of data sources*. Sídney: Family Planning NSW, 2011.

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos [OACDH]. *Serie de información sobre salud y derechos sexuales y reproductivos. Aborto*. 2015. <https://bit.ly/3enV4ly>

- Petersen, Kerry. “Decriminalizing abortion – the Australian experience”. En *Abortion Care*, editado por Sam Rowlands, 236–243. Cambridge: Cambridge University Press, 2014. <https://doi.org/gnsx>
- “Piden zonas de protección para abortar en clínicas y no ser señaladas”. *El Espectador*, 6 de octubre de 2018. <https://bit.ly/2USrY6Q>
- Rankin, Mark. “The Disappearing Crime of Abortion and the Recognition of a Woman’s Right to Abortion: Discerning a Trend in Australian Abortion Law?”. *Flinders Law Journal* 13, n.º 2 (2011): 1-48. <https://bit.ly/3erhYJ0>
- Reguero Ríos, Patricia. “Más de 8.000 mujeres han sufrido acoso cuando iban a someterse a un aborto desde 2010”. *El Salto*, 24 de septiembre de 2019. <https://bit.ly/3xNn9dR>
- Reproductive health care facilities access act*, Open Legislation New York Senate, A804 (11 de enero de 2019).
- Shaw, Dorothy y Wendy V. Norman. “When there are no abortion laws: A case study of Canadá” *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 62 (2020): 49-62. <https://doi.org/drbs>
- Sifris, Ronli y Suzanne Belton. “Australia: Abortion and Human Rights”. *Health and Human Rights* 19, n.º 1 (junio de 2017): 209–20. <https://bit.ly/3iljq0q>
- “State Bans on Abortion Throughout Pregnancy”, Guttmacher Institute, 1 de julio de 2021. <https://bit.ly/3rNiRki>
- “What You Need To Know About The Reproductive Health Act”, NYCLU, acceso el 31 de mayo de 2021. <https://bit.ly/3xO6sPc>
- Zaikoski, Daniela. “Género y derecho penal: tensiones al interior de sus discursos”, *La Aljaba Segunda época* XII, (2008): 117-134.



Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad, Dejusticia
Calle 35 N° 24-31, Bogotá, D.C.
Teléfono: (57 1) 608 3605
Correo electrónico: info@dejusticia.org
<https://www.dejusticia.org>



Este texto puede ser descargado gratuitamente en <http://www.dejusticia.org>
Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License.

Photo by Irwan iwe on Unsplash
Corrector: Andrés Felipe Hernández C.
Diseño: Precolombi EU, David Reyes