

Examen Periódico Universal de Canadá

Sesión 44º

Octubre - Noviembre de 2023

Informe colectivo de partes interesadas



Informe colectivo de partes interesadas presentado por:

Action Canada for Sexual Health and Rights

Acción Canadá por la Salud y los Derechos Sexuales es una organización sin fines de lucro y de derechos humanos comprometida con impulsar la salud y los derechos sexuales y reproductivos (SDSR) en Canadá y en el mundo mediante incidencia sobre políticas, investigación y promoción de la salud.

Sitio de Internet: www.actioncanadashr.org

Dirección: 240 Bank St #501, Ottawa, ON K2P 1X4 Canadá

Contacto: Lona Lauridsen Burger, Oficial de Compromiso Público

Correo electrónico: lona@actioncanadashr.org

Barbra Schlifer Commemorative Clinic

La Clínica Conmemorativa Barbra Schlifer ofrece servicios y representación legales, consejería que tiene en cuenta los traumas sufridos e interpretación en varios idiomas para (autopercebidas) mujeres, personas no binarias, intersex y dos espíritus marginadas, racializadas y que hayan sufrido violencia.

Sitio de Internet: www.schliferclinic.com

Dirección: 489 College Street, Suite 503, Toronto, ON M6G 1A5 Canadá

Contacto: Deepa Mattoo, Directora Ejecutiva

Correo electrónico dmattoo@schliferclinic.com, Tel: +1 647-278-4744

Justice for Migrant Workers (J4MW)

Justicia para personas trabajadoras migrantes (J4MW) es una premiada organización de base liderada por personas negras, indígenas y racializadas que apoya los derechos de las personas migrantes racializadas que trabajan en tareas agrícolas y de sus familias, en Canadá y en el mundo.

Sitio de Internet: www.harvestingfreedom.org

Dirección: Justicia for Migrant Workers, PO Box 34001, Rosedale Post Office Toronto, ON M4S 0C4

Contacto: Evelyn Encalada Grez

Correo electrónico: j4mw.on@gmail.com Tel: +1 778-782-3657

Sexual Rights Initiative

La Iniciativa por los Derechos Sexuales es una coalición de organizaciones nacionales y regionales con sede en Canadá, Polonia, India, Argentina y Sudáfrica que trabajan juntas para lograr avances en los derechos humanos relacionados con la sexualidad en el ámbito de Naciones Unidas.

Sitio de Internet: www.sexualrightsinitiative.org

Dirección: Rue de Monthoux 25, Ginebra, 1201 Suiza

Contacto: Anthea Taderera, Asesora en Incidencia - EPU
Correo electrónico: anthea@srigeneva.org, Tel: +41767656477

YWCA Hamilton

La Asociación Cristiana de Jóvenes de Hamilton fortalece las voces de mujeres y niñas, expande sus opciones, construye liderazgos dinámicos y ofrece servicios esenciales y significativos para promover comunidades seguras, incluyentes y equitativas.

Sitio de Internet: www.ywcahamilton.org

Dirección: 75 MacNab St. South, Hamilton, ON, Canadá

Contacto: Mary Vaccaro

Correo electrónico vaccarm@mcmaster.ca Tel: +1 905-933-9150

The Community Research Platform at McMaster University

La Plataforma de Investigación Comunitaria de la Universidad McMaster es una iniciativa colaborativa entre la Facultad de Ciencias Sociales y organizaciones comunitarias locales pensada para promover asociaciones permanentes y que beneficien a todas las partes en el campo de la investigación.

Sitio de Internet: crp.mcmaster.ca

Dirección: 1280 Main Street West. Hamilton, ON L8S 4L8

Contacto: Mary Vaccaro

Correo electrónico: vaccarm@mcmaster.ca Tel: +1 905-933-9150

Palabras clave

Derechos sexuales y reproductivos, aborto, personas sin hogar, migración, racismo sistémico, derecho a la salud, autonomía corporal, justicia reproductiva

Resumen ejecutivo

1. Este informe analiza las lagunas en el cumplimiento de su obligación de respetar, proteger y cumplir el derecho al aborto por parte de Canadá. El aborto es una intervención sanitaria despenalizada en Canadá y consagrada en numerosos instrumentos de derechos humanos y convenciones ratificadas por el país. A pesar de esto, muchas personas se enfrentan a barreras cuando procuran servicios de aborto en Canadá, con el resultado de que algunas de ellas no acceden a la atención que necesitan.
2. Estas barreras no tienen el mismo peso para todas las personas sino que recaen sobre todo en las que ya sufren marginación causada por el racismo, la opresión de clase, el capacitismo y el heterosexismo lo que afecta su derecho a la no discriminación por raza, origen nacional y social, y otras categorías. En ese contexto, este informe menciona las barreras generales y se concentra en dos áreas: a) el impacto de la condición migratoria precaria con las consiguientes barreras para acceder al aborto y b) las múltiples barreras interconectadas que enfrentan las personas sin hogar.
3. A pesar de algunos avances, los esfuerzos para enfrentar las desigualdades en el acceso al aborto no han sido los adecuados. Las lagunas que se mencionan en este informe equivalen a una implementación incompleta de recomendaciones formuladas en sesiones previas del EPU y a una falta de cumplimiento con el derecho internacional de los derechos humanos.
4. Las organizaciones que presentamos este informe recomendamos un enfoque basado en pilares para abordar estas inequidades mediante: 1) un compromiso sostenido de destinar recursos adecuados al sector de la salud y los derechos sexuales y reproductivos (SDSR), 2) medidas focalizadas para eliminar barreras y facilitar una atención médica con pocos obstáculos, y 3) un marco de referencia más amplio de equidad en salud apoyado en los derechos humanos.

Introducción

5. Este informe lo presentan de manera conjunta *Action Canada for Sexual Health and Rights, Justice for Migrant Workers (J4MW), YWCA Hamilton*, la Plataforma de Investigación Comunitaria de la Universidad McMaster, la Clínica Conmemorativa Barbra Schlifer, y *Sexual Rights Initiative (SRI)*.
6. El aborto es una intervención sanitaria común y esencial. En Canadá casi la mitad de todos los embarazos confirmados no son intencionales¹ y casi una tercera parte de todas las personas que pueden quedar embarazadas abortarán al menos una vez en su vida.² El acceso al aborto es un componente fundamental de un marco de referencia más amplio de derechos sexuales y reproductivos, que incluye «el derecho a una vida sexual placentera, satisfactoria y segura, libre de discriminación, coacción y violencia; y la libertad de decidir si reproducirse, cuándo y con qué frecuencia, así como el derecho a tener la información y los medios para tomar esta decisión».³
7. Valoramos los avances realizados desde el último Examen Periódico Universal de Canadá, incluyendo el liderazgo visible del país en materia de SDSR, los nuevos financiamientos y la ampliación de los ya existentes, y la facilitación de un mayor acceso al aborto médico.
8. Aunque el aborto es un servicio de salud despenalizado, mucha gente carece por completo de acceso al sistema público de salud y otras personas enfrentan barreras prohibitivas cuando necesitan atención para el aborto. Sostenemos que la recomendación formulada por Noruega en el tercer ciclo en cuanto a «**tomar medidas para garantizar la igualdad en el acceso al aborto y la educación integral en sexualidad en las distintas provincias y territorios**» (142.169 Noruega; aceptada)⁴ no ha sido implementada en forma adecuada por lo que debe ser reiterada y plenamente puesta en práctica.

¹Public Health Agency of Canada (PHAC). 2017. “Chapter 2: Preconception Care” en Family-centred maternity and newborn care: National guidelines. Consultado en: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/maternity-newborn-care-guidelines-chapter-2.html>

²Norman, W. 2012. Induced abortion in Canada 1974-2005: Trends over the first generation with legal access. *Contraception*, 85, 185–191.

³Tlaleng Mofokeng, Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. *Informe de la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental - Derechos de salud sexual y reproductiva: retos y oportunidades durante la pandemia de COVID-19*. A/76/172, para. 18. Consultado en: <https://undocs.org/A/76/172>

⁴Noruega, 142.169, 30º sesión del EPU en el Consejo de Derechos Humanos, mayo de 2018 (aceptada)

9. Una atención de calidad para el aborto se puede entender como aquella que es «eficaz, eficiente, accesible, aceptable/centrada en el paciente, equitativa y segura».⁵ Garantizar una atención de calidad relacionada con el aborto para todas las personas implica construir y mantener un *entorno propicio*, que abarque tres pilares: un marco legal y político que apoye el respeto a los derechos humanos; información disponible y accesible; y un sistema de salud de apoyo y universalmente accesible.⁶ Desde el último EPU de Canadá, en los tres pilares persisten lagunas significativas para el acceso.
10. Estas lagunas en la protección no ejercen el mismo impacto sobre todas las personas y grupos y son estructurales, lo que significa que están sostenidas y alimentadas por prejuicios arraigados en las instituciones sociales canadienses. Golpean de manera desproporcionada a quienes sufren una opresión que tiene sus raíces en el racismo, la opresión de clase, el capacitismo, el sexismo, el heterosexismo y otros factores que incluyen la exposición a la violencia de género, la estigmatización o la criminalización.
11. El gobierno de Canadá tiene la obligación de respetar, proteger y cumplir los derechos de todas las personas dentro de su jurisdicción. Eso incluye explícitamente garantizar un acceso sustantivo y en igualdad de condiciones a la atención para el aborto en todas las provincias y territorios,⁷ cuya ausencia afecta otros derechos, incluyendo el derecho a la no discriminación por sexo, género, edad, raza, origen nacional y social, y otras categorías.
12. La Observación General 22 (2016) del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC) afirma que «Se debe asegurar la accesibilidad física (a la atención médica relacionada con el aborto) a todos, especialmente a las personas pertenecientes a grupos desfavorecidos y marginados, en particular, aunque no exclusivamente, las personas que viven en zonas rurales y remotas, las personas con discapacidad, los refugiados y los desplazados internos,

⁵World Health Organization (WHO). 2022. *Abortion care guideline*. pp. xix. Consultado en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>. Resumen ejecutivo en castellano: Resumen ejecutivo en castellano: «Directrices sobre la atención para el aborto»

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/352351/9789240045767-spa.pdf>

⁶World Health Organization (WHO). 2022. *Abortion care guideline*. pp. 5. Consultado en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>. Resumen ejecutivo en castellano: «Directrices sobre la atención para el aborto» <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/352351/9789240045767-spa.pdf>

⁷Entre ellos se incluyen el Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos; la Convención contra la Tortura y Otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes; la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer; la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing; la Plataforma de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo.

los apátridas y las personas detenidas».⁸ Canadá tiene la obligación de garantizar que la atención sea «oportuna, asequible, geográficamente accesible», respetuosa y sensible a «las preferencias y los valores de los usuarios individuales del servicio y las culturas de sus comunidades», y que la calidad de la atención no varíe en función del género, la raza, la situación socioeconómica y otras características personales de quien solicite atención.⁹ Para lograr esto, Canadá debe comprometerse a implementar una estrategia integral e interconectada y a dedicarle los recursos administrativos, presupuestarios y promocionales necesarios.¹⁰

El aborto en Canadá: panorama legal y de políticas

13. Canadá es uno de los pocos países en el mundo donde el aborto está despenalizado por completo. No existen leyes que restrinjan el acceso al aborto por límites gestacionales, exigencia de aprobación por parte de terceros o cualquier otro factor. En 1988, la Corte Suprema en el caso *R. c. Morgentaler*¹¹ afirmó que la criminalización del aborto violaba el derecho a la seguridad personal y en 1991 en su veredicto del caso *Dobson c/. Dobson*¹² sostuvo que definir estándares legales de conducta durante el embarazo constituía una violación a la privacidad, la autonomía y los derechos de las mujeres.¹³

⁸Comité de Naciones Unidas sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC). 2016. *Observación General 22 sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva (Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*, para. 16. Consultado en:

<https://www.ohchr.org/es/documents/general-comments-and-recommendations/general-comment-no-22-2016-right-sexual-and>

⁹World Health Organization (WHO). 2022. *Abortion care guideline*. pp. xix. Consultada en:

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>. Resumen ejecutivo en castellano: «Directrices sobre la atención para el aborto» <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/352351/9789240045767-spa.pdf>

¹⁰Comité de Naciones Unidas sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC). 2016. *Observación General 22 sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva (Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*, para. 16. Consultado en:

<https://www.ohchr.org/es/documents/general-comments-and-recommendations/general-comment-no-22-2016-right-sexual-and>

¹¹Rachael Johnstone and Emmett Macfarlane. 2015. “Public Policy, Rights, and Abortion in Canada.” *International Journal of Canadian Studies* 51: 97-120.

¹²Supreme Court of Canada. *Dobson (Litigation Guardian of) v. Dobson*, 1999 CanLII 698 (SCC). Consultado en: <https://www.canlii.org/en/ca/scc/doc/1999/1999canlii698/1999canlii698.html>

¹³Aunque en este informe a veces nos referimos a ‘las mujeres’ sobre todo cuando reflejamos el lenguaje original de leyes y documentos de políticas, reconocemos que personas de cualquier género pueden necesitar atención para el aborto y que las personas trans y no binarias se enfrentan a aún más estigmas y barreras para acceder dicha atención.

14. Como servicio de salud cubierto por el seguro, el aborto está protegido por la Ley de Salud de Canadá (la Ley), la legislación federal que rige los seguros de salud que se costean con fondos públicos y cuyo principal objetivo es fijar estándares para «el acceso razonable a los servicios de salud sin que existan barreras financieras o de otras clases».¹⁴ Las responsabilidades relativas a la atención de la salud son compartidas entre el gobierno federal de Canadá y los gobiernos provinciales. En lugar de contar con un sistema único administrado a nivel federal, las trece provincias y territorios canadienses tienen sus propios planes de seguros de salud y cada una/o ejerce su jurisdicción sobre la administración y la prestación de servicios de atención a la salud. Las responsabilidades federales consisten en definir y administrar los estándares de atención a la salud mediante la Ley y en aportar fondos a las provincias y territorios mediante transferencias fiscales, que incluyen la Transferencia de Salud en Canadá. Más del 70 por ciento del gasto en atención a la salud se realiza con fondos públicos financiados con impuestos; las provincias y los territorios cubren aproximadamente el 78 por ciento de estos costos mientras que el aporte de la Transferencia de Salud en Canadá cubre un porcentaje que está en torno al 22 por ciento.¹⁵ Para recibir estos fondos, las provincias deben cumplir con la Ley; esto incluye respetar sus principios de administración pública, integralidad, universalidad, portabilidad y accesibilidad. Esto implica que, entre otros criterios, sus planes de atención a la salud deben estar operados por una autoridad pública y brindar un acceso razonable a todas las personas residentes. Aunque muchos elementos de la atención a la salud quedan bajo jurisdicción provincial y territorial, el gobierno federal es quien tiene la responsabilidad última por la realización de los derechos humanos de todas las personas en Canadá.
15. En algunas provincias históricamente ha habido resistencia frente al requisito de financiar y hacer accesible el aborto.¹⁶ Una provincia, New Brunswick, conserva una regulación ilegal que inhibe el acceso al aborto y otras exigen el pago de tasas administrativas para acceder a la atención para el aborto, lo que contradice los estándares que fija la Ley.

¹⁴Parliament of Canada. *Canada Health Act, R.S.C., 1985, c. C-6*. Consultado en:

<https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/c-6/page-1.html>

¹⁵Canadian Medical Association. 2022. *Health Care Funding in Canada*. Consultado en:

<https://www.cma.ca/news/health-care-funding-canada>

¹⁶Ackerman, K. and Stettner S. 2019. “The Public Is Not Ready for This”: 1969 and the Long Road to Abortion Access” en *The Canadian Historical Review* 100(2): 239-256.

16. La privatización en curso de algunos servicios de atención a la salud constituye una amenaza para la equidad en salud y contradice los estándares fijados por la Ley.¹⁷ Esto incluye contratos firmados por gobiernos provinciales con empresas con fines de lucro para la prestación de servicios y la tercerización de procedimientos quirúrgicos en manos de entidades privadas. Las instituciones de salud privilegian la recaudación de fondos que realizan fundaciones y áreas de investigaciones asociadas a ellas y dependen de estos recursos, lo que implica que los barrios y comunidades más pudientes tendrán un mejor acceso a servicios de salud.
17. En estos últimos años, Canadá ha impuesto multas a las provincias que violaron la Ley,¹⁸ pero esas acciones no han favorecido la igualdad en el acceso. Es posible fortalecer el cumplimiento fijando parámetros de disponibilidad y accesibilidad de la atención para el aborto e incrementando las Transferencias Federales de Salud con condiciones específicas para garantizar que las provincias encaren acciones que faciliten el acceso al aborto.
18. El gobierno federal también es responsable por satisfacer las necesidades de salud de pacientes federales. Esta categoría jurisdiccional incluye a los pueblos indígenas y a las personas privadas de su libertad. Las limitaciones jurisdiccionales y las complejidades burocráticas tienen como resultado una atención fragmentada, culturalmente inapropiada y desigual para estas poblaciones. En 2019, el entonces Relator Especial sobre el derecho a la salud señaló su particular preocupación por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres privadas de su libertad, incluyendo su acceso al aborto.¹⁹
19. El Presupuesto Federal 2021 incluyó el histórico anuncio de que se destinaban 45 millones de dólares canadienses para expandir el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva apoyando los desplazamientos para poder realizarse un aborto y educando a quienes prestan servicios de salud sobre las barreras sistémicas para la atención. El Fondo para la Salud Sexual y Reproductiva de Canadá comenzó a operar en 2022 y está programado para concluir en 2024, pese a que persiste la necesidad de servicios incluyendo los desplazamientos para obtener atención sanitaria del aborto.

¹⁷Canadian Union of Public Employees (CUPE). 2023. *Ontario's Health System at Risk*. Consultado en: <https://cupe.ca/ontarios-health-system-risk>; <https://cupe.ca/health-care-needs-solutions-not-privatization>

¹⁸ Health Canada. 2023. *Statement from the Minister of Health on the Canada Health Act*. Consultado en: <https://www.canada.ca/en/health-canada/news/2023/02/statement-from-the-minister-of-health-on-the-canada-health-act.html>

¹⁹Dainius Pūras, Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 2019. *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental - Visita a Canadá*. A/HRC/41/34/Add.2, para 89. Consultado en: <https://undocs.org/A/HRC/41/34>

La atención al aborto en su contexto

20. El derecho al aborto va de la mano con los derechos a llevar a término un embarazo y a ejercer la mater/paternidad en forma segura.²⁰ Al situar el aborto dentro un marco de referencia de derechos más amplio, reconocemos con gratitud y admiración el liderazgo de mujeres, personas trans y no binarias negras, indígenas y racializadas que han desarrollado la ética de la justicia reproductiva que subyace a este informe. La justicia reproductiva es un marco conceptual feminista, desarrollado en 1994 por *Women of African Descent for Reproductive Justice* (Mujeres Afrodescendientes por la Justicia Reproductiva), que le da un lugar central al «derecho humano a conservar la autonomía corporal, tener descendencia, no tenerla, y cuidar de la descendencia que tengamos dentro de comunidades seguras y sostenibles».²¹ Este marco de referencia toma en cuenta las fuerzas que obstruyen el ejercicio de estos derechos y exige que se implemente una infraestructura integral de derechos económicos, vivienda adecuada, acceso a bienes públicos y una vida libre de violencia y coerción. Un marco de referencia que parta de la justicia reproductiva sostiene que no existe decisión genuina sin acceso significativo.
21. En muchos casos, las personas que enfrentan barreras desproporcionadas para acceder al aborto también soportan intentos violentos y coercitivos de controlar su sexualidad, reproducción y mater/paternidad.²² Garantizar un acceso en igualdad de condiciones a los servicios de atención a la salud exige poder vivir libre de violencia y discriminación y también es incompatible con los enfoques punitivistas que incrementan aún más la marginación.

²⁰ Comisión de Alto Nivel sobre la Cumbre de Nairobi sobre Seguimiento a la CIPD25 2022. *Sexual and reproductive justice as the vehicle to deliver the Nairobi Summit commitments*. Consultado en:

<https://www.nairobisummitcpd.org/publication/sexual-and-reproductive-justice>; Comité sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW); Declaración y Plataforma de Acción de Beijing

²¹ Ver el trabajo de Sister Song. <https://www.sistersong.net/reproductive-justice>

²² Ver por ejemplo: Tlaleng Mofokeng, Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 2022. *Informe de la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental - El racismo y el derecho a la salud*. A/77/197, para 28. Consultado en:

<https://www.undocs.org/A/77/197>

The Disability and Reproductive Health During COVID-19 Study Team. 2022. *Disability and reproductive health: Examining the impact of the COVID-19 pandemic*. Consultado en:

<https://healthydebate.ca/2022/10/topic/disability-reproductive-health/><https://healthydebate.ca/2022/10/topic/disability-reproductive-health/>

The Standing Senate Committee on Human Rights. 2022. *The Scars that We Carry: Forced and Coerced Sterilization of Persons in Canada - Part II*. Consultado en:

https://sencanada.ca/content/sen/committee/441/RIDR/reports/2022-07-14_ForcedSterilization_E.pdf

22. Las instituciones sociales y médicas de Canadá se han construido sobre una herencia colonial y de supremacismo blanco persistente, y el racismo continúa impregnando las políticas y afectando el acceso a la atención de la salud. El racismo sistémico debe ser reconocido como un factor central en todas las cuestiones de acceso a la salud.²³ Canadá ha recibido y aceptado numerosas recomendaciones relacionadas con esta temática,²⁴ inclusive una acerca del racismo con marca de género contra las mujeres indígenas en la que se exhortó a Canadá a «hacer frente a la discriminación contra las mujeres indígenas en todos los sectores de la sociedad, incluyendo el empleo, la vivienda, la educación y la atención a la salud».²⁵ Las personas negras, indígenas y racializadas continúan enfrentando barreras intensificadas y discriminatorias que muchas veces se agravan en el contexto de la salud sexual y reproductiva. Canadá también apoyó recomendaciones acerca de «implementar todos los Llamados a la acción de la Comisión sobre Verdad y Reconciliación» (142.250), que no ha cumplido ya que sólo tres de los 94 llamados han sido implementados.²⁶
23. Las barreras a la atención las sienten con mayor intensidad quienes sufren formas de marginación múltiples e interconectadas entre sí, lo que incluye a quienes viven en la pobreza, las personas con discapacidad, las personas jóvenes, lesbianas, gays, bisexuales, personas transgénero e intersex, personas que viven con VIH, personas usuarias de drogas, personas trabajadoras sexuales y personas privadas de su libertad, criminalizadas o bajo amenaza de ser criminalizadas en algún otro sentido. Las experiencias de violencia de género obstruyen aún más el acceso.
24. Sentir miedo a la violencia, la vigilancia, la discriminación, la deportación y el encarcelamiento constituye una barrera significativa para acceder a información y a atención.²⁷ La colaboración

²³ Tlaleng Mofokeng, Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 2022. *Informe de la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental - El racismo y el derecho a la salud*. A/77/197, para 28. Consultado en: <https://www.undocs.org/A/77/197>

²⁴ Ver Noruega, 142.240, 30ª sesión del EPU en el Consejo de Derechos Humanos, mayo de 2018 (aceptada); Francia, 142.239, 30ª sesión del EPU en el Consejo de Derechos Humanos, mayo de 2018 (aceptada);

²⁵ Finlandia, 4ª sesión del EPU en el Consejo de Derechos Humanos, febrero de 2009 (aceptada);

²⁶ Yellowhead Institute. 2022. *Calls to Action Accountability: A 2021 Status Update on Reconciliation*. Consultado en: <https://yellowheadinstitute.org/wp-content/uploads/2022/03/trc-2021-accountability-update-yellowhead-institute-special-report.pdf>

²⁷ Action Canada for Sexual Health and Rights. 2022. *Submission to the OHCHR on Police Violence and Racism in Canada*. Consultado en: <https://www.actioncanadashr.org/resources/policy-briefs-submissions/2020-12-08-submission-ohchr-police-violence-and-racism-canada>

entre quienes hacen cumplir la ley y otras instituciones del Estado, como la policía y las agencias de control de fronteras, continúa generando prácticas perjudiciales y racistas que incluyen la esterilización forzada, las alertas sobre nacimientos, la detención de niñas y niños, las detenciones por razones migratorias y las deportaciones.

25. Las acciones de Canadá deben demostrar el compromiso del Estado con la reconciliación, así como reafirmar e implementar los Llamados a la Acción del Comité por la Verdad y la Reconciliación. Afirmamos que todos los sistemas de opresión — incluyendo los que se apoyan en la raza y en el género — se sostienen entre sí y que se los debe combatir a todos juntos.²⁸

Panorama de obstáculos para el acceso

26. En Canadá el acceso al aborto es profundamente desigual. Varía enormemente de una provincia a otra y se ve dificultado además por barreras geográficas y administrativas. También se combina con una herencia persistente de colonialismo, racismo y descuido por parte de las instituciones que condiciona el acceso.
27. En todo el país, es frecuente que sólo se pueda acceder a abortos en los centros urbanos mientras que dicho acceso es escaso o inexistente en las comunidades rurales y en el norte del país. A medida que se incrementa el tiempo de embarazo también lo hacen las barreras; el aborto médico sólo está aprobado hasta las nueve semanas y en muchas jurisdicciones sólo es posible acceder a abortos quirúrgicos en un número limitado de instituciones hospitalarias, a menudo sólo hasta las 12 o 13 semanas de embarazo. Es frecuente que las personas deban desplazarse para poder acceder a un aborto lo que implica erogaciones adicionales de transporte, alojamiento, alimentación, cuidado de hijas o hijos y pérdida de ingresos.
28. Los costos asociados con el acceso a la atención pueden actuar como factores inhibitorios particularmente para las personas que no están «aseguradas». Quienes son residentes deben registrarse en el plan de seguro para la atención a la salud de su provincia, pero los criterios de residencia y los requisitos de cobertura varían. Quienes son inmigrantes recientes, migrantes sin documentos y estudiantes internacionales muchas veces no resultan elegibles para estos planes. Quienes carecen de tarjetas de salud activas en sus provincias de residencia — que pueden ser, entre otras, las personas sin hogar o las que sufren violencia por parte de sus parejas — son

²⁸ Reconciliation Education. n.d. *What Are the Truth & Reconciliation Commission's 94 Calls to Action & How Are We Working Toward Achieving Them Today?* Consultado en: <https://www.reconciliationeducation.ca/what-are-truth-and-reconciliation-commission-94-calls-to-action>

elegibles pero pueden tener dificultades para registrarse o pueden ser rechazadas por los servicios. Las personas sin hogar a menudo mencionan la falta de una tarjeta de salud o de otro documento que las identifique como la principal barrera para acceder a la atención.²⁹ Para quienes carecen de acceso al sistema público de salud, que en forma desproporcionada son personas que ya tienen dificultades económicas, los costos directos de un procedimiento de aborto pueden variar entre 500 y 3200 dólares canadienses. Ese costo a menudo les resulta prohibitivo, socavando así los principios de accesibilidad universal y asequibilidad, y dando como resultado que Canadá no cumpla con sus obligaciones en materia de derechos humanos.

29. Las barreras existentes se ven agravadas aún más cuando se les suma el daño causado por el estigma y la criminalización³⁰ que a menudo acompañan al uso de drogas,³¹ la realización del trabajo sexual,³² y la experiencia carcelaria.³³ Muchas personas enfrentan dificultades por carecer de domicilio fijo, acceso a Internet, un teléfono o acceso significativo a información comprensible, libre de estigma y culturalmente relevante. Estos factores pueden inhibir el acceso a los planes de seguro de salud provinciales e incluso a los servicios una vez que la persona cuenta con el seguro.
30. La falta de información adecuada y accesible acerca de cómo acceder a atención para el aborto continúa siendo una barrera persistente en la experiencia de las personas sin hogar, migrantes y otras personas marginadas. Estas barreras se ven exacerbadas por la proliferación de grupos anti-aborto organizados que producen y difunden de manera intencional información engañosa y operan centros antiaborto (que se conocen como «centros para atención de crisis relacionadas con el embarazo») para personas que buscan información sobre sus opciones frente a un embarazo. Esta desinformación tiene un impacto negativo sobre la salud pública y alimenta el estigma contra el aborto, inhibiendo el acceso a la atención. La educación integral en sexualidad, dentro y fuera de las escuelas, es una fuerza fundamental que protege contra la desinformación perjudicial.

²⁹Homeless Hub. n.d. *Public Health Care & Service Delivery*. Consultado en:

<https://www.homelesshub.ca/about-homelessness/service-provision/public-health-care-service-delivery>

³⁰ HIV Legal Network and Butterfly. 2022. *The Carceral Web :Overview of laws affecting migrant sex workers*. Consultado en: <https://www.hivlegalnetwork.ca/site/the-carceral-web-overview-of-laws-affecting-migrant-sex-workers/?lang=en>

³¹ HIV Legal Network. n.d *Drug Policy*.

Consultado en: <https://www.hivlegalnetwork.ca/site/our-work/drug-policy/?lang=en>

³² Canadian Alliance for Sex Work Law Reform. 2022. *Info Sheet: Our charter challenge to sex work-specific criminal offences*. Consultado en: <https://sexworklawreform.com/our-constitutional-challenge-to-pcepa/>

³³ Paynter, M. 2021. *Reproductive (In)justice in Canadian Federal Prisons for Women: Final report for the 2019-2020 reproductive justice workshop project*. Prepared for the Canadian Association for the Elizabeth Fry Societies. Consultado en: https://ac935091-bf76-4969-8249-ae3a107fca23.filesusr.com/ugd/d2d30e_13d22f66c3eb41449c2e52c519913b35.pdf

31. Es necesario establecer trayectorias sin barreras en la atención para el aborto. Esto requiere trabajar en colaboración con actores de la salud y los servicios sociales para diseñar esas trayectorias teniendo en cuenta a las personas que enfrentan barreras para manejarse en sistemas complejos de atención a la salud.
32. Se necesita contar con mejor información sobre las necesidades y experiencias en el campo de la salud reproductiva de las personas que se enfrentan a barreras sistémicas intensificadas.³⁴ Esto es fundamental para la asignación de recursos, la planificación y la prestación de servicios eficaces por parte de organizaciones de atención a la salud y de sociedad civil que trabajan en las áreas de SDR y justicia reproductiva. Identificar las barreras y los factores que facilitan el acceso a la atención puede contribuir a un mayor conocimiento y una mejor asistencia para desarrollar políticas, programas y servicios que garanticen un acceso equitativo.

Evidencia de problemas persistentes en el acceso y de brechas discriminatorias

Evidencia aportada por la Línea Acceso y el Fondo de apoyo de Action Canada

33. **Action Canada for Sexual Health and Rights** administra la Línea Acceso, un servicio informativo telefónico y por mensaje de texto a escala nacional para personas que buscan información y servicios sobre salud sexual y reproductiva. También administramos el Fondo de Emergencia Norma Scarborough (NSEF en inglés) que ayuda a personas que se enfrentan a barreras financieras para acceder al aborto. Estos dos servicios aportan información única sobre las barreras que enfrentan quienes buscan información sobre atención a la salud.
34. La mayoría de las personas que acceden a nuestros servicios viven en zonas rurales y remotas o en provincias en las que el acceso se ve restringido por políticas contra la capacidad de decidir, regulaciones médicas innecesarias o servicios con menos financiamiento del que necesitan. La mayoría de ellas enfrentan barreras adicionales producto de la marginación. En forma desproporcionada están en situación de pobreza o sin hogar; son personas racializadas, jóvenes, sin documentos o en situación migratoria precaria; o sufren violencia por parte de sus parejas. En algunos casos a esto se le suman los desafíos relacionados con la criminalización por el uso de drogas u otros factores.

³⁴Tlaleng Mofokeng, Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 2022. *Informe de la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental - El racismo y el derecho a la salud*. A/77/197, paras 97 y 98. Consultado en: <https://www.undocs.org/A/77/197>

35. En 2022, la Línea Acceso recibió un promedio de 400 llamados por mes provenientes de todo Canadá, que en su amplia mayoría estuvieron relacionados con la atención para el aborto. Más del 70 por ciento de quienes llamaron enfrentaban serias barreras para acceder al aborto, incluyendo el costo de los viajes, prolongados períodos de espera, viviendas precarias, su condición migratoria y violencia por parte de sus parejas. Si bien en la Línea Acceso de Action Canada no se formulan preguntas que vayan más allá del alcance de nuestros servicios, muchas personas que llaman comparten en forma voluntaria las barreras que enfrentan para acceder a la atención sanitaria.
36. En 2022, más del 45 por ciento de quienes recibieron nuestra asistencia financiera y logística fueron personas migrantes sin documentación o con un estatus precario. Durante la pandemia de COVID-19, encontramos que la mayoría de las personas que no podían acceder al aborto en Canadá tenían una situación migratoria precaria o carecían de documentos.³⁵
37. Aunque el tema no forma parte de los servicios que difundimos, la Línea también recibe un número significativo de llamadas de personas que necesitan apoyo para orientarse en los sistemas de atención a la salud. Los desafíos que estas personas enfrentan son, por ejemplo, no contar con una médica o un médico de familia, falta de acceso a servicios de SDR en su área y negativa de quienes prestan esos servicios a realizar abortos. En la Línea también apoyamos a las personas a abogar por sus derechos, lo que deja en evidencia necesidades no satisfechas.
38. En 2022, Action Canada asistió a 219 personas para que pudieran acceder a la atención de un aborto mediante nuestro Fondo de Emergencia Norma Scarborough, que apoya a quienes necesitan asistencia para pagar por servicios de aborto y otros costos asociados al acceso a esta atención médica. En promedio, casi el 40 por ciento de las personas que apoya Action Canada a través de nuestro programa de asistencia financiera carecen de seguro de salud.
39. En el año que pasó hemos visto un incremento marcado en los tiempos de espera para los servicios, lo que genera escenarios complejos en los que se debe viajar cada vez más lejos para obtener la atención que se necesita. Si bien el Fondo de Salud Sexual y Reproductiva de Canadá en este momento cubre los costos de viaje, alojamiento e imprevistos para las personas a las que apoyamos, otros gastos médicos como la realización de abortos quirúrgicos, ecografías o

³⁵ Chabot, Frédérique. 2021. "Access to Abortion for Undocumented Persons During the COVID-19 Pandemic." *The Statelessness & Citizenship Review* 3 (1), 142-47. Consultado en: <https://statelessnessandcitizenshipreview.com/index.php/journal/article/view/305>.

medicamentos, entre otros, sólo se pueden cubrir con fondos que recaudamos de donantes individuales.

40. La demanda de estos servicios se ha acelerado, lo que indica que las organizaciones de SDSR están cada vez bajo mayor presión debido a las necesidades de información y servicios que nadie más satisface.³⁶ En 2022, los llamados a la Línea Acceso se incrementaron en más de un 65 por ciento en comparación con 2021.³⁷ También hemos visto un incremento del 181 por ciento en el número de personas apoyadas por nuestro fondo de 2021 a 2022 y un aumento del 300 por ciento en el apoyo financiero brindado. Esta tendencia continúa acelerándose ya que los llamados recibidos en los primeros dos meses de 2023 casi duplican a los del año pasado.

La condición migratoria como barrera para el acceso al aborto

41. **Justice for Migrant Workers (J4MW)**, un colectivo con sedes en Ontario y la Columbia Británica y con redes en todo el país, lleva más de 20 años apoyando los derechos de las personas trabajadoras agrícolas migrantes, inclusive a través del trabajo directo sobre casos de migrantes que necesitan afirmar sus derechos sexuales y reproductivos en zonas rurales de Canadá. Aunque el gobierno federal canadiense, los empleadores agrícolas y los grupos de lobby de los establecimientos agrícolas insisten en que las personas migrantes trabajadoras rurales tienen los mismos derechos que sus contrapartes canadienses, los casos que J4MW ha observado y documentado dejan en claro que a las personas trabajadoras migrantes se les niegan los elementos básicos para la autonomía corporal, como el derecho a interrumpir un embarazo no deseado. En este contexto, la condición migratoria es determinante para la privación de justicia reproductiva.

42. Muchas recomendaciones aceptadas que se le formularon a Canadá en el EPU se ocupan específicamente de los derechos de las personas migrantes,³⁸ incluyendo la que requiere «garantizar que trabajadores migrantes temporales y agrícolas estén protegidos por la legislación

³⁶ El incremento en el número de llamadas no es probable que implique que hay más personas buscando atención para el aborto sino más personas enteradas de la existencia de nuestros servicios.

³⁷ Por mayores detalles, consultar *Trends in barriers to abortion care*

<https://www.actioncanadashr.org/resources/reports-analysis/2022-12-14-trends-barriers-abortion-care>

³⁸ Ver Turquía, 30ª sesión del EPU en el Consejo de Derechos Humanos, febrero de 2009 (aceptada); Argelia, 30ª sesión del EPU en el Consejo de Derechos Humanos, mayo de 2018 (aceptada); Senegal, 142.263, 30ª sesión del EPU en el Consejo de Derechos Humanos, mayo de 2018 (aceptada); Nigeria, 142.259, 30ª sesión del EPU en el Consejo de Derechos Humanos, mayo de 2018 (aceptada)

laboral y tengan acceso a beneficios de salud y empleo», (142.264 Trinidad y Tobago; aceptada)³⁹ pero aún no se han implementado en su totalidad.

43. Si bien las experiencias de acceso a la atención a la salud en Canadá por parte de las personas migrantes son variadas, muchas de ellas están marcadas por una precariedad generalizada debido a su condición migratoria y a la carencia de protecciones laborales. Se enfrentan a mayores barreras al estar excluidas del sistema de salud pública, marginadas económicamente, sin acceso independiente al transporte o a otros apoyos materiales, sin información accesible, viviendo y trabajando en contextos aislados en muchos casos. Esas barreras se entrecruzan y se potencian mutuamente, acentuadas por el racismo y la xenofobia «arraigadas en las leyes, políticas, instituciones y prácticas de inmigración de los países, que suelen someter a los migrantes a condiciones peligrosas u obstaculizar su acceso a servicios y recursos sanitarios.»⁴⁰

44. Esto se observa particularmente en el caso de las personas incluidas en los Programas de Trabajo Temporal Extranjero de Canadá (TFWP en inglés) o de las que carecen de documentos. En esta última década, Canadá se viene apoyando cada vez más en los Programas de Trabajo Temporal Extranjero (TFWP) para compensar las carencias laborales en industrias clave como la agricultura, el procesamiento de carnes, la construcción y los cuidados. Sólo en 2020, el gobierno canadiense otorgó 103.552 permisos temporales de trabajo.⁴¹ Existe también un número significativo de personas sin autorización legal que cubren estas vacantes laborales en todo el país y cuyo número se estima, desde una mirada conservadora, entre 200.000 y 500.000 personas.⁴² Si bien las experiencias laborales y de vida de las personas trabajadoras migrantes son variadas, en el caso de quienes se desempeñan en ocupaciones que el gobierno de Canadá considera de «baja calificación» y que en una mayoría abrumadora provienen del Sur Global, se observa una tendencia estructural a la precariedad y la vulnerabilidad en cuanto a bienestar general,

³⁹ Trinidad y Tobago, 142.264, 30ª sesión del EPU en el Consejo de Derechos Humanos, mayo de 2018 (aceptada)

⁴⁰ Ver por ejemplo: Tlaleng Mofokeng, Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 2022. *Informe de la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental - El racismo y el derecho a la salud*. A/77/197, para 28. Consultado en: <https://www.undocs.org/A/77/197>

⁴¹ Immigration, Refugees and Citizenship Canada (IRCC). 2022. *2022 Annual Report to Parliament on Immigration*. Consultado en:

<https://www.canada.ca/en/immigration-refugees-citizenship/corporate/publications-manuals/annual-report-parliament-immigration-2022.html>

⁴² Immigration, Refugees and Citizenship Canada. 2022. *CIMM – Undocumented Populations*. from:

<https://www.canada.ca/en/immigration-refugees-citizenship/corporate/transparency/committees/cimm-mar-03-2022/undocumented-populations.html>

condiciones de trabajo y de vida.

45. Las personas migrantes que son trabajadoras agrícolas se encuentran entre las que cuentan con menos ventajas a la hora de acceder a servicios y apoyo relacionados con el aborto debido a inequidades sistémicas que se refuerzan mutuamente y que incluyen: estar en zonas rurales, carecer de movilidad y de libertad, y no manejarse en los idiomas oficiales (inglés y francés). La mayoría de las personas trabajadoras migrantes agrícolas están incluidas en el Programa de Trabajo Agrícola Estacional (SAWP en inglés) que comenzó a funcionar en 1966. Si bien el gobierno permite que los empleadores contraten personas trabajadoras de cualquier lugar del mundo a través del Programa Corriente Agrícola, el sistema descansa sobre las estructuras económicas desiguales y las personas trabajadoras que se contratan son de países del Sur Global y de bajos ingresos. En la agricultura también se desempeñan personas trabajadoras sin documentos, que dependen de reclutadores locales para asegurarse sus empleos esporádicos y viviendas que en general no cumplen con estándares mínimos. Al carecer de una condición migratoria segura, estas personas están excluidas del acceso a derechos y servicios básicos.

46. El control que pueden ejercer los empleadores canadienses sobre la fuerza de trabajo migrante inhibe el acceso de esta a servicios y apoyo para su salud sexual y reproductiva. Las personas trabajadoras migrantes están atadas a una relación coercitiva con sus empleadores canadienses, que dan prioridad a la producción y la ganancia por encima de las funciones básicas de su humanidad como la reproducción, la vida privada y la sexualidad. Aunque existen marcos de referencia vigentes que, en teoría, garantizan los derechos de las personas trabajadoras migrantes,⁴³ por su misma naturaleza los TFWP las dejan en una situación particularmente vulnerable a violaciones de derechos y las excluyen de ciertos estándares que se les garantizan a otras categorías de migrantes. En estos programas, los empleadores canadienses tienen el poder de decidir quiénes podrán trabajar en Canadá, así como el poder de despedir a personas trabajadoras. La terminación de un contrato de trabajo tiene como resultado la deportación, ya que los permisos de residencia están atados a que la persona trabaje para un empleador determinado. En un país alabado en todo el mundo por su «atención universal a la salud», las personas trabajadoras migrantes que aportan su ardua labor a industrias clave que mueven miles de millones de dólares son deshumanizadas, borradas y privadas de justicia reproductiva.

⁴³ Employment and Social Development Canada. N.d. *Temporary foreign workers: Your rights are protected*. Consultado en: <https://www.canada.ca/en/employment-social-development/services/foreign-workers/protected-rights.html>

47. Dada esta precariedad, se sabe que las personas trabajadoras migrantes ocultan cuestiones de salud a sus empleadores, y particularmente cuando se trata de salud sexual y reproductiva. Las mujeres migrantes suelen ocultar sus preocupaciones de salud para que no las envíen de regreso antes de que terminen sus contratos y así poder contar con ese trabajo estacional nuevamente el año siguiente. Cuando los empleadores se enteran de que una trabajadora migrante está embarazada, a menudo la envían de regreso a su país porque la consideran un riesgo para la producción y las operaciones del establecimiento. Cuando se enfrentan a un embarazo no deseado, las trabajadoras migrantes se quedan solas frente a las opciones limitadas que se les ofrecen en localidades rurales. El acceso al aborto ya de por sí es limitado en zonas rurales, y en estos casos las personas trabajadoras migrantes se enfrentan a mayores inequidades para acceder a la justicia reproductiva.
48. Autoridades del gobierno muchas veces les advierten a las personas trabajadoras migrantes que no deben mantener relaciones sexuales ni formar parejas mientras están en Canadá. Antes de partir para Canadá, a algunas mujeres migrantes les han pedido que firmen contratos en los que se comprometen a abstenerse de toda actividad sexual durante la temporada en la que estarán empleadas en establecimientos agrícolas canadienses. En un proyecto realizado desde la Universidad de Guelph cuyo título es «Las mujeres rurales generan cambios», mujeres jamaiquinas entrevistadas afirmaron que antes de subirse al avión que las traería a Canadá las sometieron a exámenes para comprobar si estaban embarazadas. Antes de partir para trabajar en Canadá, muchas trabajadoras migrantes se proveen de píldoras abortivas: esa es su forma de responder a la negativa sistémica de justicia reproductiva en contextos de aislamiento y coerción.
49. Las barreras financieras obstruyen el ejercicio de su derecho a la salud para las personas sin documentos, que no son elegibles para los seguros que brinda el sistema de salud pública. En el caso de las personas trabajadoras temporarias, la cobertura provincial de salud por lo general sólo comienza a regir después de tres meses de su llegada por lo que cualquier procedimiento médico que necesiten antes de esa fecha — incluido el aborto — deben costearlo con sus propios recursos. Resulta inaceptable que existan períodos de espera administrativos que obstaculicen el acceso a servicios médicamente necesarios. Para quienes ya sufren marginación económica, y especialmente cuando se les suman gastos adicionales, estas barreras pueden ser imposibles de sortear.
50. Las personas trabajadoras migrantes no tienen la libertad ni la privacidad necesarias para salir con facilidad de sus lugares de trabajo sin que sus empleadores lo sepan y lo aprueben. Cuando requieren atención médica, deben pedirle a sus (por lo general renuentes) empleadores que las transporten a las clínicas rurales, donde los empleadores o sus gerentes harán de intérpretes ante el

personal de salud y se enterarán de sus cuestiones médicas privadas. Quienes procuran abortos muchas veces deben organizar un plan secreto y complicado que incluya transporte privado, intérpretes de confianza y una prestadora de servicios de aborto que muchas veces les queda lejos. Cuando las personas trabajadoras migrantes no pueden contar con redes comunitarias en las que confíen, esta opción se torna imposible.

51. La condición migratoria continúa siendo una de las mayores barreras para que haya equidad en materia de salud en Canadá. Otorgar la condición de residencia permanente es una de las principales demandas del movimiento por la justicia migratoria y cuenta con el apoyo de docenas de otras organizaciones en Canadá⁴⁴ Aunque en 2021 el gobierno federal prometió crear un programa de regularización, los detalles que se conocen acerca del mismo son imprecisos y esta promesa aún no ha sido cumplida.⁴⁵ Garantizar la regularización de todas las personas migrantes contribuirá a que quienes no tienen documentos enfrenten menos marginación y cambiará la relación de poder entre empleadores canadienses y personas trabajadoras migrantes. Un programa de regularización sin exclusiones ni topes es un paso crucial para cumplir con el derecho de todas las personas en Canadá a disfrutar de su salud y debe implementarse en conjunto con una moratoria sobre detenciones, deportaciones y otras penalidades migratorias.

La falta de hogar como barrera para el acceso al aborto

52. Las personas sin hogar que quedan embarazadas se enfrentan a barreras para ejercer su derecho inherente a decidir en cuestiones reproductivas, inclusive procurando atención relacionada con el aborto. **YWCA Hamilton** ve en forma directa los desafíos que enfrentan las personas sin hogar embarazadas y ha recogido testimonios de quienes procuran servicios así como de prestadoras de servicios de atención a la salud y sociales.
53. Canadá ha aceptado recomendaciones formuladas previamente en el EPU y relacionadas con los derechos de las personas sin hogar o que viven en la pobreza⁴⁶, entre ellas la siguiente: «Continuar

⁴⁴ Migrant Rights Network. 2022. *Organizational Letters of Support for Regularization & #StatusforAll*.

<https://migrantrights.ca/organizational-letters-of-support-for-regularization-statusforall/>

⁴⁵ Migrant Rights Network. 2022. *Migrant Rights Network October 2022 Update Regularization in Canada*. Consultado en: <https://migrantrights.ca/wp-content/uploads/2022/07/MRN-Brief-Regularization-July-2022.pdf>

⁴⁶ Ver Uruguay, 142.166, 30ª sesión del EPU en el Consejo de Derechos Humanos, mayo de 2018 (aceptada); China, 142.158, 30ª sesión del EPU en el Consejo de Derechos Humanos, mayo de 2018 (aceptada); Trinidad y Tobago, 142.157, 30ª sesión del EPU en el Consejo de Derechos Humanos, mayo de 2018 (aceptada);

tomando todas las medidas necesarias para luchar contra la pobreza con mayor eficacia a la vez que presta una atención particular a grupos y personas que son más vulnerables a la pobreza como los pueblos indígenas, las personas con discapacidad, las madres solteras y las minorías» (142.156 Serbia; aceptada).⁴⁷

54. Las personas que carecen de una vivienda segura y estable, que residen en refugios temporarios, alojamientos sin condiciones de seguridad, en las calles y/o en campamentos se enfrentan a múltiples barreras cuando intentan acceder tanto a abortos médicos como quirúrgicos. Esto puede llevarlas a cometer actos desesperados, como intentar provocarse un aborto por sus propios medios, u obligarlas a llevar a término embarazos no intencionales. La falta de acceso a atención segura, oportuna y accesible para el aborto constituye un riesgo significativo para las personas sin hogar que quedan embarazadas.
55. Las trayectorias que llevan a las mujeres y a otras personas capaces de dar a luz a la falta de hogar incluyen una variedad de factores y cuestiones socioeconómicas entre ellos la pobreza extrema, sufrir violencia por parte de la pareja y la familia, cuestiones de migración y afincamiento, falta de apoyo social, traumas intensos, afectaciones a su salud física y/o mental y uso de sustancias. Cada uno de esos factores tiene un impacto significativo sobre cómo cada persona ejercerá su derecho a tomar decisiones acerca de la reproducción y sobre su acceso al aborto.
56. La falta de hogar por razones de género es aquella causada o caracterizada por experiencias de marginación relacionadas con el género, que incluyen la violencia de género. El rasgo mejor documentado de la falta de hogar por razones de género en Canadá es su naturaleza oculta e invisible, ya que es menos probable que las mujeres accedan a los refugios y centros de acogida establecidos, recurriendo en cambio a apoyos relacionales, precarios y peligrosos para sobrevivir. Se sabe que las mujeres sin hogar negocian una serie de estrategias de supervivencia de alto riesgo — como quedarse en relaciones inseguras y de explotación o intercambiar sexo por un techo — para evitar los peligros de la calle o de los refugios mixtos.⁴⁸ Las estrategias de supervivencia marcadas por el género que emplean las mujeres sin hogar incrementan su riesgo de quedar

⁴⁷ Serbia, 142.156, 30ª sesión del EPU en el Consejo de Derechos Humanos, mayo de 2018 (aceptada)

⁴⁸ Schwan, K., Versteegh, A., Perri, M., Caplan, R., Baig, K., Dej, E., Jenkinson, J., Brais, H., Eiboff, F., & Pahlevan Chaleshtari, T. (2020). "The State of Women's Housing Need & Homelessness in Canada: A Literature Review." in Hache, A., Nelson, A., Kratochvil, E., & Malenfant, J. (Eds). Toronto, ON: *Canadian Observatory on Homelessness Press*. Consultado en:

<https://womenshomelessness.ca/wp-content/uploads/State-of-Womens-Homelessness-Literature-Review.pdf>

embarazadas sin que esa sea su intención. El acceso a la atención para el aborto se ve dificultado por sus condiciones habitacionales precarias e inestables y su acceso limitado a recursos y apoyos.

57. Las identidades de las mujeres sin hogar son consistentes de manera desproporcionada con las identidades de las que ya se enfrentan a barreras para acceder a la atención de su salud. Esto se acentúa de manera particular en el caso de las que son indígenas, racializadas, viven con alguna discapacidad y usan sustancias. Las personas indígenas están representadas de manera desproporcionada entre la población sin hogar tanto en ámbitos rurales como urbanos de todo Canadá. La colonización persistente, el genocidio y la esterilización forzada han creado condiciones por las que las personas indígenas embarazadas pueden dudar antes de procurar atención para el aborto por parte del sistema de salud.
58. Investigaciones efectuadas sobre personas sin hogar por razones de género en Canadá señalan que el 55 por ciento de las personas que participaron en ellas mencionaron tener tres o más discapacidades.⁴⁹ Vivir con una discapacidad puede generar barreras adicionales para las personas que necesitan manejarse dentro de sistemas complejos de atención a la salud, como el que se ocupa del aborto. Es mucho menos probable que las personas embarazadas sin hogar que usan sustancias accedan a cualquier forma de atención a la salud ya que temen ser juzgadas y objeto de estigma por parte de quienes prestan los servicios.
59. La falta de acceso a atención segura, oportuna y respetuosa para el aborto constituye un riesgo para el bienestar de las personas. Hay investigaciones que sugieren que las personas sin hogar recurren a la atención para el aborto cuando sus embarazos están más adelantados y se enfrentan a un mayor riesgo de sufrir complicaciones vinculadas a la atención del aborto.⁵⁰ Estos riesgos se acentúan cuando las personas sin hogar también están posicionadas en identidades marginadas interconectadas entre sí.
60. Las personas sin hogar se enfrentan a barreras únicas para acceder al aborto como resultado directo de sus condiciones habitacionales precarias y de tener obstruido el acceso a recursos económicos y materiales. Carecer de hogar implica una cantidad de estrés indebida para el cuerpo que combinada con falta de sueño y nutrición inadecuada puede hacer que el ciclo menstrual

⁴⁹Homeless Hub. 2021. *This is not Home*. Consultado en:

<https://www.homelesshub.ca/sites/default/files/attachments/TINH-Summary-final.pdf>

⁵⁰Orlando, M., Vable, A., Holt, K., Wingo, E., Newmann S, Shapiro BJ, Borne D, Drey EA, Seidman D. 2020.

“Homelessness, housing instability, and abortion outcomes at an urban abortion clinic in the United States.” *Am J Obstet Gynecol.* 223(6) Consultado en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32640198/>

pierda su regularidad. Muchas personas descubren que están embarazadas cuando ya ha pasado un buen tiempo porque tienen ciclos menstruales irregulares y carecen de acceso a las pruebas para detectar el embarazo. Esto implica que para muchas personas sin hogar, la única opción es el aborto quirúrgico. El acceso al aborto quirúrgico es más limitado, sobre todo para quienes procuran hacerse un aborto entre las 12 y las 24 semanas de embarazo (dependiendo de cuáles sean los límites gestacionales en su provincia) y muchas veces requiere desplazarse para obtenerlo, lo que implica una barrera difícil de franquear.

61. Muchas personas sin hogar no tienen acceso a una médica o médico clínico o una prestadora confiable de servicios de salud que pueda derivarlas al lugar adecuado. Carecer de identificación apropiada o de tarjeta de salud provincial es un problema común para las poblaciones sin hogar y puede constituir una barrera en cuanto a la atención para el aborto. Muchas personas carecen de acceso a un teléfono confiable y que funcione, lo que implica que no pueden comunicarse en privado y de forma consistente con quienes prestan servicios de aborto.
62. Si bien el aborto médico puede ser una opción autoadministrada y segura, las personas que viven a la intemperie, en alojamientos inseguros, refugios o centros de acogida donde la privacidad es limitada, se enfrentan a barreras significativas para llevarlo adelante. Para realizarse un aborto médico, se necesita contar con un lugar seguro donde estar y poder descansar además de recibir apoyo ya que el procedimiento puede llevar varios días. Las exigencias que plantea el aborto médico y la necesidad de controles después de realizado el procedimiento pueden hacer que quienes prestan servicios duden antes de prescribirlo a pacientes que presentan un alto riesgo de no presentarse para el seguimiento. Esto señala una necesidad más amplia de contar con alojamientos temporales y de emergencia seguros y donde las personas sin hogar en Canadá encuentren apoyo para sus necesidades de atención en emergencias reproductivas.

Conclusiones y recomendaciones

63. Como lo muestran las experiencias de las organizaciones que presentan este informe — cada una de las cuales está posicionada de manera única para conocer las barreras interconectadas relevantes — Canadá todavía no cumple con sus obligaciones en materia de derechos humanos relacionadas con el acceso al aborto. Es necesario reiterar e implementar plenamente la recomendación recibida en el pasado y referida a «encarar acciones para garantizar un acceso al aborto y a la educación integral en sexualidad en condiciones de igualdad en todas su provincias y territorios» (142.169 Noruega; aceptada). El acceso al aborto, como todas las cuestiones de SDRS, se debe situar

firmemente dentro de un marco de derechos humanos que coloque en un lugar central la salud, la seguridad y el vivir libre de violencia y discriminación.

64. Para facilitar su cumplimiento con esta recomendación de amplio alcance, Canadá debe construir un entorno más propicio para la realización de los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas. Recomendamos un enfoque que abarque distintos pilares y reconozca la importancia de encarar acciones interconectadas y basadas en derechos para hacer frente a las dificultades en el acceso y sus raíces sistémicas.
65. Hacer esto exige contar con un marco de referencia que reconozca el rol que juegan el racismo, el colonialismo, la pobreza, el capacitismo, el sexismo, el heterosexismo y el cissexismo en cuanto a condicionar el acceso, y que encare acciones interconectadas para hacerles frente, en consistencia con los Llamados a la Acción del Comité por la Verdad y la Reconciliación.

Llamamos a Canadá a que:

Pilar 1: Un compromiso más fuerte y más recursos comprometidos para SDSR

1. **Declare permanente al Fondo de Salud Sexual y Reproductiva de Canadá e incremente sus recursos** como forma de abordar las barreras al acceso y de aportar un financiamiento institucional imprescindible para las organizaciones de sociedad civil.
2. **Fortalezca el cumplimiento de la Ley de Salud de Canadá fijando parámetros para la disponibilidad y la accesibilidad de la atención para el aborto** por parte del sistema de salud pública, además de exigir rendición de cuentas a las provincias.
3. **Incremente las Transferencias Federales de Salud ligadas a la ampliación de los servicios de salud reproductiva y sexual**, poniendo énfasis en facilitar el acceso al aborto en igualdad de condiciones en todo el país.

Pilar 2: Medidas focalizadas para eliminar barreras y facilitar una atención médica con pocos obstáculos

4. Garantice la atención a la salud a las personas sin documentos y trabajadoras migrantes mediante un **programa de regularización sin exclusiones** que les otorgue **un estatus migratorio permanente y pleno**.
5. Asista a las provincias y territorios mediante **transferencias federales nuevas o expandidas explícitamente destinadas a la prestación de cuidados para personas sin seguro**,

incluyendo a las personas migrantes sin documentos, para que las provincias cumplan con su obligación de dar acceso a un rango completo de servicios de salud para todas las personas.

6. **Combata la difusión de informaciones falsas y engañosas mediante la educación integral en sexualidad dentro y fuera de las escuelas**, poniendo énfasis en garantizar un acceso equitativo a información integral, sin prejuicios, ampliamente accesible, médica y fácticamente precisa.
7. **Garantice un acceso sustantivo al aborto y la prestación de los apoyos necesarios, incluyendo transporte y alojamiento seguro, con privacidad, para pacientes federales.**

Pilar 3: Contribuir a sostener un marco de referencia más amplio de equidad en el acceso a la salud

8. **En el desarrollo e implementación de leyes y políticas generales, tenga en cuenta y aborde las barreras para acceder a SDRS**, especialmente cuando estas puedan inhibir el acceso por parte de personas que se enfrentan a marginación, como forma de garantizar el respeto, la protección y la realización de los derechos humanos.
9. **Expandir el financiamiento para organizaciones de base comunitaria**, de modo que estas puedan incrementar su capacidad de **liderar investigaciones, programas y campañas de incidencia por el acceso a la salud, incluyendo la atención para el aborto, en sus respectivas áreas de experiencia y conocimiento.**