

Capítulo séptimo

Acceso a los derechos reproductivos en la India: un análisis sociojurídico de los retos a los que se enfrentan las poblaciones migrantes¹

Adam Dubin

Shreya Srivastava

Resumen

Este capítulo explora las importantes barreras a las que se enfrentan las mujeres migrantes en la India para acceder al aborto, situando la cuestión en la intersección del género, la migración y los derechos reproductivos. Si bien el marco jurídico de la India para el aborto, en particular en virtud de la ley de interrupción médica del embarazo, ha evolucionado de manera bastante progresiva, persisten disparidades sistémicas, especialmente para las migrantes internas, las refugiadas y las mujeres indocumentadas. Basándose en la legislación internacional de derechos humanos, la jurisprudencia nacional y la investigación empírica, el capítulo demuestra cómo los derechos legales se ven socavados por obstáculos prácticos como la pobreza, la falta de documentación, las barreras lingüísticas, el estigma y la fragmentación del sistema sanitario. Las mujeres inmigrantes se ven afectadas de forma desproporcionada por las prácticas de aborto inseguro

¹ Los autores desean dar las gracias a nuestras diligentes ayudantes de investigación, Riya Sachde, de la Universidad de Nueva York (NYU), y Ananya Bansal, del Instituto de Derecho Nirma /Nirma Institute of Law (India). También queremos dar las gracias a Ana Chamale (NYU) por su ayuda en la investigación.

debido al acceso limitado a la atención sanitaria oficial y al uso generalizado de métodos informales. El capítulo sostiene que el acceso de las mujeres inmigrantes al aborto no es simplemente una cuestión de atención sanitaria, sino un asunto más amplio de justicia social y derechos humanos. Pide un enfoque de la salud reproductiva que tenga en cuenta la migración y la perspectiva de género, que defienda la universalidad de los derechos humanos y garantice un acceso significativo al aborto para todas las mujeres, con independencia de su situación u origen.

Palabras clave

India, Mujeres migrantes, acceso al aborto, justicia reproductiva.

Access to reproductive rights in India: A socio-legal analysis of the challenges faced by migrant populations

Abstract

This chapter explores the significant barriers that migrant women face in India to access abortion, placing the issue at the intersection of gender, migration and reproductive rights. While India's legal framework for abortion, in particular under the Medical Interruption of Pregnancy Act, has evolved quite progressively, systemic disparities remain, especially for internal migrants, Refugee women and undocumented women. Based on international human rights law, national jurisprudence and empirical research, the chapter demonstrates how legal rights are undermined by practical obstacles such as poverty, lack of documentation, language barriers, the stigma and fragmentation of the health system. Immigrant women are disproportionately affected by unsafe abortion practices due to limited access to formal health care and the widespread use of informal methods. The chapter argues that immigrant women's access to abortion is not simply a health care issue, but a broader issue of social justice and human rights. Calls for a migration- and gender-sensitive approach to reproductive health that upholds the universality of human rights and ensures meaningful access to abortion for all women, regardless of status or origin.

Keywords

Migrant women, India, Right to abortion, Reproductive justice, Internal migrants.

Introducción

«Los migrantes pueden definirse por su estatus legal o su origen étnico, o la migración puede categorizarse utilizando parámetros de duración, motivación y distancia. Las categorías más importantes de migrantes son la migración laboral, la migración de refugiados, la migración de reasentamiento, la migración interna y los desplazamientos diarios» (ONUSIDA, 2001).

En 1999, la Organización Internacional del Trabajo determinó que más de noventa millones de personas vivían legal o ilegalmente en un país distinto al suyo (OIT, 1999). Además, a pesar de la percepción de que un emigrante típico es un hombre, aproximadamente la mitad de la población emigrante en todo el mundo son mujeres (OIT, 1999). A escala internacional, estas trabajadoras migrantes no solo acompañan a sus familiares, sino que constituyen una proporción cada vez mayor de la mano de obra migrante. Su vulnerabilidad reside en el hecho de que no solo están fuera de la protección legal de su país de origen, sino que incluso en el país de acogida pueden estar en lugares de trabajo que no están dentro del estricto ámbito de la ley, como el trabajo doméstico, el trabajo manual, azafatas o animadoras en clubes nocturnos, etc. Las mujeres inmigrantes suelen tener menos poder de negociación que la población local de una zona determinada.

India representa aproximadamente el 40 % del total de migrantes internos. Estos se han definido como aquellos que viven en su propio país, pero fuera de la región en la que nacieron (Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, 2013). Según el censo de población indio realizado en 2011, el número de migrantes internos ha aumentado a 453,7 millones (Chandrasekhar y Sharma, 2022). El patrón de migración está dominado por el movimiento de las zonas rurales a las urbanas. El 58 % de la población migrante se ha desplazado de zonas rurales a urbanas (Singh, 2024). Otros patrones de migración incluyen el movimiento de una zona rural a otra, y, el movimiento de una zona urbana a otra.

La India es también el hogar de una vasta población inmigrante y uno de los grandes destinos para las poblaciones migrantes y tiene la decimosegunda mayor población migrante del mundo. Desde 1990, cuando las Naciones Unidas empezaron a hacer un seguimiento de los movimientos migratorios, la India acoge a unos 5,2 millones de inmigrantes (Connor, 2017). La mayoría de

los inmigrantes en la India proceden de sus países vecinos como Bangladesh, Pakistán, Nepal y Sri Lanka. La India es el destino elegido por estos inmigrantes debido a la proximidad geográfica y a los amplios vínculos económicos e interpersonales que existían en antes de la partición. Las fuerzas de la migración internacional son también las mismas que las de la migración interna.

Es significativo señalar que más de la mitad de los emigrantes que viven en zonas rurales se desplazan para contraer matrimonio. La mayoría de este grupo está formado por mujeres (Chandrasekhar y Sharma, 2022). Esto puede atribuirse a las estructuras de parentesco patrilocales y a las pautas matrimoniales de la India. Algunas de estas mujeres también participan en la población activa. El porcentaje de mujeres migrantes que forman parte de la población activa es de aproximadamente el 34 % (Chandrasekhar y Sharma, 2022). Sin embargo, tanto en las zonas rurales como en las urbanas, la mayoría de las mujeres migrantes se dedican a las tareas domésticas. En la India ha aumentado el porcentaje de mujeres que trabajan por cuenta propia, en trabajos no remunerados y en trabajos asalariados (Chandrasekhar y Sharma, 2022).

La migración de los hombres se atribuye principalmente a la necesidad de trabajo. Esto puede significar la búsqueda de un primer empleo, la pérdida de un empleo existente o la falta de oportunidades laborales. Por ejemplo, debido a la penuria rural, en la India se producen migraciones de corta duración de las zonas rurales a las urbanas. Estas migraciones son temporales y la naturaleza del trabajo que realizan no se basa en la cualificación. La migración de las zonas rurales a las urbanas también implica la redistribución del trabajo, por ejemplo, del trabajo ocasional al empleo asalariado. Así pues, en el contexto de la migración en la India entran en juego los clásicos factores de empuje y atracción. El desempleo, el subdesarrollo, la escasez de recursos naturales y tierras cultivables y las calamidades naturales empujan a la gente a abandonar su lugar de nacimiento. El empleo, los salarios más altos y las mejores condiciones de trabajo son los factores de atracción que llevan a los emigrantes al lugar de destino. Aproximadamente el 10,8 % del total de personas migrantes ha emigrado por motivos relacionados con el empleo (Ministerio de Trabajo y Empleo, 2023).

Aunque existen políticas para la migración exterior, en la India la migración interior no ocupa un lugar destacado en los marcos de las estrategias de reducción de la pobreza y desarrollo

(Sethi y Kundu, 2020). Cualquier forma de migración repercute en múltiples sectores, pero la política migratoria de la India no es exhaustiva y no garantiza la protección frente a vulnerabilidades y explotación, como la explotación salarial, las violaciones de la salud y la seguridad y las malas condiciones de vida. Las mujeres migrantes, en particular, son muy vulnerables y se enfrentan a una doble discriminación como víctimas de la violencia de género, los abusos físicos y psicológicos, la explotación y la trata (Sethi y Kundu, 2020).

Aunque se han reconocido las vulnerabilidades de las mujeres migrantes en la India en términos de explotación laboral, malas condiciones de vida y violencia de género, se ha prestado mucha menos atención a su limitado acceso a la atención sanitaria reproductiva, en particular al aborto. Esta omisión es sorprendente, dada la magnitud de la migración interna femenina y el importante papel que desempeñan estas mujeres tanto en la economía formal como en la informal. La combinación de unas condiciones de trabajo precarias, la falta de redes de seguridad social y la escasa autonomía sobre su propio cuerpo restringe con gravedad la capacidad de las mujeres migrantes para tomar decisiones en materia de reproducción. Estas limitaciones se ven agravadas por el sistema sanitario de la India, profundamente estratificado, en el que los pobres —sobre todo los que carecen de documentación, vivienda estable o redes comunitarias— suelen quedar excluidos de unos servicios médicos oportunos y seguros.

La ley de interrupción médica del embarazo (MTPA) de la India, aprobada por primera vez en 1971 y modificada por última vez en 2021, ofrece un marco jurídico relativamente progresista para el acceso al aborto. Permite el aborto hasta las veinticuatro semanas en condiciones específicas y reconoce los riesgos para la salud física y mental como motivos legítimos. Sin embargo, los beneficios de la ley siguen siendo en gran medida inaccesibles para muchas mujeres migrantes debido a barreras sistémicas. Entre ellas se encuentran la falta de conocimiento de los derechos legales, la alienación lingüística y cultural en los entornos urbanos, la ausencia de portabilidad del seguro médico y la discriminación absoluta por parte de los proveedores de atención sanitaria. Incluso cuando los servicios están disponibles en los centros urbanos, las mujeres migrantes pobres a menudo se encuentran con obstáculos burocráticos o se ven disuadidas por el estigma que rodea al aborto, en especial si son solteras o pertenecen a castas o grupos religiosos marginados.

Además, la fragmentación del sistema sanitario público indio —dividido entre estados y de calidad muy variable— agrava la inaccesibilidad de los servicios reproductivos para las poblaciones móviles. Con frecuencia, los hospitales públicos están sobrecargados, carecen de recursos suficientes y no pueden o no quieren acoger a pacientes no locales. Para las mujeres migrantes, cuyos movimientos suelen estar dictados por contratos de trabajo precarios u obligaciones familiares, navegar por este sistema puede resultar casi imposible. Pueden verse obligadas a solicitar abortos a proveedores informales, donde la seguridad no está garantizada y donde el riesgo de complicaciones, coacción o criminalización es mayor.

Este capítulo explora los factores jurídicos, estructurales y socioculturales que limitan el acceso de las mujeres migrantes al aborto en India. Basándose en análisis jurídicos, informes y estudios de casos, sostiene que los derechos reproductivos no pueden ejercerse de forma significativa sin abordar el marco de exclusión más amplio en el que viven y trabajan las mujeres migrantes. De este modo, aboga por un enfoque de la atención sanitaria reproductiva que tenga en cuenta la migración, es decir, que tenga en cuenta las realidades del desplazamiento interno, el trabajo informal y el abandono sistémico dentro del panorama de rápida urbanización de la India.

1 Acceso de los migrantes a los derechos humanos en los países en desarrollo: barreras para el cumplimiento de los derechos socioeconómicos, con especial atención a la India

Los migrantes en los países en desarrollo se enfrentan a barreras sistémicas para la realización de sus derechos humanos, en particular los derechos socioeconómicos como la asistencia sanitaria, la vivienda y la protección laboral. Aunque la legislación internacional sobre derechos humanos garantiza la protección de los derechos de todas las personas con independencia de su ciudadanía o estatus migratorio, la realidad es que los migrantes —sobre todo los indocumentados y los que tienen empleos precarios— sufren exclusión de los servicios básicos, protección legal limitada y discriminación. Estos retos son en especial visibles en países en desarrollo como India, donde los migrantes internos desempeñan un papel fundamental en la economía, pero siguen estando marginados social, económica y jurídicamente. En esta sección se describen los retos más generales a los que

se enfrentan los migrantes a la hora de acceder a sus derechos en virtud del derecho internacional, y se destacan las vulnerabilidades específicas de las mujeres migrantes que buscan atención sanitaria reproductiva, incluidos los servicios de aborto.

El marco internacional de derechos humanos, incluido el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), garantiza los derechos a la salud, la educación, la vivienda y el trabajo digno para todas las personas, independientemente de su situación migratoria (CESCR, Observación General n.º 14, 2000). Sin embargo, en la práctica, muchos países en desarrollo condicionan el acceso a los derechos socioeconómicos a la condición formal de ciudadanía, residencia o documentación (Khan y Arokkiaraj, 2021).

En la India, los migrantes internos —en particular los que se trasladan de zonas rurales a urbanas— se enfrentan con frecuencia a la exclusión de los programas estatales de bienestar social, incluidos los subsidios alimentarios, la asistencia sanitaria y los planes de vivienda. El sistema de bienestar social de la India a menudo vincula las prestaciones a derechos basados en el lugar, lo que significa que los migrantes pierden el acceso a los servicios cuando se trasladan de un estado a otro (Deshingkar y Akter, 2009). Esta exclusión afecta de forma desproporcionada a los grupos de castas marginadas, las poblaciones indígenas y las mujeres, que ya se enfrentan a obstáculos sistémicos para acceder a los derechos en sus lugares de origen.

Incluso cuando los migrantes internos se desplazan dentro de las fronteras estatales, a menudo pierden el acceso a prestaciones y servicios debido al mosaico de leyes, regímenes de bienestar y normativas de los países. En el caso de los migrantes internos, los traslados dentro de las fronteras estatales son más frecuentes que los transfronterizos: el 87 % de los migrantes se traslada dentro del mismo estado (Singh, 2024). El desconocimiento de las diferencias en los sistemas locales de asistencia sanitaria hace que estos migrantes pierdan el acceso a los recursos. La migración también implica la pérdida de sistemas de apoyo, como la familia y la comunidad, que saben cómo y dónde acceder a los servicios.

Las mujeres migrantes se encuentran en una posición mucho más vulnerable que los hombres debido a los motivos de la migración. Las mujeres tienen una tasa de migración mucho más alta (47,7 %) que los hombres (11,4 %), principalmente debido al matrimonio y

solo una porción muy pequeña de mujeres (1 %) emigró por oportunidades de empleo. Esto significa que las mujeres emigrantes a menudo se quedan sin apoyo financiero y familiar cuando abandonan sus lugares de origen. El mayor motivo de migración fue el matrimonio, citado en el 87,5 % de los casos (Singh, 2024). Los patrones de migración interna, sobre todo para las mujeres en la India, tienden a ser regionales.

Para los migrantes internacionales en las regiones en desarrollo, incluido el Sudeste Asiático, la situación es aún más precaria. En la India, los migrantes indocumentados de Bangladesh, los refugiados rohingya y otros migrantes regionales se enfrentan con frecuencia a la exclusión de la protección de los derechos formales (Samaddar, 2020). Al carecer de reconocimiento legal, quedan excluidos de los servicios públicos de salud, del empleo formal y de los programas de protección social, lo que los hace vulnerables a la explotación y el abuso.

En los países en desarrollo, el sector informal emplea a una gran proporción de migrantes internos y transfronterizos. En la India, se calcula que más del 90 % de la mano de obra está empleada en el sector informal, y los migrantes están desproporcionadamente representados en trabajos mal remunerados, inseguros y peligrosos (NCEUS, 2007). Estos inmigrantes, que carecen de contratos laborales y de protección jurídica, se enfrentan a graves obstáculos para hacer realidad su derecho a un trabajo digno, garantizado por el artículo 7 del PIDESC.

La ausencia de protección laboral agrava la vulnerabilidad en el lugar de trabajo, sobre todo en el caso de las mujeres inmigrantes, que están sobrerrepresentadas en sectores como el trabajo doméstico, la construcción y la confección (Srivastava y Sasikumar, 2003). Las mujeres inmigrantes trabajan a menudo sin acceso a baja por maternidad, asistencia sanitaria o mecanismos para denunciar el acoso o la explotación. Esta falta de protección en el lugar de trabajo afecta directamente a su capacidad para acceder a la atención sanitaria reproductiva y a los servicios de aborto seguro, sobre todo cuando la búsqueda de dicha atención puede requerir ausentarse del trabajo.

Estas vulnerabilidades socioeconómicas se amplifican durante las crisis, como se vio durante la pandemia de covid-19, que afectó de forma desproporcionada a los trabajadores migrantes en la India. Cuando se impusieron los cierres patronales, millones de trabajadores migrantes se quedaron sin ingresos, alimentos ni

refugio, y muchos se vieron obligados a regresar a pie a sus estados de origen, lo que puso de manifiesto la fragilidad de sus derechos socioeconómicos (Kesar et al., 2021).

El acceso de los migrantes a la atención sanitaria en los países en desarrollo suele ser fragmentario y excluyente. En la India, por ejemplo, los servicios sanitarios son principalmente estatales, lo que significa que los migrantes pierden el acceso a la atención subvencionada cuando se trasladan de un estado a otro (Borhade, 2011). Muchos programas de salud pública, incluidos los programas de salud materno-infantil, están vinculados a la condición de domicilio, lo que excluye de hecho a las poblaciones móviles de los servicios esenciales.

Para las mujeres migrantes, el acceso a la atención sanitaria reproductiva —incluidos los anticonceptivos, la atención prenatal y los servicios de aborto— es difícil. Muchas mujeres inmigrantes carecen de información sobre sus derechos reproductivos y no pueden desenvolverse en sistemas sanitarios desconocidos en las zonas de destino. Las barreras lingüísticas, la discriminación por parte de los profesionales sanitarios y el coste de los servicios disuaden aún más a las mujeres inmigrantes de buscar atención sanitaria.

Las mujeres migrantes en los países en desarrollo a menudo se enfrentan a vulnerabilidades interrelacionadas que agravan su exclusión de la protección de sus derechos. Las mujeres migrantes sufren tasas más elevadas de violencia de género, incluida la explotación sexual por parte de empleadores, propietarios y funcionarios del Estado, sobre todo cuando su situación migratoria es irregular (Samaddar, 2020). Estos abusos se producen con una impunidad casi total, ya que las mujeres migrantes temen ser detenidas, deportadas o sufrir más victimización si denuncian la violencia.

La falta de servicios sensibles al género agrava estas vulnerabilidades. En muchos países en desarrollo, como la India, los servicios de salud pública no están equipados para atender las necesidades específicas de las mujeres migrantes, en particular las que sufren violencia de pareja, violencia sexual o condiciones de trabajo inseguras (Borhade, 2011). Sin acceso a una atención que tenga en cuenta los traumas ni a asesoramiento en salud reproductiva, las mujeres migrantes se ven obligadas a afrontar el embarazo, la anticoncepción y el aborto sin apoyo.

Estos retos representan una forma de injusticia reproductiva, en la que la marginación económica, la exclusión social y la privación legal de derechos convergen para privar a las muje-

res migrantes del control sobre su vida reproductiva (Ross y Solinger, 2017). El resultado es una doble carga: no solo se excluye a las mujeres migrantes de los derechos socioeconómicos, sino que también se les niega el control sobre sus propias opciones reproductivas, intensificando aún más los ciclos de pobreza y exclusión.

En los países en desarrollo, el acceso de los migrantes a la justicia se ve limitado por múltiples factores, como las barreras lingüísticas, el desconocimiento de los derechos y el miedo a las autoridades estatales. Los migrantes que sufren discriminación, violencia o violaciones de sus derechos laborales rara vez recurren a la justicia debido al coste prohibitivo de la representación legal, la corrupción de los sistemas judiciales y el miedo a las represalias. Para los migrantes indocumentados, estas barreras son aún más pronunciadas, ya que corren el riesgo de ser detenidos y deportados si entran en contacto con las instituciones estatales.

Esta falta de acceso a la justicia se extiende a las violaciones de los derechos reproductivos, donde las mujeres migrantes se enfrentan a importantes obstáculos para impugnar las esterilizaciones forzadas, la denegación de asistencia o los abortos forzados (Ghosh, 2011). Sin acceso a asistencia jurídica, la autonomía reproductiva de las mujeres migrantes se viola de forma rutinaria, con vías de reparación limitadas.

Las mujeres migrantes, incluso cuando tienen conocimiento de los sistemas de lugar para la atención reproductiva, pueden optar por evitar el contacto, por temor a represalias. Las mujeres de barrios marginales de bajos ingresos con una alta población de migrantes esgrimieron la falta de confidencialidad y la presión de la esterilización como razones para no acceder a la atención formal (Behera et al. 2015). Las mujeres migrantes carecen de medios directos para abordar esta cuestión y temen la intervención del Estado, lo que perpetúa un ciclo de vulnerabilidad en las comunidades migrantes.

Entre las características que definen a los grupos de trabajadores inmigrantes más vulnerables a la denegación de derechos socioeconómicos y al impedimento de su estatus se incluyen la edad y el nivel educativo. Las mujeres más jóvenes tienen dificultades para acceder a la atención sanitaria, incluidos los servicios reproductivos. Esto puede estar relacionado con la falta de estabilidad económica y de conocimiento de los servicios disponibles. Las mujeres migrantes se ven obligadas a recurrir a más abortos inseguros.

Las jóvenes migrantes se encuentran en una encrucijada crítica de vulnerabilidad que aumenta significativamente su probabilidad de someterse a abortos inseguros. Entre ellas, las adolescentes migrantes de quince a diecinueve años corren un riesgo especial. Estudios recientes revelan que la probabilidad de sufrir abortos inseguros es casi tres veces mayor en las zonas rurales y cinco veces mayor en las zonas urbanas para las mujeres de entre quince y diecinueve años, en comparación con las que tienen cuarenta años o más (Rahaman et al., 2022). Esta marcada disparidad refleja el nivel de desventajas al que se enfrentan las adolescentes migrantes pobres en los centros urbanos, donde a menudo carecen de ingresos estables, apoyo familiar o conocimiento de los derechos reproductivos. En lugar de mejorar el acceso a la atención sanitaria, la migración urbana suele intensificar el riesgo, sobre todo para los migrantes que no conocen el sistema o carecen de apoyo social. Estos patrones ponen de relieve la profunda interrelación entre la pobreza y la juventud que impulsa las prácticas de aborto inseguro entre las mujeres migrantes.

2 El aborto como derecho humano, independientemente de la situación migratoria

El derecho humano al aborto no es un derecho singular, sino más bien un compuesto de varios derechos reconocidos internacionalmente que han evolucionado con el tiempo para apoyar y afirmar la capacidad de las mujeres de interrumpir un embarazo. Este derecho se aplica de manera universal, con independencia de la situación migratoria o la documentación. La universalidad de los derechos humanos sustenta el principio de que todas las mujeres —incluidas las inmigrantes, las solicitantes de asilo, las refugiadas y las indocumentadas— tienen derecho a las mismas protecciones de salud reproductiva que los ciudadanos. Cuando las mujeres migrantes, especialmente las que carecen de estatus legal, se enfrentan a obstáculos para acceder al aborto, estas restricciones a menudo violan los principios fundamentales de no discriminación e igualdad de acceso a la atención sanitaria. Aunque se entiende que los derechos humanos se aplican desde el nacimiento hasta la muerte, fuera de los marcos religiosos o morales no se extienden al reconocimiento legal de los derechos del feto.

Históricamente, el derecho al aborto se enmarcó por primera vez en relación con el control de la población, especialmente en el contexto de las políticas de desarrollo en el llamado sur global. Con

el tiempo, sin embargo, la comunidad internacional ha llegado a reconocer que el acceso al aborto es esencial para la autonomía corporal y de decisión de las mujeres. Estos derechos están ahora arraigados en los principios fundamentales del derecho internacional. Es importante destacar que los Estados conservan cierto grado de discrecionalidad para regular el aborto más allá de las causales mínimas establecidas -como la violación, el incesto o las amenazas a la vida de una persona embarazada- siempre y cuando dicha regulación no resulte en violaciones de otros derechos protegidos, incluido el derecho a la vida, la salud o la integridad corporal. Estas obligaciones se aplican por igual a todas las mujeres dentro de la jurisdicción de un Estado, incluidas las migrantes indocumentadas y las refugiadas. Las mujeres migrantes a menudo se enfrentan a obstáculos agravados -lingüísticos, económicos, culturales y legales- que las hacen más vulnerables a las violaciones de derechos. Según el Comité de Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares (Observación General n.º 2, 2013), denegar servicios esenciales de salud reproductiva en basándose en el estatus migratorio contraviene las garantías internacionales de no discriminación.

Aunque el aborto no está reconocido como un derecho absoluto en el derecho internacional, el acceso al aborto —sobre todo en circunstancias que ponen en peligro la vida— está garantizado en determinadas condiciones. El derecho al aborto se protege a través de un marco multinivel que incluye instrumentos jurídicos internacionales, regionales y nacionales. En particular, los tres sistemas regionales de derechos humanos afirman que el aborto debe ser accesible en determinadas condiciones. El sistema regional africano es especialmente progresista en este sentido: el Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos sobre los Derechos de la Mujer en África (Protocolo de Maputo) es el único tratado vinculante de derechos humanos que codifica el aborto como un derecho.

El desarrollo del derecho al aborto en el sistema de la ONU ha sido gradual. La CEDAW sentó las bases iniciales en 1979, en concreto a través del artículo 12, que obliga a los Estados a garantizar el acceso a los servicios sanitarios, incluidos los relacionados con la planificación familiar. A lo largo de las décadas, esta base se ha visto reforzada por las interpretaciones y recomendaciones de diversos órganos de tratados. Las restricciones al aborto se consideran cada vez más violaciones de otros derechos fundamentales, como la intimidad, la salud, la libertad y la prohibición de la tortura. Es crucial que las protecciones de la CEDAW se apliquen

universalmente, lo que significa que las mujeres migrantes e indocumentadas deben tener igualdad de acceso a la atención sanitaria reproductiva sin temor a la deportación o a represalias legales. El compromiso de un Estado con los convenios internacionales de derechos humanos exige garantizar que estas protecciones se extienden a todas las mujeres bajo su jurisdicción.

La sensibilidad política del aborto ha determinado la forma en que se ha abordado en los instrumentos internacionales. La convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer no menciona explícitamente el aborto, una decisión deliberada en la que influyó en parte la presión de la administración Clinton a favor de un lenguaje «neutro con respecto al aborto» para facilitar una ratificación más amplia (Venter, 2012: 455). Este compromiso pretendía mantener el consenso político evitando referencias abiertas al aborto, sobre todo en una época en la que aún no estaba firmemente establecido en el marco internacional de los derechos de la mujer. Sin embargo, la omisión ha creado vulnerabilidades para las mujeres migrantes, que pueden carecer de acceso a los servicios de aborto sin una protección legal explícita.

El proceso de redacción de la CEDAW reflejó un importante cambio de énfasis. Un borrador de la convención de 1974 incluía un lenguaje que solo garantizaba «información sobre planificación familiar». Más tarde, en el artículo 12 definitivo, se amplió para incluir el acceso a los servicios de planificación familiar, reconociendo así el derecho de las mujeres no solo al conocimiento, sino también a la atención. Este cambio reforzó la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones reproductivas e impuso a los Estados la clara obligación de proporcionar servicios, no solo información. La Recomendación general n.º 26 sobre las trabajadoras migratorias (CEDAW, 2008: 18) reconoce los retos en materia de derechos reproductivos a los que se enfrentan las mujeres migrantes, señalando y pidiendo a los Estados que promulguen políticas y leyes para proteger la igualdad de acceso:

«[...] el aborto coercitivo o la falta de acceso a servicios seguros de salud reproductiva y de aborto, cuando la salud de la madre está en peligro, o incluso después de una agresión sexual; la ausencia de permisos y prestaciones de maternidad, o su insuficiencia, y la falta de atención obstétrica asequible, que dan lugar a graves riesgos para la salud».

La falta de documentación u otros obstáculos no deben servir de justificación para denegar la atención. La igualdad de acceso

a los servicios reproductivos es un componente esencial de las obligaciones de los Estados en virtud del derecho internacional de los derechos humanos y un elemento fundamental de la no discriminación en la atención sanitaria.

El reconocimiento de la autonomía corporal de las mujeres avanzó aún más en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de 1994. Este documento histórico identificó el aborto inseguro como una prioridad sanitaria mundial y desplazó la atención de los objetivos demográficos dirigidos por el Estado a los derechos de las personas en la toma de decisiones reproductivas (Erdman, 2023: 1119; Pillai, 2024). La CIPD reconoció que las mujeres migrantes, en particular las indocumentadas, se enfrentan a un mayor riesgo de violación de sus derechos reproductivos y pidió a los Estados que garantizaran un acceso equitativo a la atención sanitaria para todas las mujeres de su territorio.

A pesar de este creciente consenso internacional, persistió la resistencia política al reconocimiento del derecho al aborto. Durante las negociaciones para la Declaración y Plataforma de Acción de Pekín de 1995, el gobierno de Estados Unidos intentó introducir una reserva en la que se aclaraba que el documento no creaba nuevos derechos humanos, incluido el aborto (Pietilä, 2007: 101). No obstante, la declaración final condenaba explícitamente el aborto inseguro y reafirmaba el derecho de las mujeres a tomar decisiones autónomas sobre su salud reproductiva. No impuso límites gestacionales y reconoció la importante contribución de las leyes restrictivas del aborto a la mortalidad materna. La Plataforma de Pekín también reconoció que las mujeres migrantes se enfrentan a distintas barreras para acceder a la atención sanitaria reproductiva y deben recibir el mismo nivel de atención que las demás mujeres (párrafos 94, 97 y 106).

Tras Beijing, el CEDAW emitió la Recomendación general n.º 24 (1999), que instaba a los Estados a reconsiderar las leyes que penalizan el aborto (párrafo 31c). La recomendación subrayaba que los Estados debían prestar «especial atención [...] a las necesidades sanitarias y los derechos de las mujeres pertenecientes a grupos vulnerables y desfavorecidos, como las mujeres migrantes, refugiadas y desplazadas internas [...]». Esta orientación marcó un punto de inflexión en el reconocimiento internacional del aborto no solo como una cuestión de salud, sino también como una cuestión de derechos humanos universales y de igualdad de género, y una extensión implícita de este derecho a las mujeres migrantes.

La evolución de la jurisprudencia en apoyo del derecho al aborto ha experimentado avances significativos en el siglo ^{xxi}. Las Naciones Unidas, en particular a través de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), han afirmado sistemáticamente que el derecho al aborto es un componente fundamental de la autonomía reproductiva, sin distinción alguna entre migrantes y no migrantes. De hecho, el derecho internacional, como se analiza más adelante, ha reconocido de forma metódica los derechos a la salud reproductiva de grupos vulnerables como los migrantes. El derecho internacional ha anclado el derecho al aborto en un marco más amplio de protecciones reconocidas en ámbito internacional, garantizando que estas se apliquen universalmente, con independencia de la situación migratoria u otras características personales.

Decisiones recientes reafirman que todas las mujeres, incluidas las inmigrantes y las indocumentadas, tienen derecho a la atención del aborto. El principio de universalidad de los derechos humanos garantiza la misma protección a todas las personas bajo la jurisdicción de un Estado. Aunque los Estados conservan la autoridad para regular el aborto electivo, la ONU ha subrayado que dicha regulación debe respetar las normas básicas de derechos humanos, en especial en el contexto de la salud materna. Aunque la jurisprudencia que ha abordado expresamente el derecho al aborto de las migrantes es limitada, las decisiones sobre derechos humanos dictadas por tribunales y comités son, en teoría, aplicables por igual a las migrantes, con independencia de su situación migratoria.

En 2005 se produjo un acontecimiento jurídico fundamental, cuando los derechos a la intimidad y a la protección contra la tortura se vincularon formalmente al acceso al aborto. En el caso *K. L. contra Perú* (2003), el Comité de Derechos Humanos de la ONU falló a favor de una joven de diecisiete años a la que se había denegado el aborto a pesar de que su feto había sido diagnosticado con anomalías mortales. El comité determinó que esta denegación constituía una violación de su derecho a la intimidad en virtud del artículo 17 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) y equivalía a un trato cruel e inhumano en virtud del artículo 7. Al aplicar estos derechos fundamentales al acceso al aborto, el comité amplió el marco jurídico internacional, afirmando que las protecciones contra la tortura y la invasión de la intimidad se aplican universalmente.

Este impulso continuó en 2015, cuando el CEDAW respondió a una comunicación presentada por tres ONG contra Filipinas, que había promovido la planificación familiar natural con exclusión de

otras opciones reproductivas. El Comité instó al gobierno filipino a legalizar el aborto en circunstancias específicas, eliminar las prácticas de aborto inseguro y garantizar el acceso a la atención posaborto. Hizo hincapié en que negar el acceso al aborto socava la capacidad de las mujeres para tomar decisiones íntimas y personales sobre su cuerpo y su vida. Dado que Filipinas es parte de la CEDAW, su penalización general del aborto entraba en conflicto directo con sus obligaciones en virtud del tratado. La recomendación del Comité reforzaba que la autonomía corporal, incluido el acceso al aborto, es un derecho humano, y no limita en modo alguno este derecho solo a quienes están documentadas.

Otras sentencias históricas dictadas en 2016 y 2017 consolidaron aún más esta tendencia jurídica. En *Mellet contra Irlanda* (2016), el Comité de Derechos Humanos concluyó que obligar a las mujeres a llevar a término embarazos no viables y obligarlas a viajar al extranjero para recibir servicios de aborto constituía trato cruel, inhumano y degradante. El Comité reafirmó que tales leyes violan el derecho a la intimidad y el principio de no discriminación. En particular, declaró que el artículo 7 del PIDCP prohíbe toda justificación de un trato equivalente a la tortura. Estas conclusiones son significativas para las mujeres migrantes, que a menudo se enfrentan a barreras financieras y logísticas adicionales cuando buscan atención para abortar en el extranjero.

Ha habido un pequeño número de casos relacionados con el acceso de las mujeres inmigrantes al aborto que refuerzan aún más el carácter universal del acceso al derecho al aborto. En Estados Unidos, el caso *Garza contra Hargan*, más tarde apelado como *Azar contra Garza*, se refería a una inmigrante indocumentada de diecisiete años bajo custodia federal a la que los funcionarios de la Administración Trump impidieron inicialmente abortar a pesar de haber cumplido los requisitos de derivación judicial de Texas. El Circuito del Distrito de Columbia falló a favor de la menor, afirmando el derecho constitucional al acceso al aborto para las menores no acompañadas en detención de inmigrantes (874 F.3d 735, D.C. Cir. 2017). Aunque el Tribunal Supremo de Estados Unidos anuló posteriormente la decisión por motivos procesales, porque ya se había sometido a un aborto, el caso sigue siendo una piedra de toque en los debates sobre los derechos reproductivos de las menores migrantes. Y en Irlanda, el caso de 2014 de la Sra. Y contra Irlanda, sobre una solicitante de asilo en Irlanda a la que se denegó el aborto a pesar de tener tendencias suicidas y estar embarazada por violación, puso de relieve el impacto des-

proporcionado de las leyes restrictivas del aborto en las mujeres migrantes. Obligada a someterse a una cesárea a las veinticinco semanas de gestación, su experiencia impulsó las peticiones de reforma (O'Carroll, 2014).

A partir de 2016, una serie de observaciones generales y recomendaciones han afianzado aún más el aborto como derecho humano en el derecho internacional. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), en su Observación General n.º 22, obligó a los Estados a proporcionar acceso al aborto legal y seguro y a proteger ese acceso de interferencias ideológicas. Afirmó que las mujeres y las niñas deben poder tomar decisiones autónomas con respecto a su salud reproductiva y que los sistemas sanitarios deben estar equipados para prestar servicios de aborto y atención posaborto, sobre todo a las mujeres que se ven afectadas de forma desproporcionada por la discriminación interseccional, como las migrantes y las refugiadas.

La CEDAW ha seguido reforzando este fundamento jurídico. La Recomendación general n.º 35 reconoció que negar o retrasar el aborto puede constituir una forma de tortura. Del mismo modo, la Observación General n.º 36 (2018) del Comité de Derechos Humanos hizo hincapié en que los Estados partes deben garantizar el acceso seguro, legal y efectivo al aborto, especialmente cuando el embarazo pone en peligro la vida de la mujer o le causa un sufrimiento intenso. Estos comentarios reconocieron explícitamente la posición vulnerable de las mujeres migrantes y destacaron la importancia de eliminar las barreras estructurales a sus derechos reproductivos.

A pesar de estos importantes avances, persisten los retos. El derecho internacional sigue tratando de conciliar los derechos reproductivos de la mujer con la soberanía estatal sobre la regulación del aborto. Aunque las normas internacionales exigen el acceso al aborto en casos de violación, incesto, condiciones que pongan en peligro la vida o sufrimiento grave, los Estados mantienen la discreción de establecer marcos jurídicos más amplios. Esta continua deferencia a la autonomía nacional —combinada con la ausencia de una norma mundial plenamente armonizada— sigue dando lugar a la exclusión de las migrantes de la atención sanitaria reproductiva esencial.

No obstante, el principio fundamental de los derechos humanos es su universalidad. El aborto se reconoce cada vez más como un componente esencial de la autonomía corporal y la igualdad de

género. Todas las mujeres —incluidas las inmigrantes, las solicitantes de asilo y las indocumentadas— merecen un acceso igualitario a los servicios de aborto. El derecho internacional debe seguir evolucionando para garantizar la protección de estos derechos sin excepción ni discriminación.

3 Derecho al aborto en la India: progresos jurídicos y retos prácticos

El acceso al aborto en India ha evolucionado a través de un complejo panorama jurídico y sociocultural, configurado por una legislación y una interpretación judicial cambiantes. Históricamente, la MTPA, promulgada en 1971, regulaba el acceso al aborto permitiendo interrupciones hasta las veinte semanas de gestación con la aprobación de un médico colegiado. Este marco sometía las opciones reproductivas de las mujeres a la discreción de los profesionales médicos, a menudo influidos por las normas culturales y sociales imperantes. Aunque la Constitución india no garantiza explícitamente el derecho al aborto, los tribunales han desempeñado un papel fundamental en el reconocimiento de los derechos reproductivos como parte integrante de protecciones constitucionales más amplias, en virtud del artículo 21, que garantiza el derecho a la vida y a la libertad personal.

El fundamento constitucional del derecho al aborto en India se ha ido construyendo de manera gradual a través de decisiones judiciales clave. En *Suchita Srivastava contra la Administración de Chandigarh* (2009), el Tribunal Supremo afirmó que las opciones reproductivas constituyen un aspecto central de la libertad personal de la mujer, y que el derecho a interrumpir un embarazo está protegido por los derechos a la intimidad, la dignidad y la integridad corporal. El Tribunal hizo hincapié en la necesidad del consentimiento informado y subrayó que estas protecciones se aplican por igual a las mujeres con discapacidad. Al enraizar la autonomía reproductiva en derechos constitucionalmente garantizados, la sentencia reforzó en gran medida la legitimidad jurídica del derecho al aborto en India.

Reforzando aún más este marco, la histórica sentencia en el caso *K.S. Puttaswamy contra la Unión de la India* (2017) declaró la privacidad como un derecho fundamental, afirmando explícitamente que esto incluye la libertad de tomar decisiones reproductivas. Aunque no aborda directamente el aborto, la decisión amplió el alcance de las protecciones constitucionales que respaldan la autonomía reproductiva.

En 2021, el Parlamento indio aprobó la ley (enmienda) de MTPA, por la que se ampliaba el límite gestacional superior para el aborto a veinticuatro semanas en determinados casos. Aunque esta enmienda supuso una ampliación progresiva del derecho al aborto, su aplicación ha revelado incoherencias. Las interpretaciones judiciales de la ley han variado significativamente, y algunos tribunales han concedido el acceso al aborto mientras que otros lo han denegado, creando inseguridad jurídica y un acceso desigual.

4 Acceso práctico al aborto en la India: Un derecho difícil de alcanzar

A pesar de un marco jurídico relativamente progresista y de la jurisprudencia del Tribunal Supremo que ha reafirmado y ampliado el derecho, el acceso al aborto seguro y legal en India sigue siendo esquivo para muchos. Entre 2015 y 2019, se estima que se registraron 48,5 millones de embarazos, de los cuales alrededor de 16 millones terminaron en aborto (Guttmacher Institute). Un estudio de 2015 publicado en *The Lancet* informó de una tasa de aborto de 47 por cada 1000 mujeres de entre 15 y 49 años. Sin embargo, solo el 22 % de los abortos se realizaron en centros médicos regulados, mientras que el 73 % fueron abortos farmacológicos fuera del sistema sanitario oficial. Un 5 % adicional se practicó con métodos no médicos, muchos de los cuales quedaban fuera de los límites legales. Como resultado, el estudio estimó que casi un millón de abortos en 2015 fueron inseguros (Singh et al., 2018).

El aborto inseguro sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna en la India, ya que representa aproximadamente el 10 % de las muertes maternas (Chandra et al., 2021). Estas estadísticas reflejan profundas barreras sistémicas a pesar de la existencia de un derecho legal al aborto. En sus Observaciones Finales de 2014, el comité de la CEDAW expresó su preocupación por la limitada disponibilidad del aborto seguro y la atención posaborto en la India. Basándose en pruebas aportadas por organizaciones de la sociedad civil, el comité pidió al gobierno que garantizara que todas las mujeres tuvieran acceso a servicios de aborto de alta calidad, incluida una atención adecuada para las complicaciones derivadas de procedimientos inseguros (CEDAW, 2014: 31b).

Sin embargo, numerosos obstáculos estructurales y sociales impiden el acceso al aborto. El estigma, las normas patriarcales, la pre-

cariedad económica y las trabas burocráticas siguen limitando la autonomía de las mujeres, sobre todo en las regiones rurales donde la infraestructura sanitaria pública es deficiente. La oposición cultural al aborto —reflejada en las creencias personales de los profesionales sanitarios— puede restringir aún más el acceso, sobre todo para las mujeres con bajos ingresos que dependen de hospitales y clínicas públicos. Las mujeres inmigrantes, en concreto las que carecen de estatus legal, se enfrentan a retos adicionales: el miedo a las repercusiones legales, las barreras lingüísticas, el desconocimiento del sistema sanitario y la falta de concienciación sobre sus derechos reproductivos contribuyen a retrasar o denegar la atención.

Estas barreras se agravan en el caso de las mujeres procedentes de castas marginadas, en particular las mujeres dalit, muchas de las cuales emigran para trabajar y sufren discriminación en las instituciones sanitarias. Estas formas de desventaja que se entrecruzan colocan a las mujeres migrantes e indocumentadas en circunstancias precarias, lo que aumenta su dependencia de métodos de aborto clandestinos y a menudo peligrosos.

Aunque el marco jurídico de la India se ha ampliado para reconocer el aborto como un componente de los derechos reproductivos —con el respaldo del derecho internacional, la interpretación constitucional y la reforma legislativa—, persisten disparidades significativas en el acceso y los resultados. Los derechos jurídicos por sí solos no se han traducido en un acceso equitativo o universal, en especial para las mujeres pobres, pertenecientes a castas marginadas, que viven en zonas remotas o carecen de un estatus migratorio seguro. Para estas poblaciones, el aborto seguro y legal sigue estando a menudo fuera de su alcance. La persistencia del aborto inseguro entre los grupos más vulnerables de India pone de relieve la urgente necesidad de reformas sistémicas que salven la distancia entre los derechos legales y las realidades vividas.

5 Retos para el acceso al aborto de las inmigrantes en la India

Las Naciones Unidas reconocen que uno de los aspectos que con frecuencia se descuidan en el caso de los derechos sanitarios de los inmigrantes son sus derechos reproductivos. La capacidad de abordar los derechos de salud reproductiva es una cuestión de derechos humanos y justicia social. A escala mundial, casi el 15 % de la carga de morbilidad está asociada a la falta de atención a las necesidades de salud reproductiva (ONUSIDA, 2001), que afecta en mayor medida a las mujeres.

A nivel mundial, se ha constatado que las mujeres y niñas desplazadas se enfrentan a mayores riesgos de violencia sexual y de género; mayores riesgos de infecciones de transmisión sexual (ITS); mayores riesgos de embarazos no deseados; y mayores riesgos de abortos inseguros, con sus complicaciones asociadas (Comisión de Mujeres Refugiadas, 2019). En la India, el enfoque del Gobierno hacia las trabajadoras migrantes se centra en su protección y seguridad. Sin embargo, existe una necesidad urgente de una política de migración sensible al género que tenga en cuenta las preocupaciones y los riesgos específicos de género. Esta política debe centrarse tanto en la protección como en el empoderamiento de las mujeres.

Las mujeres refugiadas, por lo tanto, han sido identificadas como una prioridad en la política del ACNUR desde principios de la década de 1990. Sin embargo, una evaluación global de los servicios de salud sexual y reproductiva en 2012 en contextos humanitarios mostró que la prestación de servicios de aborto y anticonceptivos iba a la zaga de otros servicios que entran en esta categoría (Comisión de Mujeres Refugiadas, 2019).

Con anterioridad, la India ha sido percibida como una nación receptora de refugiados. En enero de 2022, el 46 % de los refugiados y solicitantes de asilo registrados en ACNUR India eran mujeres y niñas (ACNUR, India). Los refugiados y solicitantes de asilo registrados en la India son procedentes del Tíbet, Myanmar y Afganistán. Además, históricamente, India también ha acogido a refugiados de Pakistán y Sri Lanka.

La violencia sexual y de género es una realidad de la migración internacional. Un reto importante que existe en el caso de los refugiados es el sexo transaccional. Los refugiados y solicitantes de asilo tienen pocas opciones para ganarse la vida. Según ha constatado la Comisión de Mujeres Refugiadas, los refugiados de todos los contextos y grupos demográficos se dedican al trabajo sexual. Esto puede hacerse con regularidad, como única fuente de ingresos o para complementar los ingresos de otra fuente, o puede ser una transacción única de artículos monetarios o no monetarios (Comisión de Mujeres Refugiadas, 2016). Se observó que los refugiados que ejercen el trabajo sexual carecen de acceso a servicios sanitarios específicos centrados en la salud reproductiva y sexual.

Según el glosario sobre explotación y abuso sexuales de las Naciones Unidas, el sexo transaccional se refiere al «intercambio de dinero, empleo, bienes o servicios por sexo, incluidos los favores sexuales, otras formas de comportamiento humi-

llante, degradante o explotador» (Naciones Unidas, 2017). En una situación de conflicto, las fuentes de ingresos establecidas pueden desestabilizarse; las tendencias económicas cambian; el encarcelamiento de miembros masculinos, así como las tasas de mortalidad masculina aumentan. Todo ello tiene profundas consecuencias para la subsistencia de las mujeres (Hutchinson et al., 2016). El traslado a un campo de refugiados en este contexto puede provocar un aumento de la incidencia de las relaciones sexuales transaccionales, no solo en el campo, sino también en el trayecto hasta él. Las personas desplazadas en situaciones de conflicto armado y transportadas de forma ilegal a otro país están completamente a merced del traficante.

Aunque en un principio un campo de refugiados puede ser seguro, conlleva sus propios retos. Las condiciones de vida en estos campos suelen ser deshumanizadoras y deplorables. Por ejemplo, en el mayor centro de detención de la India, el campo de tránsito de Matia, el Tribunal Supremo observó el pésimo estado de las cosas, incluida la falta de un suministro adecuado de agua, las deficiencias sanitarias y la insuficiencia de aseos en el campo. Por lo tanto, dio instrucciones para que se realizara una inspección sorpresa del campo a la Autoridad de Servicios Jurídicos del Estado de Assam, con el fin de evaluar las condiciones de higiene, la disponibilidad de alimentos y las condiciones de vida en general (Rajubala Das v. Union of India, 2024).

Estas condiciones desconocidas y duras repercuten en la salud de los refugiados. Sin embargo, como los recursos económicos son limitados, las familias refugiadas no dan prioridad a la salud de las refugiadas. El acceso a la atención sanitaria también es limitado y se restringe a los hospitales públicos. Las visitas de a los hospitales suelen estar supervisadas por la policía (Sullivan, Sur y Dan, 2024). Los proveedores de servicios sanitarios privados no suelen estar al alcance de los refugiados. Por desgracia, los refugiados también están excluidos de la mayoría de los programas de salud y nutrición disponibles para los ciudadanos (Malik, 2024).

Debido al deterioro general de la salud de los refugiados en los campos de detención, se puede argumentar que, si estas mujeres consumen píldoras abortivas, las complicaciones podrían ser graves. Todos los parámetros de salud tienen que ser adecuados para que una mujer tome una píldora abortiva. Sin embargo, algunas mujeres pueden ignorar sus otras condiciones de salud y consumir la píldora, lo que puede resultar peligroso. Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas, se calcula que entre

el 25 % y el 50 % de las muertes maternas en entornos de refugiados se deben a complicaciones derivadas de abortos inseguros (Ohren y Lewinger, 2020). En comparación, en todo el mundo solo se producen alrededor del 13 % de las muertes debidas a este tipo de prácticas (Centro de Derechos Reproductivos, 2001). El aborto no solo afecta al cuerpo de la mujer embarazada, sino también a su bienestar mental y emocional. Sin embargo, en los centros de refugiados se da prioridad a la salud física sobre la mental. Las mujeres desplazadas tienen «el doble de probabilidades de presentar síntomas de TEPT y más de cuatro veces de depresión, en comparación con sus homólogos masculinos». Se ha informado de que «el uso de los servicios de salud mental es menor entre los refugiados que entre la población local y entre las mujeres que entre los hombres» (Malik, 2024).

Aunque la ley en India no impide a las mujeres refugiadas o solicitantes de asilo acceder al derecho al aborto, algunos casos pueden, sin embargo, ser complicados. Por ejemplo, una mujer rohingya concibió a consecuencia de la violación que le cometió el hombre que la ayudó a salir de la prisión donde había estado encarcelada tres meses acusada de entrar ilegalmente en India. Era solicitante de asilo ante el CDHNU de India, y se estaba estudiando su estatus de refugiada. Sin embargo, no podía interrumpir su embarazo en India. El retraso se debió a la falta de claridad sobre su situación y a la causa penal en curso que había interpuesto contra el acusado (Paliath, 2024). Solo pudo interrumpir el embarazo después de que los funcionarios indios la empujaran de vuelta a Bangladesh, y allí también en una clínica privada.

También es pertinente señalar que estaba esperando una orden judicial en Tripura para la aprobación de la interrupción de su embarazo. La ley india, sin embargo, no exige la intervención judicial hasta las veinte semanas en el caso de todas las mujeres y hasta las veinticuatro semanas en el caso de las mujeres vulnerables identificadas por la enmienda 2021. El personal policial le aconsejó que esperara a la orden judicial. Este caso concreto, por tanto, pone de manifiesto la falta de claridad sobre el procedimiento de interrupción médica del embarazo. Aunque la preservación del feto es esencial en caso de interrupción de un embarazo causado por violación, ya que se considera una prueba (Nabal Thakur contra el Estado, 2023), la jurisdicción de un tribunal de justicia solo surge una vez transcurrido el plazo límite.

También se ha descubierto que las mujeres migrantes utilizan píldoras abortivas sin consultar a los médicos. Estas píldoras son

de venta libre. Según una trabajadora migrante, a veces también se venden ilegalmente fuera de las tiendas. Cuando las píldoras se venden de esta manera, el precio también se aumenta en gran medida para obtener beneficios (John, 2024). Se ha observado la autoadministración de píldoras entre las mujeres inmigrantes. Además, las píldoras no pueden tomarse en caso de ciertas afecciones o enfermedades. Sin embargo, estos factores no se tienen en cuenta en la autoadministración. Las mujeres inmigrantes no suelen estar muy sanas. Muchas padecen hipertensión, anemia moderada e incluso trastornos psicológicos (Saraswati, Sharma y Sarna, 2015). La administración incorrecta de píldoras suele provocar daños en el cuerpo de la mujer, así como en el feto, y no conduce a un aborto completo. Como resultado, muchas mujeres experimentan un dolor insoportable y una hemorragia inmensa. Esto también repercute en su capacidad para ir a trabajar y ganarse el sustento, que suele ser un salario bajo en el sector no organizado (Saraswati, Sharma y Sarna, 2015).

Un factor que conduce al aumento del uso no supervisado de las píldoras es el limitado acceso social que tienen las mujeres a los servicios relacionados con el aborto. Los proveedores de los centros formales y certificados no prestan servicios a las mujeres si acuden solas o si el cónyuge o un familiar no da su consentimiento (Duggal & Ramachandran, 2004). Es pertinente señalar que la ley no exige dicho consentimiento y que el derecho a interrumpir un embarazo corresponde en exclusiva a la mujer embarazada. Se trata de una falta de aplicación adecuada de la ley, que se observa a varios niveles (Akhter, 2022).

Otro factor que puede llevar a las mujeres a interrumpir su embarazo es la causa de la migración. La dinámica de género de la migración interna muestra que la mayoría de las mujeres emigran para casarse. Debido a los retos que plantea la migración, es posible que una elevada proporción de mujeres migrantes no quiera tener más hijos de los que ya tiene. Así se registró en un estudio de mil mujeres migrantes internas realizado en Delhi y Bombay (Saraswati, Sharma y Sarna, 2015).

También existen barreras lingüísticas para acceder a la asistencia médica, ya que muchos trabajadores migrantes proceden de estados como Jharkhand, Bengala Occidental y Odisha y trabajan en zonas lingüísticamente diferentes de India, como Kerela y Cachemira. Los médicos y los emigrantes, por tanto, tienen lenguas regionales diferentes y pueden no dominar los idiomas más hablados en el país. A esto se suma la falta de inclusión de las

mujeres migrantes en la información basada en derechos sobre salud reproductiva y servicios de aborto seguro. Como resultado, las mujeres dependen de la orientación no médica de miembros femeninos de la familia o amigas.

En un estudio sobre los patrones de búsqueda de servicios de aborto, las preferencias y sus determinantes entre las mujeres indias, se descubrió que el 54 % de las mujeres buscaba la interrupción médica del embarazo en clínicas privadas, en comparación con el 19 % que acudía a proveedores de servicios de salud pública (Malik et al., 2023). Estos datos proceden de la Encuesta Nacional de Salud Familiar-5, recogida por el Ministerio de Salud y Bienestar Familiar del Gobierno de la India. En 2019, había un total de 7092 centros públicos con proveedores capacitados en todo el país para prestar servicios integrales de aborto (Ministerio de Salud y Bienestar Familiar, 2019). En la India, la gran mayoría de los migrantes de larga duración son mujeres y constituyen casi el 68 % de esta población (Roshania, 2024). Por lo tanto, la inversión en infraestructura pública para la disponibilidad de atención integral del aborto debe aumentar para dar cabida al número de mujeres migrantes que pueden necesitar acceder a la sanidad pública.

Los factores económicos también influyen en las opciones de las mujeres a la hora de acceder al lugar de atención del aborto. Aunque el coste de la interrupción del embarazo en una clínica privada puede ser elevado, sobre todo si se considera en el contexto de las mujeres inmigrantes, los hospitales públicos o los hospitales afiliados al gobierno pueden ofrecer servicios de aborto completos de forma gratuita o a bajo coste. Sin embargo, en varios estudios se ha observado que las mujeres se sienten desalentadas a acudir a los centros públicos debido a las repetidas visitas y a la mayor duración de las esperas (Malik et al., 2023). Para las mujeres migrantes, esto podría tener un impacto directo en su medio de vida. Así, la pobreza y el miedo a perder el trabajo pueden impedirles acceder a la asistencia sanitaria formal y subvencionada o gratuita. Los centros de salud urbanos, que prestan atención sanitaria primaria, suelen ser inaccesibles para los migrantes debido al horario de estos centros. Además, los lugares que ofrecen servicios seguros no se anuncian adecuadamente (MHFW, 2023). En estados como Kerala, Tamil Nadu, Andhra Pradesh, Telangana, Goa y Maharashtra, una proporción significativa de mujeres abortaron en centros privados (Malik et al., 2023).

El derecho al aborto no es solo el derecho a tener acceso a un aborto seguro, sino que también incluye el seguimiento y la aten-

ción posaborto. En el entorno mencionado de un campo de refugiados y de la población migrante, es difícil imaginar que las mujeres tengan un derecho ilimitado al aborto, ya que la salud no es una prioridad. Según la Organización Mundial de la Salud, la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Los retos de la migración y los desplazamientos llevan a comprometer su salud.

El derecho general a la salud es también un componente integral del derecho al aborto. India carece de una base de datos fiable con información sobre el número de migrantes interestatales, lo que repercute negativamente en las medidas de ayuda y rehabilitación. Por ejemplo, la distribución puntual de alimentos a los beneficiarios, sobre todo a los trabajadores migrantes, es inferior a la asignación realizada. Así, las mujeres migrantes no disponen de alimentos adecuados y nutritivos, lo que puede provocar abortos espontáneos. Además, los trabajadores migrantes también se enfrentan a graves riesgos laborales y de seguridad y salud, como accidentes y trastornos respiratorios. Esto puede incluso poner en peligro a las mujeres embarazadas y a sus fetos. Debido al alto porcentaje del salario que gastan en comida los migrantes, las condiciones de vida, como una vivienda adecuada y agua y saneamiento, se ven comprometidas. La carga de la ausencia de agua, saneamiento e higiene adecuados recae sobre las mujeres y las niñas y está directamente relacionada con los derechos de salud sexual y reproductiva. Además, muchas comunidades de inmigrantes tampoco pueden beneficiarse de las visitas de los trabajadores sanitarios porque estos solo visitan los barrios marginales reconocidos, excluyendo así a los trabajadores inmigrantes que viven en asentamientos abiertos o dentro de los lugares de trabajo. Los barrios marginales presentan condiciones de vida difíciles, como la falta de servicios básicos, el hacinamiento y la congestión, y la falta de condiciones sanitarias básicas.

6 Recomendaciones

En las partes anteriores de este capítulo se han establecido las barreras sistemáticas de los migrantes y refugiados para acceder a los derechos socioeconómicos y de salud sexual y reproductiva. La interseccionalidad de género y migración agrava el acceso a los derechos de salud reproductiva y sexual de las mujeres migrantes. Sin embargo, estos derechos deberían ser de acceso universal. Esto también defenderá los principios constitucionales de justicia e igualdad.

En la India, las mujeres que trabajan perciben prestaciones de maternidad en virtud de la ley de prestaciones de maternidad de 1961 si trabajan en minas, fábricas, comercios, establecimientos o plantaciones. En virtud de esta ley, las mujeres tienen la ventaja de percibir prestaciones de maternidad si han sufrido un aborto espontáneo. La prestación por maternidad se refiere en este caso al derecho a percibir un salario medio diario durante al menos el periodo de ausencia real. Para mejorar el acceso de las mujeres migrantes empleadas en el sector no organizado, sobre todo en las obras de construcción, es importante ampliar la aplicación de la ley de prestaciones por maternidad de 1961 también a este sector. En 2024, el Ministerio de Trabajo de la India envió una directiva a todas las empresas del sector de las infraestructuras para que concedan seis semanas de baja remunerada a las mujeres que abortan. Esto incluirá también a las mujeres migrantes (Madhukalya, 2024). Junto con la disposición de transferir directamente sus salarios a sus cuentas bancarias, se puede abordar el temor de las mujeres migrantes a perder su salario o su empleo debido a su trabajo reproductivo.

Las campañas de sensibilización en las comunidades de inmigrantes y en los campos de refugiados son esenciales para subsanar las lagunas de conocimiento que tienen las mujeres inmigrantes sobre sus derechos. Como se reconoció en un estudio realizado en el estado de Kerala, donde muchos migrantes vienen a trabajar en granjas y obras de construcción, se observó que las mujeres pensaban que las leyes relacionadas con el aborto solo son aplicables a las menores o a las supervivientes de violencia sexual. En otros casos, es ilegal (Anil, 2024). Es imperativo disipar estos mitos. Estas campañas de sensibilización también permitirán que las mujeres inmigrantes y sus familias conozcan a los profesionales sanitarios y las técnicas de aborto, que son menos invasivas y dolorosas. También se ha observado en algunos centros sanitarios que la prestación de abortos se condiciona a someterse a esterilización si la mujer ya tiene dos o más hijos (Deosthali y Rege, 2019). Las mujeres migrantes son más vulnerables a esto debido a su falta de conocimientos y también a las barreras lingüísticas en algunos casos.

El acceso a la asistencia sanitaria en los barrios marginales, así como en los asentamientos abiertos y los lugares de trabajo, también requiere la atención inmediata de las autoridades. La infraestructura sanitaria urbana de la India no es adecuada para prestar un apoyo integral a los habitantes de los barrios marginales. Los estudios también indican que, en las zonas urbanas, los médicos

privados son más accesibles que los centros sanitarios públicos (Banerjee et al., 2012). Como se ha examinado en la sección anterior de este documento, las mujeres migrantes no pueden acceder a los servicios de aborto en centros sanitarios privados. Ello supone una importante merma en los ingresos, por lo demás bajos, de las familias migrantes. Por lo tanto, las mujeres y sus familias transigen en el acceso a los servicios de aborto y se autoadministran fármacos o procedimientos físicos para inducir el aborto.

Por lo tanto, es esencial que los centros sanitarios públicos lleguen a los barrios marginales, los lugares de trabajo y los asentamientos abiertos. Se puede invertir en furgonetas sanitarias móviles y servicios de telesalud, que mejoran el acceso a la atención sanitaria. La penetración de estos servicios en las zonas urbanas puede atender las necesidades del grupo migratorio dominante, es decir, de las zonas rurales a las urbanas. Estos servicios pueden ayudar a garantizar la confidencialidad de los pacientes y también permitirles recibir asesoramiento sobre salud sexual y reproductiva. Algunas plataformas de la India ya facilitan información sobre la legalidad de los abortos, el acceso a los servicios y las derivaciones en línea (Chandrasekharan et al., 2022).

Países como Inglaterra, Francia, Nueva Zelanda, Pakistán y Escocia ya ofrecen servicios de aborto a través de la telesalud (Chandrasekharan et al., 2022). Si también se determina que los servicios de aborto pueden prestarse de forma similar en la India, será necesaria una enmienda o una interpretación más amplia de la ley de MTPA de 1971, que en la actualidad solo permite la interrupción en un hospital público o en un lugar aprobado por el gobierno (Jain et al., 2022). Al mismo tiempo, también será esencial garantizar que las clínicas locales no vendan píldoras abortivas sin receta. Esto es necesario para evitar los abortos autoinducidos.

También se ha observado que los profesionales insisten en obtener documentación adicional para prestar servicios de interrupción del embarazo (Chandra et al., 2021). Un documento de identidad con fotografía, una tarjeta Aadhar (similar a una tarjeta de la seguridad social) y certificados de matrimonio son algunas de las pruebas habituales que exigen muchos proveedores de servicios. Mientras que las mujeres pueden tener un documento de identidad o una tarjeta Aadhar, no todas las personas en la India tienen un certificado de matrimonio. Aunque el registro de los matrimonios es una disposición legal en India, como los matrimonios se solemnizan y adquieren validez según las leyes religiosas aplicables a las partes, el registro no siempre se realiza. Esto requiere

una reconsideración inmediata para que el acceso y la atención no sean discriminatorios. De este modo, los servicios de aborto también entrarán en el marco basado en los derechos.

En última instancia, también deben tomarse medidas para mejorar el derecho general a la salud de todas las personas, mujeres y niñas en particular. Deben reforzarse los planes del gobierno de la India, como el Poshan Abhiyaan (Misión Nacional de Nutrición). Uno de los beneficiarios de este plan son las mujeres embarazadas. Su objetivo es proporcionar una salud sostenible y colmar las lagunas alimentarias. India también ha dado pasos notables para mejorar sus compromisos en materia de agua, saneamiento e higiene. La mejora de las prácticas de saneamiento no solo ha salvaguardado la salud de las personas, sino que también ha reducido las vulnerabilidades de género asociadas a las malas prácticas de WASH.

Conclusión

El derecho al aborto en India está reconocido en la ley y fundamentado constitucionalmente, pero sigue siendo inaccesible para muchas de las poblaciones más vulnerables del país. Para las mujeres migrantes —ya sean desplazadas internas, indocumentadas o refugiadas— esta brecha entre la ley y la experiencia vivida es aguda. Su marginación en el sistema sanitario no es el resultado de una prohibición legal, sino de la exclusión provocada por la pobreza, la discriminación social, la falta de documentación y una infraestructura sanitaria fragmentada. Aunque la ley MTP y la jurisprudencia constitucional india proporcionan el andamiaje jurídico para el derecho al aborto, estas protecciones siguen siendo una aspiración para las mujeres inmigrantes a menos que se apoyen en reformas específicas que dismantelen las barreras sociales y administrativas a las que se enfrentan.

Como se ha mostrado en este capítulo, las vulnerabilidades estructurales a las que se enfrentan las mujeres inmigrantes —incluidas las barreras lingüísticas, las malas condiciones laborales, las prácticas de explotación laboral y el acceso limitado a la sanidad pública— crean un contexto en el que la autonomía reproductiva se ve gravemente limitada. La dependencia de métodos de aborto informales, la imposibilidad de acceder a la atención posaborto y la condicionalidad impuesta por los proveedores de atención sanitaria contribuyen a crear un modelo de injusticia reproductiva. Estas pautas son preocupantes cuando se ven agravadas por la casta, la

clase social, la religión y la condición de inmigrante, que se entrecruzan para afianzar aún más la exclusión y el estigma.

Reconocer el aborto como un derecho humano en virtud del derecho internacional refuerza el deber del Estado de garantizar un acceso equitativo y no discriminatorio a la atención sanitaria reproductiva para todas las mujeres, con independencia de su situación migratoria. Sin embargo, el cumplimiento de esta obligación requiere algo más que el reconocimiento jurídico; exige un enfoque integral e interseccional que incluya la inversión en infraestructuras de salud pública, servicios móviles y comunitarios, campañas de sensibilización jurídica y una sólida supervisión de la práctica médica. También exige la despenalización del aborto autogestionado y un cambio hacia la afirmación de la autonomía de las mujeres a través de una atención accesible, confidencial y culturalmente sensible.

Las necesidades de salud reproductiva de las mujeres migrantes no deben considerarse periféricas, sino centrales en cualquier marco de atención sanitaria basado en los derechos en la India. Atender estas necesidades no es solo una cuestión de prestación de servicios, sino de justicia, igualdad y dignidad humana. Para ello, el Estado debe ir más allá de los compromisos formales y adoptar medidas concretas y sostenidas para garantizar que a ninguna mujer, independientemente de dónde nazca o adónde viaje, se le niegue el derecho a tomar decisiones sobre su propio cuerpo.

Bibliografía

- ACNUR. (2022). India [en línea]. UNHCR India. [Consulta: 2025]. Disponible en: <https://www.unhcr.org/in/countries/india>
- Akhter, S. (2022). The Lack of Access to Respectful Abortion Care is a Critical Public Health and Human Rights Issue: Ashutosh Kaushik [en línea]. Health World. [Consulta: 2025]. Disponible en: <https://health.economictimes.indiatimes.com/news/industry/the-lack-of-access-to-respectful-abortion-care-is-a-critical-public-health-and-human-rights-issue-ashutosh-kaushik/92308517>
- American Civil Liberties Union (ACLU). (2017). Court Rules in Favor of Jane Doe, Other Young Immigrant Women in ACLU Abortion Case [en línea]. ACLU. [Consulta: 2025]. Disponible en: [HYPERLINK"https://www.aclu.org/press-releases/court-](https://www.aclu.org/press-releases/court-)

rules-favor-jane-doe-other-young-immigrant-women-aclu-abortion-case" \h <https://www.aclu.org/press-releases/court-rules-favor-jane-doe-other-young-immigrant-women-aclu-abortion-case>

- Anil, A. M. (2024). Las luchas silenciosas de las mujeres migrantes: A Hidden Crisis in Reproductive Health [en línea]. Common Health [Consulta: 2025]. Disponible en: <https://commonhealth.in/the-silent-struggles-of-migrant-women-a-hidden-crisis-in-reproductive-health/>
- Banerjee, A. et al. (2012). Access to Health Services Among Slum Dwellers in an Industrial Township and Surrounding Rural Areas: A Rapid Epidemiological Assessment. *Revista de Medicina de Familia y Atención Primaria*, pp. 20-26.
- Behera, D., Sivakami, M. y Behera, M. R. (2015). Menarquia y menstruación en adolescentes rurales de Maharashtra, India: A Qualitative Study. *Revista de gestión sanitaria*. 17, pp. 510-519.
- Behera, D., Bharat, S. y Chandrakant Gawde, N. (2015). Prácticas de aborto inducido en un barrio marginal urbano de la India: Exploring Reasons, Pathways and Experiences. *Journal of family & reproductive health*. 9(3), pp. 129-135.
- Borhade, A. (2011). Health of Internal Labour Migrants in India: Some Reflections on the Current Situation and Way Forward. *Asia-Pacific Population Journal*. 26(3), pp. 121-136.
- CDESC. (2016). Observación general n.º22 sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva: Artículo 12 (Derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental).
- CDH. (s. f.). K.L. c. Perú, CCPR/C/85/D/1153/2003, Comunicación n.º 1153/2003 [en línea]. *Escr-net.org*. [Consulta: 2025]. Disponible en: <https://www.escr-net.org/es/caselaw/2016/kl-c-peru-ccprc85d11532003-comunicacion-no-11532003/>
- CEDAW. (1999). Recomendación General n.º 24: Artículo 12 (La mujer y la salud).
- . (2008). Recomendación general n.º 26 sobre las trabajadoras migratorias. [en línea]. *Refworld.org*. [Consulta: 2025]. Disponible en: <https://www.refworld.org/es/leg/coment/cedaw/2008/es/61897>
- . (2014). Observaciones finales sobre los informes periódicos cuarto y quinto combinados de la India. CEDAW/C/IND/CO/4-5. Naciones Unidas.

- . (2015). Resumen de la investigación relativa a Filipinas en virtud del artículo 8 del Protocolo Facultativo de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Naciones Unidas.

Centro de Derechos Reproductivos. (2001). Displaced and Disregarded: Los refugiados y sus derechos reproductivos [en línea]. Centro de Derechos Reproductivos. [Consulta: 2025] Disponible en: https://www.reproductiverights.org/sites/default/files/documents/pub_bp_displaced_refugees.pdf

Chandra, A. et al. (2021). Legal Barriers to Accessing Safe Abortion Services in India: A Fact-Finding Study [en línea]. Centro de Derechos Reproductivos. [Consulta: 7 de febrero 2025]. Disponible en: https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2021/08/Legal-Barriers-to-Accessing-Safe-Abortion-Services-in-India_Final-for-upload.pdf

Chandrasekhar, S. y Sharma, A. (2022). Patterns in Internal Migration and Labour Market Transitions in India [en línea]. Center for the Advanced Study of India. [Consulta: 2025]. Disponible en: <https://casi.sas.upenn.edu/sites/default/files/upiasi/Patterns%20in%20Internal%20Migration%20and%20Labour%20Market%20Transitions%20in%20India%20-%20S.%20Chandrasekhar%20%26%20Ajay%20Sharma.pdf>

Chandrasekaran, S. et al. (2022). The Case for the Use of Telehealth for Abortion in India. Sexual and Reproductive Health Matters.

Comisión de mujeres refugiadas. (2016). Working with Refugees Engaged in Sex Work: A Guidance Note for Humanitarians [en línea]. Women's Refugee Commission. [Consulta: 2025]. Disponible en: <https://www.womensrefugeecommission.org/wp-content/uploads/2020/04/Refugees-Engaged-in-Sex-Work-Guidance-Note-Oct-2016-Modified.pdf>

- . (2019). Un caso claro de necesidad y demanda: Acceso a servicios anticonceptivos para mujeres y niñas rohingya en Cox's Bazar. Women's Refugee Commission.

Connor, P. (2017). La India es una de las principales fuentes y destinos de los migrantes del mundo [en línea]. Pew Research Center. [Consulta: 2025]. Disponible en: <https://www.pewresearch.org/short-reads/2017/03/03/india-is-a-top-source-and-destination-for-worlds-migrants/>

- Deosthali, P. B. y Rege, S. (2019). Denegación del aborto seguro a las supervivientes de violación en la India. *Revista de salud y derechos humanos*, pp. 189-198.
- Deshingkar, P. y Akter, S. (2009). *Migration and Human Development in India*. UNDP Human Development Reports.
- Duggal, R. y Ramachandran, V. (2004). Urgent Concerns on Abortion Services. *Economic and Political Weekly*. 39(10), pp. 1025-1026.
- Erdman, Joanna N., *The WHO Abortion Care Guideline: Law and Policy Past, Present and Future* (2023). *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 162.3 (Sept 2023): 1119–1124., Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=4610326>
- Garza v. Hargan. (2017). 874 F.3d 735 (D.C. Cir. 2017).
- Instituto Guttmacher. (s. f.). India: Meeting the Needs for Services [en línea]. World Health Organization. [Consulta: 7 febrero 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion>
- Hutchinson, A. et al. (2016). Understanding Early Marriage and Transactional Sex in the Context of Armed Conflict: Protección a un precio. *Perspectivas internacionales sobre salud sexual y reproductiva*. 45.
- Irish Legal News. (2015). High Court Case Struck Out as Ms Y and HSE Reach Agreement [en línea]. Irish Legal. [Consulta: 2025]. Disponible en: HYPERLINK "<https://www.irishlegal.com/articles/high-court-case-struck-out-as-ms-y-and-hse-reach-agreement>" \h <https://www.irishlegal.com/articles/high-court-case-struck-out-as-ms-y-and-hse-reach-agreement>
- Jain, D. et al. (2022). Medical Abortion through Telehealth in India: A Critical Perspective [en línea]. National Library of Medicine. Sexual and reproductive Health Matters. [Consulta: 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36017949/>
- Justice K. S. Puttaswamy (Retd.) & Anr. v Union of India & Ors. AIR 2017 SC 4161
- John, H. (2024). Las mujeres migrantes de Kerala, privadas de prácticas abortivas seguras, se autoadministran píldoras [en línea]. NewsLaundry [Consulta: 2025]. Disponible en: <https://www.newsLaundry.com/2024/09/12/denied-safe-abortion-practices-migrant-women-in-kerala-are-self-administering-pills>

- Kesar, S., Abraham, R., Lahoti, R., Nath, P., & Basole, A. (2021). Pandemic, informality, and vulnerability: impact of COVID-19 on livelihoods in India. *Canadian Journal of Development Studies / Revue Canadienne d'études Du Développement*, 42(1-2), 145-164. <https://doi.org/10.1080/02255189.2021.1890003>
- Khan, A. y Arokkiaraj, H. (2021). Challenges of reverse migration in India: a comparative study of internal and international migrant workers in the post-COVID economy [en línea]. HYPERLINK "<https://comparativemigrationstudies.springeropen.com/>" *Comparative Migration Studies* . 9(49). [Consulta: 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s40878-021-00260-2>
- Madhukalya, A. (2024). Permiso de maternidad para las mujeres que trabajan en la construcción, los salarios serán depositados en una cuenta bancaria: Govt [en línea]. *Deccan Herald*. [Consulta: 2025]. Disponible en: <https://www.deccanherald.com/india/maternity-leave-for-women-in-construction-work-wages-to-be-deposited-in-bank-account-govt-2871434>
- Malik, A. (2024). Derechos de los refugiados, la naturaleza de género del desplazamiento [en línea]. *The Hindu*. [Consulta: 2025]. Disponible en: <https://www.thehindu.com/opinion/lead/refugee-rights-the-gendered-nature-of-displacement/article68506611.ece>
- Malik, M. et al. (2023). Patronos y predictores de las prácticas de búsqueda de atención del aborto en la India: Evidence From a Nationally Representative Cross-Sectional Survey (2019-2021). *Cureus*.
- Mellet contra Irlanda. (2016). Fondo, UN Doc CCPR/C/116/D/2324/2013, IHRL 4106 (UNHRC 2016). Naciones Unidas [ONU]. Asamblea General de las Naciones Unidas [AGNU]; Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas [CDHNU].
- MHFW. (2023). Atención Integral del Aborto: Lineamientos de Capacitación y Prestación de Servicios [en línea]. *National Health Mission* [Consulta: 2025]. Disponible en: https://nhm.gov.in/images/pdf/programmes/maternal-health/guidelines/CAC_Training_&_Service_Guidelines_2023.pdf
- Ministerio de salud y bienestar familiar. (2019). Pregunta estrella n.º 92, abortos inseguros [en línea]. *sansad.in* [Consulta:

- 2025]. Disponible en: <https://sansad.in/getFile/annex/248/As92.pdf?source=pqars>
- Ministerio de trabajo y empleo. (2023). Migración Laboral en el País [en línea]. [Consulta: 2025]. Ministry of Labour & Employment. Disponible en: <https://pib.gov.in/PressReleasePage.aspx?PRID=1941077>
- Nabal Thakur contra el Estado. (2023). Solicitud de libertad bajo fianza 2128/2023 (Tribunal Superior de Delhi, 9 agosto 2023).
- Naciones Unidas. (2013). Comparaciones transnacionales de la migración interna: Una actualización de los patrones y tendencias mundiales. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Nueva York, Naciones Unidas.
- . (2017). Glosario sobre explotación y abuso sexuales.
- National Commission for Enterprises in the Unorganised Sector (NCEUS). (2007). Report on conditions of work and promotion of livelihoods in the unorganised sector [en línea]. vvgnli.gov.in. [Consulta: 2025]. Disponible en: https://vvgnli.gov.in/sites/default/files/NCEUS%20Report_2007.pdf
- O'Carroll, L. (2014). Suicidal Pregnant Woman Who Sought Abortion Was Forced to Give Birth, Says Report [en línea]. The Guardian. [Consulta: 2025] Disponible en: <https://www.theguardian.com/world/2014/aug/18/suicidal-woman-abortion-forced-birth-ireland>
- Ohren, B. E. y Lewinger, S. (2020). Refugee and Internally Displaced Women's Abortion Knowledge, Attitudes and Practices: Addressing the Lack of Research in Low- and Middle-Income Countries. *Perspectiva Internacional sobre la Salud Sexual y Reproductiva*, pp. 77-81.
- ONUSIDA. (2001). El derecho a la salud de los migrantes. Suiza.
- Organización Internacional del Trabajo. (1999). Trabajadores migrantes. Suiza.
- Paliath, S. (2024). Cómo se complicó legalmente el aborto de una superviviente de violación rohingya [en línea]. IndiaSpend. [Consulta: 2025]. Disponible en: <https://www.indiaspend.com/welfare/how-a-rohingya-rape-survivors-abortion-became-legally-complicated-926460>
- Pietilä, H. (2007). La historia inacabada de las mujeres y las Naciones Unidas. UNCTAD/NGLS/2007/1. Servicio de

Enlace de las Naciones Unidas con las Organizaciones No Gubernamentales.

- Pillai, G. (2024). India's Push-and-Pull on Reproductive Rights [en línea]. Verfassungsblog on Matters Constitutional. [Consulta: 8 marzo 2025] Disponible en: <https://verfassungsblog.de/indias-push-and-pull-on-reproductive-rights/>
- Rahaman, M. et al. (2022). Examining the rural-urban divide in predisposing, enabling, and need factors of unsafe abortion in India using Andersen's behavioral model [en línea]. BMC Public Health. 22(1497). [Consulta: 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13912-4>
- Rajubala Das v Union of India. (2024). W.P. (Cr.) 234/2020 (Tribunal Supremo 2024).
- Roshania, R. (2024). Género y migración interna [en línea]. Gender Talk NCAER [Consulta: 2025]. Disponible en: <https://ndic.ncaer.org/wp-content/uploads/2024/01/GenderTalk-2024.pdf>
- Ross, L., & Solinger, R. (2017). Reproductive justice: An introduction (Vol. 1). Oakland, CA: University of California Press
- Samaddar, R. (2020). The Postcolonial Age of Migration (1st ed.). Routledge India. <https://doi.org/10.4324/9780429324697>
- Saraswati, L. R., Sharma, V. y Sarna, A. (2015). Female Migrants in India [en línea]. Population Council. [Consulta: 2025]. Disponible en: https://assets.publishing.service.gov.uk/media/57a0897640f0b652dd00022a/61263_Internal-Female-Migrants.pdf
- Sethi, M. y Kundu, D. (2020). Migration Policy: Where do we Stand. En: Rajan, I. S., Sumeetha, M. Handbook of Internal Migration in India. SAGE Publications Pvt. Ltd., pp. 685-702.
- Singh, K. (2024). How India moves: Understanding patterns of migration within the country [en línea]. CEDA. [Consulta: 2025]. Disponible: <https://ceda.ashoka.edu.in/how-india-moves-understanding-patterns-of-migration-within-the-country/>
- Singh, S. et al. (2018). La incidencia del aborto y el embarazo no deseado en la India, 2015 [en línea]. The Lancet. Global Health. 6(1), e111-e120. [Consulta: 2025]. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(17\)30453-9](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(17)30453-9)

- Srivastava, R. and Sasikumar, S.K. 2003. An Overview of Migration in India: Its Impacts and Key Issues. Paper presented at the Regional Conference on Migration, Development and Pro-Poor Policy Choices in Asia, Dhaka, Bangladesh.
- Sullivan, D. P., Sur, P. y Dan, A. (2024). A Lifetime in Detention: Rohingya Refugees in India [en línea]. Refugees International. [Consulta: 2025]. Disponible en: <https://www.refugeesinternational.org/reports-briefs/a-lifetime-in-detention-rohingya-refugees-in-india/>
- Venter, C. M. (2012). International Women's Rights, Equality, and Justice: A Context and Practice Casebook. Carolina Academic Press