

ABORTION
IN
N  C

REPORT

May 2021

NORTH CAROLINA
RIGHT TO LIFE



ncrtl.org

Tabla de contenido

Definiciones	3
Incidencia del aborto	4
¿Dónde ocurren los abortos en Carolina del Norte?	4
¿Quién tiene abortos?	6
¿Cómo se realizan los abortos?	7
Encuesta sobre el tema del aborto	8
Política Federal sobre el Aborto	9
Política de Carolina del Norte sobre el aborto	13
Sinopsis del fallo judicial	18
Referencia	21

Definiciones¹

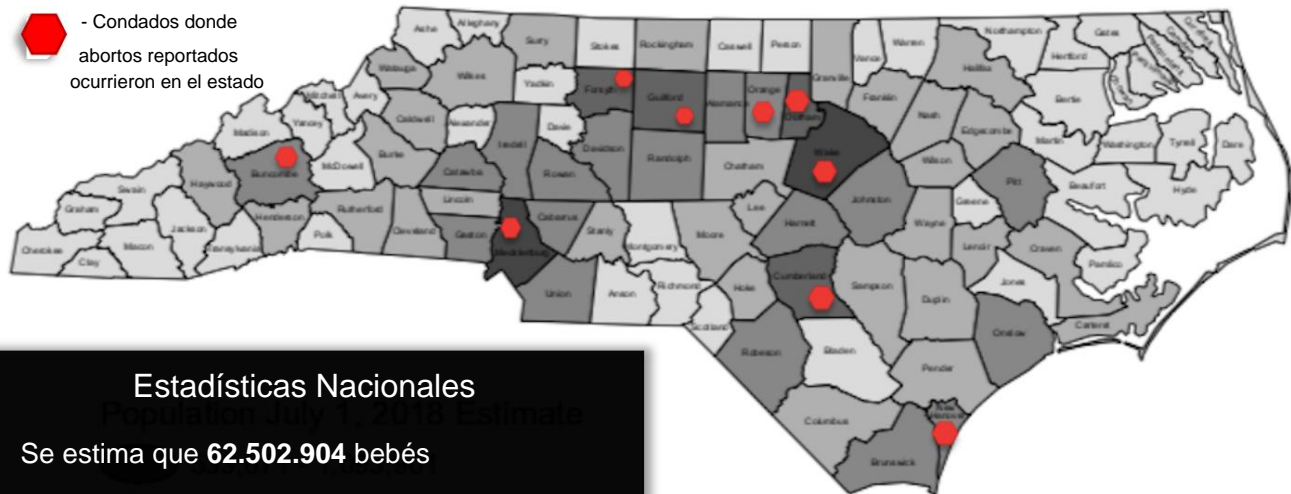
Aborto-	Este informe incluye abortos no espontáneos que se informan al Centro Estatal de Estadísticas de Salud de Carolina del Norte. El Centro Estatal de Estadísticas de Salud de Carolina del Norte define aborto como “la terminación prematura de un embarazo, que resulta o es causada por la muerte del feto o del embrión”. No incluye mortinatos, ni abortos espontáneos.
Ocurrencia de aborto-	Abortos que ocurrieron en un área determinada.
Aborto Residente -	Abortos que ocurrieron a niños no nacidos que residían en un área determinada. “Los estudiantes universitarios y el personal militar se consideran residentes de la comunidad universitaria o militar. Para muertes de reclusos de instituciones de largo plazo, la institución se considera la residencia si el difunto ha vivido allí por lo menos un año. Para los nacimientos, la residencia es la de la madre, cualquiera que sea el lugar de ocurrencia.”
Edad de la madre-	"La edad informada de la madre en años completos en su último cumpleaños".
Educación de la Madre-	Nivel de escolaridad completado por la madre al momento del parto.
Gestación-	Edad del feto determinada por el último Período Menstrual de la madre.
Casado-	Madre casada legalmente o separada pero no divorciada legalmente.
Número previo de abortos :	“El número de abortos inducidos previos que ha tenido la persona abortada. No se incluye el procedimiento actual.”
<i>Aborto espontáneo-</i>	“Una interrupción del embarazo por alguna razón distinta a la elección humana, es decir, un aborto espontáneo o muerte fetal”.

¹ "Glosario de términos." Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte. Disponible en <https://schs.dph.ncdhhs.gov/data/glossary.htm>

Incidencia del aborto

En Carolina del Norte...

28,450 **abortos ocurrieron dentro del estado** en 2019 (abortos de ocurrencia).² Es decir, **78 abortos en NC por día** en promedio en 2019. Se informaron 23,495 **abortos realizados en mujeres con direcciones conocidas en NC (abortos residentes)**.² La cantidad de abortos que ocurren en NC aumentó con respecto al año anterior.



Estadísticas Nacionales

Se estima que **62.502.904** bebés fueron asesinados por aborto desde 1973.³

¿Dónde ocurren los abortos en Carolina del Norte?

Aunque la mayoría de los abortos ocurrieron en 9 condados en 2019, **todos los condados** tienen abortos residentes. Esto significa que las madres están viajando fuera de los condados sin clínicas de aborto a los condados que tienen clínicas de aborto. El condado de Mecklenburg tuvo el mayor número total de abortos informados con 10,854 ocurridos en 2019. La siguiente tabla indica los seis condados con la mayor cantidad de abortos en 2019.

Condados de Carolina del Norte con el porcentaje más alto de aborto informado en 2019²

condado	Estela de Mecklenburgo	Naranja	Cumberland	Guilford	Forsyth	
Abortos de ocurrencia total	10,854	6,867	2,158	2,661	2,550	1,244

² Abortos inducidos informados en Carolina del Norte en 2019 por condado de ocurrencia y residencia. Embarazos Reportados. Centro Estatal de Estadísticas de Salud de Carolina del Norte Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte. <https://schs.dph.ncdhs.gov/data/vital/pregnancies/2019/reportedabortionscounty.pdf>.

³ "Estado del aborto en los Estados Unidos". Comité Nacional por el Derecho a la Vida. Disponible en <http://www.nrlc.org/uploads/communications/stateofabortion2021.pdf>

condado	Total Ocurrencias	Total Residentes
Alamance	0	364
Alejandro	0	43
aleghany	0	10
Anson	0	47
Ashe	0	19
avery	0	10
beaufort	0	60
bertie	0	32
Hojas	0	47
brunswick	0	118
buncombe	579	465
Burke	0	88
Cabarrús	0	474
Caldwell	0	60
Camden	0	12
Carteret	0	62
Caswell	0	26
Catawba	0	223
Chatham	0	69
Cherokee	0	11
Chowan	0	9
Arcilla	0	6
cleveland	0	155
Colón	0	72
Cobarde	0	190
cumberland	2,661	1,407
Curritück	0	37
Dar	0	56
davidson	0	194
davie	0	39
duplín	0	79
Durham	1.006	940
bordecombe	0	163
Forsyth	1.244	883
franklin	0 0	102
Gastón	0 0	448
puertas	0	7
graham		2
Granville		138
Verde		45
Guilford	0 2,550	1,765
halifax	0 0	135
Harnett	0	265
Haywood		46
Henderson	0	117
Hertford	0	43
hoke	0	132
Hyde	0	4
Iredell	0	281
jackson	0	34
Johnston	0	330

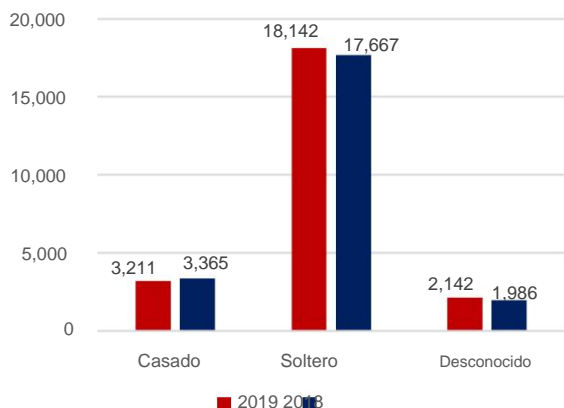
jones	0	12
Sotavento	0	147
Negro	0	139
lincoln	0	77
McDowell	0	26
macon	0	24
madison	0	22
Martín	0	30
Mecklemburgo	10,854	4,310
Mitchell	0 0	6
montgomery		35
moore	0	131
Nash	0	284
Nuevo Hannover	531	517
Northampton	0	33
lento	0	479
naranja	2,158	239
Pamlico	0 0	9
Pasquotank	0	64
pendiente		93
Perquimanos	0	13
Persona	0	75
pitón	0	436
polaca	0	17
Randolph	0	178
richmond	0	77
Robeson	0	236
Rockingham	0	161
Serbal	0	254
Rutherford	0	64
Sansón	0	106
Escocia	0	67
Stanly	0	82
Stokes	0	35
surry	0	75
Zagal	0	15
transilvania	0	25
Tyrrell	0	6
Unión	0	301
Vance	0	129
Despertar	6,867	2,977
Madriguera	0 0	30
Washington	0	22
Watauga		71
Wayne	0	303
Wilkes	0	64
wilson	0	202
Yadkin	0	23
Yancey	0	8
Desconocido	0	402

² Abortos inducidos informados en Carolina del Norte en 2019 por condado de ocurrencia y residencia. Embarazos Reportados. Centro Estatal de Estadísticas de Salud de Carolina del Norte Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte. <https://schs.dph.ncdhs.gov/data/vital/pregnancies/2019/reportedabortionscounty.pdf>.

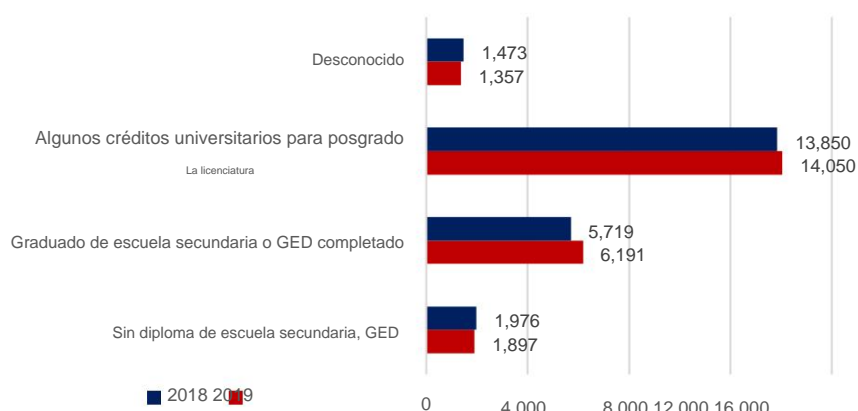
¿Quién tiene abortos? ⁴

Estos gráficos muestran las características de los abortos de residentes informados de 2019 y 2018.⁴

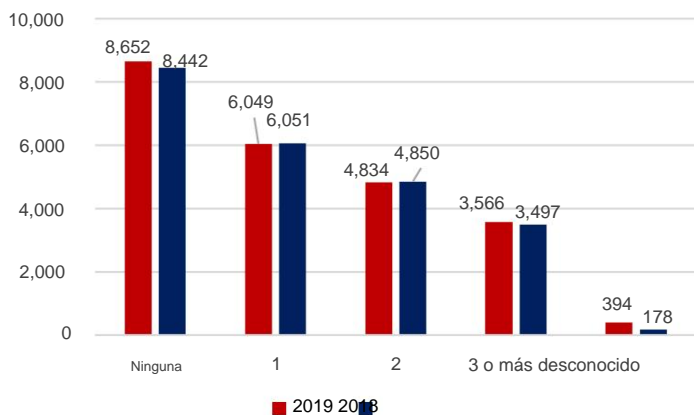
Estado civil



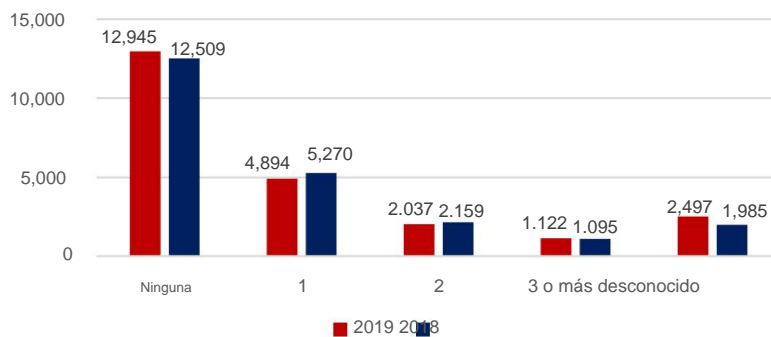
Educación de la madre



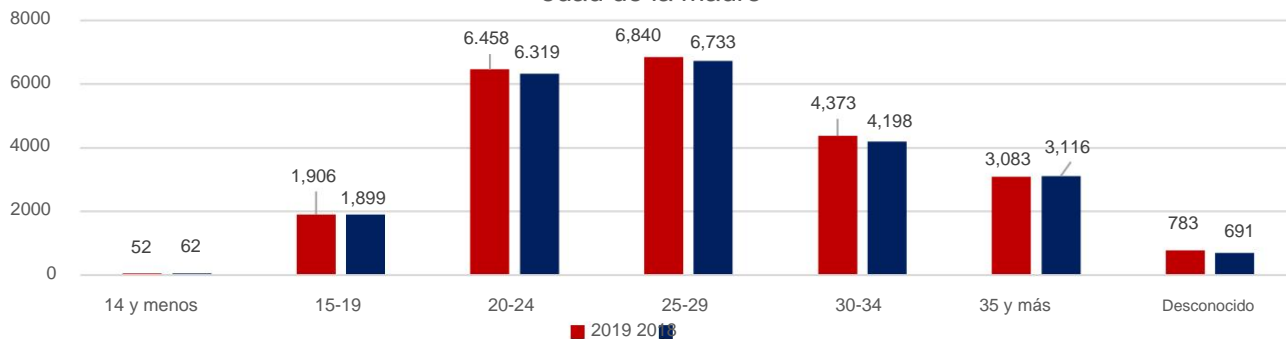
Número de niños vivos



Número de abortos anteriores



edad de la madre



“ABORTOS RESIDENTES DE NC: CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES QUE RECIBEN ABORTOS RESIDENTES DE CAROLINA DEL NORTE, 2010 - 2019*”, Centro Estatal de Estadísticas de Salud de NC, División de Salud Pública, Departamento de Salud y Servicios Humanos de NC. <https://schs.dph.ncdhhs.gov/data/vital/pregnancies/2019/abortioncharacteristics.pdf>

¿Cómo se realizan los abortos?

El método de aborto depende en parte de la edad del feto. El número total de abortos realizados en varias semanas de gestación se proporciona en el cuadro de la derecha.⁴

Los números que se mencionan a continuación son recuentos de frecuencia de los procedimientos de aborto realizados en Carolina del Norte. Tenga en cuenta que el total será significativamente más alto que el número total informado de abortos residenciales porque, en 2019, al menos el 42 % de todos los abortos ocurridos en el estado incluyeron múltiples tipos de píldoras o procedimientos quirúrgicos. Los números incluyen las características de 620 abortos ocurridos fuera del estado en 2019 y 550 abortos ocurridos fuera del estado en 2018.

SEMANAS DE GESTACIÓN	2019	2018
8 y menores	15,453	14,889
9-12 semanas	4,762	4,732
13-15 semanas	1,215	1,265
16-20 (en el estado)	732	728
16-20 (fuera del estado)	37	52
21+ (en el estado)	8	1
21+ (fuera del estado)	36	35
Desconocido	1,252	1,316

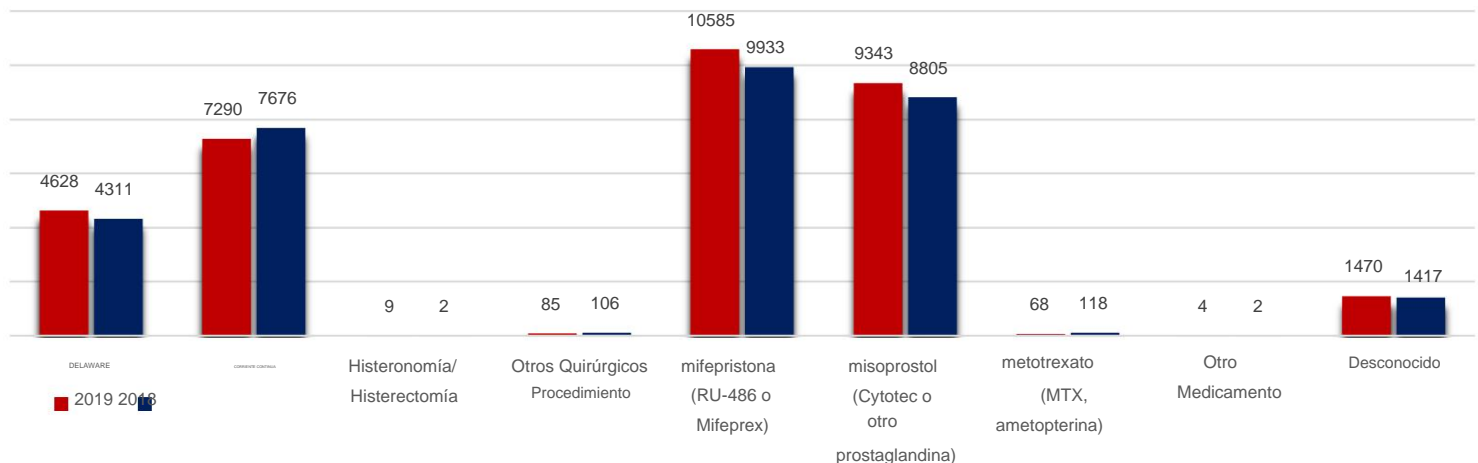
Los abortos médicos (no quirúrgicos) son el procedimiento más común en el estado. Los pro-vida los llaman con mayor precisión abortos químicos porque los químicos ingeridos por la madre matan al feto. Según el Centro Estatal de Estadísticas de Salud de Carolina del Norte, "Los medicamentos (p. ej., metotrexato, mifepristona/RU 486, misoprostol) se usan con mayor frecuencia a principios del primer trimestre del embarazo. Sin embargo, algunos medicamentos (p. ej., supositorios de prostaglandina, prostaglandinas inyectables) también pueden administrarse durante el segundo trimestre del embarazo para inducir el aborto".¹ Este tipo de aborto fue el procedimiento de aborto informado más común para los residentes de Carolina del Norte durante al menos 8,708

en 2018 y al menos 9,210 en 2019.^{5 6} Los abortos médicos implican administrar a la mujer medicamentos por vía oral, intravenosa o intravaginal para primero privar al niño en desarrollo de nutrientes y luego inducir el parto prematuro. Los abortos médicos típicamente ocurren dentro del primer trimestre.¹

La dilatación y curetaje (D&C) fue el segundo procedimiento informado más común, representando al menos 5 6 Este 7676 procedimientos en 2018 y al menos 7290 en 2019. Este procedimiento consiste en dilatar el cuello uterino de una mujer y extraer al feto mediante raspado u otros métodos.¹ Por lo general, se realiza en los primeros trimestres de la gestación del feto.

La dilatación y evacuación (D&E) fue el tercer procedimiento de aborto informado más común para los residentes de Carolina del Norte en 2018 al menos 4311 y al menos 4828 en 2019.^{5 6} Durante el procedimiento de dilatación y evacuación, un abortista dilata el cuello uterino de una mujer e inserta instrumentos afilados, así como dispositivos de succión y fórceps, que luego se utilizan para cortar y extraer al bebé por nacer, pieza por pieza.¹

Se utilizaron otros métodos de aborto quirúrgico al menos 106 veces en 2018 y al menos 85 veces en 2019. Este tipo de categoría de procedimiento de aborto se desconocía al menos 1417 veces en 2018 y al menos 1470 veces en 2019.^{5 6}

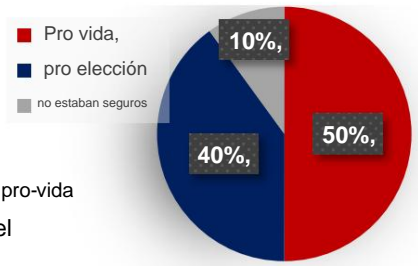


⁵ [Externo] 2018 NC State Center Health Statistics Abortion Questions [Correo electrónico al autor], (02-24-20), Departamento de Salud y Recursos Humanos de NC Servicios.,

⁶ [Externo] Solicitud: Estadísticas de aborto de 2019 [Correo electrónico a la autora], (23-04-21), Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte.,

Encuesta sobre el aborto

Una encuesta de Civitas/Harper de marzo de 2019 encuestó a posibles votantes en Carolina del Norte y encontró que aproximadamente el 50 % se identifica como pro-vida, mientras que el 40 % de los encuestados dijeron que están a favor del derecho a decidir y el 10 % no estaba seguro (con un margen de error de 4,38).³ Los pro-vida El grupo fue más grande que cualquier porcentaje estatal actual del 33,23 % demócrata registrado, el 30,63 % republicano, o el 33,38 % de votantes no afiliados.⁴



No se debe suponer que la identidad pro-vida está representada solo en el Partido Republicano. La Encuesta de Civitas/Harper también encontró que el 24,22% de los demócratas registrados se identificaron como pro-vida. El 48,23 % de los votantes no afiliados registrados se identificaron como pro-vida. Esto fue en comparación con el 33,65 % de los votantes no afiliados registrados que se identificaron como pro elección.⁵

No se debe suponer que la identidad pro-vida se relaciona con un solo grupo racial. La Encuesta de Civitas/Harper tenía un 39,79% de afroamericanos identificados como pro-vida. El 55,17% de los blancos se identificaron como pro-vida en esta encuesta. 30.81% de cualquier otra raza o etnia identificada como pro-vida.⁹

También hubo una representación similar de quienes querían que se aprobaran ciertos proyectos de ley pro-vida. Civitas/Harper Poll preguntó: "Se ha propuesto un proyecto de ley en la Asamblea General de Carolina del Norte para prohibir que se realice un aborto después de las 13 semanas de embarazo a menos que haya una emergencia médica. En general, ¿está a favor o en contra de este proyecto de ley?" De los que respondieron, el 50 % estaba "muy a favor[ed]" o "algo a favor[ed]" de la legislación y el 37 % estaba "muy en contra[d]" o "algo en contra[d]" de esta legislación.⁹

P. Se ha propuesto un proyecto de ley en la Asamblea General de Carolina del Norte para prohibir que se realice un aborto después de las 13 semanas de embarazo a menos que haya una emergencia médica. En general, ¿está a favor o en contra de este proyecto de ley?

Muy a favor 33%

Algo favor 17%

Totalmente en contra 27%

Algo Opuesto 10%

Inseguro/Rechazado 12%

Total Favor 50%

Total Oposición 37%

Cada encuesta muestra el apoyo a la legislación que protege a los niños por nacer, así como también indica los muchos corazones y mentes que necesitan influir en el tema del aborto. Creemos en el poder de la educación. Es por eso que preparamos estos informes y hacemos mucho más a través del Fondo de Educación del Derecho a la Vida de Carolina del Norte. Tenemos capítulos en todo el estado que educan a nivel de base. Patrocinamos y coordinamos puestos informativos, realizamos presentaciones, organizamos campamentos juveniles, realizamos mítines y estamos disponibles para realizar trabajo educativo adicional en nuestra sede estatal.

⁷ Byers, Lea. *Voces extremas a favor del aborto en Carolina del Norte Fuertes, pero pocas*. 3 de junio de 2019, www.nccivitas.org/civitas-review/extreme-pro-abortion-voices-north-carolina-loud/.

⁸ Junta Electoral del Estado de Carolina del Norte. *Estadísticas de Registro de Votantes*. 20 de febrero de 2021, vt.ncsbe.gov/RegStat/Results/?date=02%2F20%2F2021.

⁹ Harper Polling/Civitas. *Tabulaciones cruzadas: la mitad de los habitantes de Carolina del Norte son provida*. 6 de marzo de 2019, 1tttd918ylv17775r1u6ng1adc-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2019/03/AbortionQs.2_xtabs_3.19poll.pdf.

Política Federal sobre el Aborto³

En los Estados Unidos, el marco legal básico que rige la legalidad del aborto y el estatus legal de los seres humanos por nacer ha sido "federalizado" principalmente por decisiones de la Corte Suprema de los Estados Unidos, más que por leyes del Congreso. Ha habido muchas propuestas en el Congreso desde los fallos de *Roe v. Wade* & *Doe v. Bolton* para desafiar o anular abiertamente esta doctrina mediante una ley o enmienda constitucional, o por el contrario, para ratificarla y reforzarla mediante una ley federal, pero nunca se ha promulgado ninguno de los dos enfoques. En ley Eso no significa que el Congreso no haya jugado un papel importante en la configuración de las políticas públicas relacionadas con el aborto.

El Congreso ha promulgado leyes que han afectado la cantidad de abortos realizados. Además, EE.UU.

El Senado ha desempeñado y seguirá desempeñando un papel fundamental, aunque indirecto, en la determinación de la política de aborto, mediante la confirmación o el rechazo de los nominados a la Corte Suprema de EE. UU. y los tribunales de circuito de apelaciones.

Los grupos de defensa del aborto a menudo han hecho campaña para la promulgación de estatutos federales de "derecho al aborto" (como la "Ley de Protección de la Salud de la Mujer" y la "Ley de Libertad de Elección"), que han tenido el respaldo de los presidentes Clinton y Obama, pero nunca han podido pasar por el Congreso.

El 25 de febrero de 2021, la llamada "Ley de Igualdad" (HR 5) se convirtió en una de las leyes más pro-aborto aprobadas por la Cámara de Representantes. La legislación fue apoyada por 221 demócratas y 3 republicanos. 206 republicanos se opusieron. A pesar de ser anunciada como una legislación que trata sobre la orientación sexual y la discriminación de género, la HR 5 contiene lenguaje que podría interpretarse para crear un derecho a exigir el aborto a los proveedores de atención médica, y probablemente pondría en riesgo la autoridad del gobierno estatal y federal para prohibir el aborto de los contribuyentes. abortos financiados. Si se promulga, esta legislación podría usarse como una herramienta poderosa para desafiar todas y cada una de las restricciones estatales al aborto.

Federalización Judicial de la Política de Aborto

Hasta la década de 1960, los niños por nacer estaban protegidos contra el aborto por leyes promulgadas por las legislaturas de todos los estados. Algunos estados debilitaron esas protecciones, comenzando con Colorado en 1967. Durante esa época, se formó el movimiento pro-vida moderno para defender las leyes estatales pro-vida, y el lado pro-vida había cambiado el rumbo en muchos estados cuando la Corte Suprema de EE. UU. aplicó una política de aborto "federalizada" en sus fallos de enero de 1973 en *Roe v. Wade* y *Doe v. Bolton*. Esos fallos prohibían efectivamente a los estados otorgar valor alguno a la vida de los niños por nacer, en el contexto del aborto, hasta el punto en que un bebé pudiera sobrevivir independientemente de la madre ("viabilidad"). Además, estos fallos originales incluso negaron efectivamente la autoridad estatal para proteger a los niños por nacer después de la "viabilidad". Como escribió el reportero de la Corte Suprema de *Los Angeles Times*, David Savage, en una retrospectiva del caso en 2005:

" [El juez de la Corte Suprema] Blackmun escribió que los médicos pueden considerar 'todos los factores: físicos, emocionales, psicológicos, familiares y la edad de la mujer, relevante para el bienestar de la paciente'. Pronto quedó claro que si el 'bienestar emocional' de una paciente era razón suficiente para justificar un aborto, entonces cualquier aborto podría estar justificado".

(Consulte "Roe Gobernando más de lo que pretendía su autor", *Los Angeles Times*, 14 de septiembre de 2005, www.nrlc.org/communications/resources/savagelatimes091405)

La mayoría de los jueces de la Corte Suprema aplicaron agresivamente la doctrina *Roe & Doe* durante muchos años después de su fallo, anulando incluso los intentos de algunos estados de desalentar los abortos después de la "viabilidad". La Corte eventualmente se retrató un poco de este enfoque, tolerando algunos tipos de protección estatal de los niños por nacer, mientras continuaba negando a los cuerpos legislativos el derecho de colocar "cargas indebidas" sobre el aborto antes de la "viabilidad". En *Gonzales v. Carhart* (2007), una mayoría de cinco jueces confirmó la Ley Federal de Prohibición del Aborto por Nacimiento Parcial, que prohibía el uso de un método de aborto específico antes o después de la "viabilidad".

³ El siguiente es un resumen de la "Política federal y el aborto: una sinopsis" de NRLC. Lea la versión completa en nrlc.org/uploads/communications/stateofabortion2021.pdf

La Corte Suprema declaró inconstitucionales las leyes de Texas que exigen que las clínicas de aborto cumplan con los estándares de los centros quirúrgicos y exigen que los abortistas tengan privilegios de admisión en un hospital dentro de un radio de 30 millas en el fallo de 2016 *Whole Women's Health v. Hellerstedt*. La mayoría dictaminó que estos requisitos constituían una "carga indebida" en el acceso a abortos de previabilidad.

Subsidios Federales para el Aborto

Ya en 1970, el Congreso agregó lenguaje a la legislación que autorizaba un importante programa federal de "planificación familiar", el Título X de la Ley de Servicios de Salud Pública, estipulando que ninguno de los fondos se usaría "en programas donde el aborto es un método de planificación familiar." En 1973, el Congreso enmendó la Ley de Asistencia Extranjera para prohibir el uso de fondos de ayuda exterior de Estados Unidos para el aborto.

Después de que se dictara *Roe v. Wade* en 1973, varios programas federales de salud, incluido Medicaid, simplemente comenzaron a pagar los abortos electivos. En 1976, el programa federal de Medicaid pagaba por sí solo aproximadamente 300.000 abortos al año. El Congreso respondió adjuntando una "enmienda de limitación" al proyecto de ley de asignaciones anuales para servicios humanos y de salud, la Enmienda Hyde, que prohíbe el reembolso federal por aborto, excepto para salvar la vida de la madre. En un fallo de 1980 (*Harris v. McRae*), la Corte Suprema de EE. UU. dictaminó, 5-4, que la Enmienda Hyde no contradecía *Roe v. Wade*.

Después del fallo de *Roe v. Wade* en 1973, varios programas federales de salud, incluido Medicaid, simplemente comenzaron a pagar los abortos electivos. Para 1976, el programa federal de Medicaid solo pagaba aproximadamente 300,000 abortos al año. El Congreso respondió adjuntando una "enmienda de limitación" al proyecto de ley de asignaciones anuales para servicios humanos y de salud, la Enmienda Hyde, que prohíbe el reembolso federal por aborto, excepto para salvar la vida de la madre. La Corte Suprema de los Estados Unidos dictaminó, 5-4, en *Harris v. McRae* (1980) que la Enmienda Hyde no contradecía *Roe v. Wade*.

La Enmienda Hyde se amplió más tarde para prohibir explícitamente que los fondos federales de Medicaid paguen cualquier parte de un plan de salud que cubriera abortos (con excepciones limitadas) a medida que Medicaid se movía más hacia un modelo de atención administrada. Por lo tanto, la Enmienda Hyde ha prohibido durante mucho tiempo no solo la financiación federal directa de los procedimientos de aborto, sino también la financiación federal de los planes que cubren el aborto.

El Congreso promulgó una serie de leyes similares para prohibir la cobertura del aborto en otros importantes planes de seguro de salud subsidiados por el gobierno federal, incluidos los que cubren a miembros del ejército y sus dependientes, empleados federales y ciertos hijos de padres con ingresos limitados (S-CHIP) después de que la Suprema Corte La decisión judicial confirmó la Enmienda Hyde. Para 2008, este conjunto de leyes había producido una política casi uniforme de que los programas federales no pagaban el aborto ni subvencionaban los planes de salud que incluían la cobertura del aborto, excepto cuando fuera necesario para salvar la vida de la madre, o en casos de violación o incesto.

La ley de salud de Obamacare promulgada en 2010 contiene disposiciones que se apartan drásticamente de los principios de la Enmienda Hyde, principalmente al autorizar subsidios federales para la compra de planes de salud privados que cubran el aborto a pedido.

La Ley de No Financiamiento de los Contribuyentes para el Aborto y la Divulgación Completa del Seguro de Aborto (HR 18) aplicarían todos los principios de la Enmienda Hyde de manera permanente y uniforme a los programas de salud federales, incluidos los creados por la ley Obamacare. Con respecto a Obamacare, esto significaría que los planes de seguros privados que pagan abortos electivos no calificarían para subsidios federales, aunque dichos planes aún podrían venderse a través de los intercambios de Obamacare, en los estados que lo permitan, a clientes que no reciben subsidios federales. La Cámara de Representantes de los EE. UU. aprobó esta legislación en 2011, 2014, 2015 y 2017. El Senado de los EE. UU. en la 116 (2019-2020)

El Congreso votó esta legislación con una votación de 48 a 47, pero se requerían 60 votos, por lo que el proyecto de ley no avanzó.

La OPM (bajo instrucciones de la Casa Blanca de Obama) siguió adelante con este plan a pesar de una ley de larga data (la Enmienda Smith) que prohíbe explícitamente que la OPM gaste un centavo en gastos administrativos relacionados con la compra de cualquier plan de salud que incluya cobertura de aborto. (excepto para salvar la vida de la madre, o en casos de violación o incesto). La Enmienda Smith continúa prohibiendo la inclusión de la cobertura del aborto en los planes de salud de más de 8 millones de empleados federales y dependientes, una limitación que no se aplica a los miembros del Congreso ni a su personal, únicamente debido a Obamacare.

Una de las políticas en cuestión fue anunciada originalmente por la Administración Reagan en 1984 en una conferencia internacional sobre población en la Ciudad de México y, por lo tanto, hasta ahora se la conoce oficialmente como la Política de la Ciudad de México. Esa política requería que, para ser elegible para ciertos tipos de ayuda exterior, una organización privada debía firmar un contrato prometiendo no realizar abortos (excepto para salvar la vida de la madre o en casos de violación o incesto), no cabildear para cambiar las leyes de aborto de los países anfitriones, y no “promover activamente el aborto como método de planificación familiar”. La Política de la Ciudad de México ha sido adoptada por cada presidente republicano desde entonces y rescindida por cada presidente demócrata.

Cuando el presidente Trump restableció la Política de la Ciudad de México, ahora llamada Programa de Protección de la Vida en Salud Global, también amplió su alcance. La política ampliada llegará a una gama sustancialmente ampliada de programas de salud en el extranjero, incluidos los relacionados con el VIH/SIDA, la salud materno-infantil y la malaria, e incluso algunos programas operados por el Departamento de Defensa. La Administración Biden ha revertido esta política.

Leyes Federales de Protección de la Conciencia

Varias leyes federales buscan prevenir la discriminación contra los proveedores de atención médica que no desean participar en la realización de abortos (a menudo llamadas leyes de "protección de la conciencia"), pero la Administración de Obama socavó severamente la aplicación de esas leyes y siguió varias políticas que son directamente contrarias a los principios que encarnan.

El Congreso ha promulgado repetidamente leyes federales para proteger los derechos de los proveedores de atención médica que no desean participar en la realización de abortos, incluida la Enmienda Church de 1973 y la Enmienda Coats-Snowe de 1996. Una de las protecciones más amplias, la Ley Hyde- la Enmienda Weldon, ha sido parte del proyecto de ley anual de asignaciones de servicios humanos y de salud desde 2004; esta ley prohíbe que cualquier entidad del gobierno federal, estatal o local que reciba fondos federales del HHS participe en “discriminación basada en que la entidad de atención médica no brinda, paga, brinda cobertura o remite abortos”.

La ley define “entidad de atención de la salud” como “un médico individual u otro profesional de la salud, un hospital, una organización patrocinada por un proveedor, una organización de mantenimiento de la salud, un plan de seguro médico o cualquier otro tipo de centro de atención de la salud, organización, o planificar.”

Se propusieron varias piezas de legislación correctiva durante el Congreso 114, incluida la Ley de Protección de la Conciencia y se anticipa que dicha legislación se volverá a presentar y recibirá una consideración activa durante el Congreso 116 (2019-2020).

Acción del Congreso sobre la protección directa de los niños por nacer

Cuarenta y ocho años después de Roe v. Wade, no viola ninguna ley federal matar a un ser humano por nacer mediante aborto, con el consentimiento de la madre, en cualquier estado, en cualquier momento antes del nacimiento vivo. Sin embargo, el uso de un método específico de aborto, el aborto por nacimiento parcial, ha sido prohibido en todo el país en virtud de una ley federal, la Ley de Prohibición del Aborto por Nacimiento Parcial (18 USC §1531), que fue promulgada en 2003 y ratificada por la Suprema Corte de los EE. UU. Corte en 2007.

Durante la administración Reagan hubo intentos de promover legislación para desafiar directamente Roe v. Wade, pero tal medida no fue aprobada por ninguna de las cámaras del Congreso. Después de que los republicanos tomaron el control del Congreso en las elecciones de 1994, el Congreso aprobó por primera vez una prohibición federal directa de un método de aborto: la Ley de prohibición del aborto por nacimiento parcial. El presidente Clinton vetó dos veces esta legislación. La Cámara anuló los vetos,

pero los vetos fueron sostenidos en el Senado. Después de la elección del presidente George W. Bush, la Ley de Prohibición del Aborto por Nacimiento Parcial se promulgó en 2003. Esta ley fue confirmada 5 a 4 por la Corte Suprema de EE. UU. en el fallo de 2007 de *Gonzales v. Carhart*, y está vigente hoy día. La ley tipifica como delito penal federal realizar un aborto en el que el bebé vivo se entrega parcialmente antes de matarlo, a menos que sea necesario para salvar la vida de la madre. La ley se aplica por igual antes y después de la "viabilidad" (y la mayoría de los abortos por nacimiento parcial se realizaron antes de la "viabilidad"), y no contiene una amplia excepción de "salud" como la exigida por la Corte en decisiones anteriores.

El 25 de febrero de 2020, cincuenta y seis (56) senadores votaron a favor de adoptar la Ley de Protección de Sobrevivientes del Aborto Nacidos Vivos, pero se requerían 60 votos, por lo que el proyecto de ley no avanzó. Además, los líderes republicanos de la Cámara presentaron una petición de descargo de HR 962 sobre la misma legislación en un intento de forzar una votación en contra de los deseos de los líderes demócratas. La petición no alcanzó la mayoría necesaria de firmas (217), y se planea un proyecto de ley similar y una petición de aprobación de la gestión para el 117º Congreso. Esta legislación promulgaría un requisito explícito de que un bebé nacido vivo durante un aborto debe recibir "el mismo grado" de atención que se aplicaría "a cualquier otro niño nacido vivo a la misma edad gestacional", incluido el transporte a un hospital, y se aplica las penas existentes de 18 USC § 1111 (el estatuto federal de homicidio) para cualquier persona que realice "un acto manifiesto que mate a [tal] niño nacido vivo".

En respuesta al fallo de *Gonzales*, el Derecho a la Vida de Carolina del Norte, en unión con el Comité Nacional del Derecho a la Vida, comenzó los esfuerzos para aprobar la Ley de Protección del Niño No Nacido Capaz de Dolor. Este proyecto de ley declara que la capacidad de experimentar dolor existe al menos a las 20 semanas de edad fetal y, en general, prohíbe el aborto después de ese punto. Una versión federal de la legislación fue aprobada por la Cámara de Representantes de los Estados Unidos en mayo de 2015, 242-184; la Casa Blanca de Obama emitió una amenaza de veto sobre el proyecto de ley. Otro intento de llevar el proyecto de ley aprobado por la Cámara al pleno del Senado fue bloqueado por el obstruccionismo de un senador demócrata. La legislación (HR 36) se reintrodujo en enero de 2017.

Según la Ley de protección de bebés nacidos vivos de 2002, los bebés que nacen vivos antes o después de la "viabilidad" se reconocen como personas jurídicas plenas para todos los fines de la ley federal. La Ley de Protección de Sobrevivientes de Aborto Nacidos Vivos brindaría una protección federal mucho más sólida. Esta legislación promulgaría un requisito explícito de que un bebé nacido vivo durante un aborto debe recibir "el mismo grado" de atención que se aplicaría "a cualquier otro niño nacido vivo a la misma edad gestacional", incluido el transporte a un hospital, y se aplica las penas existentes de 18 USC § 1111 (el estatuto federal de homicidio) para cualquier persona que realice "un acto manifiesto que mate a [tal] niño nacido vivo".

Los bebés llevados en el útero "en cualquier etapa de desarrollo" que resultan heridos o mueren durante la comisión de ciertos delitos federales violentos son plenamente reconocidos como víctimas humanas en virtud de la Ley de Víctimas de Violencia No Nacidas, promulgada en 2004.

Durante el Congreso 117 (2020-2021), se presentó en el Congreso la Ley de Prohibición del Aborto por Desmembramiento. La legislación se basa en un proyecto de ley modelo a nivel estatal desarrollado por National Right to Life, que se promulgó en 6 estados. El proyecto de ley federal prohibiría a nivel nacional la realización del "aborto por desmembramiento", definido como "con el propósito de causar la muerte de un niño por nacer, desmembrar a sabiendas a un niño por nacer vivo y extraer dicho niño por nacer pieza por pieza o intacto pero aplastado". el útero mediante el uso de abrazaderas, pinzas de agarre, tenazas, tijeras o instrumentos similares que, mediante la convergencia de dos palancas rígidas, cortan, aplastan o agarran una parte del cuerpo del feto para cortarlo, arrancarlo o aplastarlo." Esta prohibición se aplicaría a muchas aplicaciones del método al que los abortistas se refieren como "dilatación y evacuación" (D&E), que actualmente es el método de aborto más común en el segundo trimestre, empleado a partir de las 14 semanas de vida.
el embarazo.

Política de Carolina del Norte sobre el aborto

Leyes anteriores en Carolina del Norte que aún se aplican ¹⁰

1839- El niño por nacer puede tomar la propiedad por testamento

1853- La corte reconoció que el niño por nacer puede tomar propiedad por testamento

1860- El niño por nacer podría ser beneficiario de un fideicomiso activo

NC SG 14-45. 14-45.1. Cuando el aborto no es ilegal.

"(a) No obstante cualquiera de las disposiciones de GS 14-44 y 14-45, no será ilegal, durante las primeras 20 semanas del embarazo de una mujer, aconsejar, procurar o causar un aborto espontáneo o aborto cuando el procedimiento es realizado por un médico calificado. médico con licencia para ejercer la medicina en Carolina del Norte en un hospital o clínica certificada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos como un centro adecuado para la realización de abortos.

(a1) El Departamento de Salud y Servicios Humanos inspeccionará anualmente cualquier clínica, incluidas las instalaciones quirúrgicas ambulatorias, donde se realicen abortos. El Departamento de Salud y Servicios Humanos publicará en el sitio web del Departamento y en el sitio web estatal establecido bajo GS 90-

21.84 los resultados y hallazgos de todas las inspecciones realizadas a partir del 1 de enero de 2013, de clínicas, incluidas las instalaciones quirúrgicas ambulatorias, donde se realizan abortos, incluida cualquier declaración de deficiencias y cualquier aviso de acción administrativa resultante de la inspección. Ninguna persona menor de 18 años podrá ser empleada en ninguna clínica, incluidas las instalaciones quirúrgicas ambulatorias, donde se realicen abortos. Los requisitos de esta subsección no se aplicarán a un hospital que deba tener licencia conforme al Capítulo 131E de los Estatutos Generales.

(B) No obstante cualquiera de las disposiciones de GS 14-44 y 14-45, no será ilegal, después de la vigésima semana del embarazo de una mujer, aconsejar, procurar o causar un aborto espontáneo o aborto cuando el procedimiento es realizado por un médico calificado con licencia para ejercer la medicina en Carolina del Norte en un hospital autorizado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos, si hay una emergencia médica como se define en GS 90-21.81(5).

(b1) Un médico calificado que aconseje, procure o provoque un aborto espontáneo o aborto después de la decimosexta semana de embarazo de una mujer deberá registrar todo lo siguiente: el método utilizado por el médico calificado para determinar la edad gestacional probable del feto en la hora en que se realizará el procedimiento; los resultados de la metodología, incluidas las medidas del feto; y una imagen de ultrasonido del feto que muestra las medidas. El médico calificado deberá proporcionar esta información, incluida la imagen de ultrasonido, al Departamento de Salud y Servicios Humanos de conformidad con GS 14-45.1(c).

Un médico calificado que procure o provoque un aborto espontáneo o un aborto después de la vigésima semana del embarazo de una mujer deberá registrar los hallazgos y análisis en los que el médico calificado basó la determinación de que existía una emergencia médica según se define en GS 90-21.81(5) y deberá proporcionar esa información al Departamento de Salud y Servicios Humanos de conformidad con GS 14-45.1(c). Los materiales generados por el médico o proporcionados por el médico al Departamento de Salud y Servicios Humanos de conformidad con esta sección no serán registros públicos según GS 132-1.

La información provista bajo este inciso será únicamente para fines estadísticos y se protegerá la confidencialidad del paciente y del médico. Es deber del médico calificado presentar información al Departamento de Salud y Servicios Humanos que omita información de identificación del paciente y cumpla con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA).

(c) El Departamento de Salud y Servicios Humanos prescribirá y recopilará anualmente, de los hospitales o clínicas, incluidas las instalaciones quirúrgicas ambulatorias, donde se realicen abortos, informes resumidos estadísticos sobre las características médicas y demográficas de los abortos previstos en esta sección, incluyendo la información descrita en la subsección (b1) de esta sección como se considere de interés público. Los hospitales o clínicas donde se realicen abortos serán responsables de proporcionar estos informes estadísticos resumidos al Departamento de Salud y Servicios Humanos. Los informes tendrán únicamente fines estadísticos y se protegerá la confidencialidad de la relación con el paciente.

Los materiales generados por el médico o proporcionados por el médico al Departamento de Salud y Servicios Humanos de conformidad con esta sección no serán registros públicos según GS 132-1.

(d) Los requisitos de GS 130A-114 no se aplican a los abortos realizados de conformidad con esta sección.

(Y) Ningún médico, enfermera o cualquier otro proveedor de atención médica que se oponga al aborto por motivos morales, éticos o religiosos deberá realizar o participar en procedimientos médicos que den como resultado un aborto. La negativa de un médico, enfermero o proveedor de atención médica a realizar o participar en estos procedimientos médicos no será motivo de daños por la negativa, o por cualquier acción disciplinaria o recriminatoria contra el médico, enfermero o proveedor de atención médica. . A los efectos de esta sección, la frase "proveedor de atención médica" tendrá el mismo significado definido en GS 90-410(1).

(F) Nada en esta sección requerirá que un hospital, otra institución de atención médica u otro proveedor de atención médica realice un aborto o brinde servicios de aborto.

(gramo) Para los fines de esta sección, "médico calificado" significa (i) un médico que posee, o es elegible para poseer, certificación de la junta en obstetricia o ginecología, (ii) un médico que posee suficiente capacitación basada en estándares médicos establecidos en atención de aborto seguro, complicaciones del aborto y manejo del aborto espontáneo, o (iii) un médico que realiza un aborto en una emergencia médica como se define en GS 90-

21.81(5). (1967, c. 367, s. 2; 1971, c. 383, ss. 1, 11/2; 1973, c. 139; c. 476, s. 128; c. 711; 1997-443, s.

11A.118(a); 2013-366, arts. 1(a), (b); 2015-62, art. 7(a).)"

11

- Debido al reciente fallo del Tribunal Federal *Bryant v. Woodall de 2019*, se puede realizar un aborto en cualquier momento en que el abortista decida que el niño no vivirá si se diera a luz en ese momento.

NC GS 90-21.7 Se requiere el consentimiento de los padres: Manda que los abortos en menores emancipados deben tener el consentimiento de un padre con custodia legal o tutor legal. También dice que el menor, o tutor, puede presentar una petición a un juez de distrito en el asunto.

NC GS 14-322.3 Abandono de un infante menor de siete días de edad: Cuando un padre abandona a un infante menos de siete días de edad mediante la entrega voluntaria del infante según lo dispuesto en.

SL 2011-60: Ley de víctimas no nacidas de violencia/Ley de Ethen: crea delitos penales por actos cometidos contra mujeres embarazadas sin consentimiento que causen la muerte o lesión de un niño por nacer.¹⁰

SL 2011-145: Ley de Asignaciones de 2011, Sec. 29.23(a)-(c): Limita la financiación estatal del aborto en el plan de salud estatal. No hay abortos financiados por el estado excepto en casos de violación, incesto o para salvar la vida de la madre. Anteriormente, la financiación solo se limitaba a los abortos de asistencia social de un año a otro.

SL 2011-392: Autorizar Varias Placas Especiales (Elige Vida): División de Vehículos Motorizados para emitir placas "Elige Vida". El dinero recaudado se destinará a Carolina Pregnancy Care Fellowship. La medida cautelar se disolvió y las placas ahora están disponibles en línea a través del DMV de Carolina del Norte.

SL 2011-405: Derecho de la mujer a saber: Requiere un período de espera de 24 horas (ahora 72 horas) y el consentimiento informado de una mujer embarazada antes de que se pueda realizar un aborto.

IMPUGNADO EN LA CORTE. PERDIÓ UNA SECCIÓN RELATIVA AL ULTRASONIDO. EL RESTO DE LA LEY

FUE IMPUGNADO PERO APROBADO.

SL 2013-307: Currículo de salud/Nacimiento prematuro: Requiere instrucción en educación de salud escolar sobre causas prevenibles, incluido el aborto inducido, de nacimiento prematuro en embarazos posteriores.

SL 2013-366: Cambios en la Ley de Salud y Seguridad: Limita la cobertura del aborto a la violación, el incesto o para proteger la vida de la madre bajo el intercambio de beneficios de salud federal o el seguro ofrecido por un condado o ciudad.

Prohíbe los abortos por selección de sexo. Se ordena al Departamento de Salud y Servicios Humanos que modifique las reglas relativas a las clínicas de aborto. Prohíbe los abortos si no hay un médico presente. Protección de la conciencia extendido a todos los proveedores de atención médica, no solo a médicos y enfermeras.

SL 2015-62: Ley de Protección de Mujeres y Niños de 2015: Cambia el período de espera de 24 horas a 72 horas para el consentimiento informado antes de un aborto. Protege a los proveedores de atención médica que objetan por motivos morales, éticos o religiosos en situaciones no cubiertas en 2013. Aumenta los requisitos de informes estadísticos al Departamento de Salud y Servicios Humanos y mejora los estándares e inspecciones de las clínicas.

Los abortistas deben ser OB-GYN o equivalente. Refuerza los estándares para los abortos posteriores a las 20 semanas.

SL 2015-265: Disposición de restos de niños no nacidos: prohíbe la venta de los restos de un niño no nacido como resultado de un aborto inducido. En caso de aborto, la madre puede donar los restos para investigación.

SL 2018-99: Ley de Asignaciones de 2018, Sec. 11E.J.13.(ab): Las subvenciones en bloque para la salud materna e infantil proporcionan \$1,000,000 a Carolina Pregnancy Care Fellowship y \$300,000 a Human Coalition.

SL 2019- Ley de Asignaciones de 2019, BECA DE CAROLINA PARA EL CUIDADO DEL EMBARAZO
TRANSFERENCIA PARA EQUIPO MÉDICO DURADERO Y ENTRENAMIENTO

ARTÍCULO 9G.6. “Los fondos asignados al Departamento de Salud y Servicios Humanos, División de Salud Pública, para el año fiscal 2018-2019, para su asignación a Carolina Pregnancy Care Fellowship, una corporación sin fines de lucro, no se revertirán, pero permanecerán disponibles hasta el final del Bienio fiscal 2019-2021. La Beca para el Cuidado del Embarazo de Carolina utilizará estos fondos para otorgar subvenciones a las clínicas que soliciten la Beca para el Cuidado del Embarazo de Carolina para equipo médico duradero, capacitación o una combinación de ambos, sin ninguna limitación sobre la cantidad de los fondos transferidos que se pueden gastar para gastos duraderos. equipo médico o entrenamiento. Carolina Pregnancy Care Fellowship no utilizará más del diez por ciento (10 %) de los fondos transferidos del año fiscal 2018-2019 para fines administrativos”.

EXPANSIÓN ESTATAL DEL PROGRAMA PILOTO DE CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN SECCIÓN 9G.7.(a) “De los fondos asignados en esta ley al Departamento de Salud y Servicios Humanos, División de Salud Pública, la suma de un millón doscientos mil dólares (\$1,200,000) en fondos no recurrentes para el año fiscal 2019-2020 y la suma de un millón doscientos mil dólares (\$1,200,000) en fondos no recurrentes para el año fiscal 2020-2021 se asignará a Human Coalition, una organización sin fines de lucro, para extender y expandir el programa piloto autorizado por la Sección 11E.13(b) de SL 2017-57, según lo dispuesto en la subsección (b) de esta sección. Estos fondos se utilizarán únicamente para fines no religiosos y no sectarios”.

SECCIÓN 9G.7.(b) “La Coalición Humana utilizará los fondos asignados de conformidad con la subsección (a) de esta sección para ampliar el programa piloto de atención continua autorizado por la Sección 11E.13(b) de SL 2017-57 a un nivel estatal programa. El propósito del programa estatal continuo de atención es (i) alentar el parto saludable, (ii) apoyar el parto como una alternativa al aborto, (iii) promover la formación de familias, (iv) ayudar a establecer técnicas de crianza exitosas, y (v) aumentar la autosuficiencia económica de las familias.

El programa de atención continua en todo el estado consistirá en ubicaciones existentes del programa piloto autorizado por la Sección 11E.13(b) de SL 2017-57 y otras ubicaciones en todo el estado que determinará Human Coalition. Todos los proveedores que presten servicios bajo el programa estatal por el cual son compensados con fondos asignados conforme a la subsección (a) de esta sección deberán estar ubicados físicamente en el Estado de Carolina del Norte. El programa de atención continua en todo el estado proporcionará servicios directos, apoyos, administración de casos de servicios sociales y remisiones a padres biológicos de niños no nacidos y padres biológicos o adoptivos de niños menores de dos años, y constará de al menos todos los siguientes componentes :

1. Alcance a las poblaciones en riesgo elegibles para el programa.
2. El uso de enfermeras con licencia para realizar las siguientes funciones:
 - una. Valoración y evaluación de necesidades relacionadas con el embarazo o la crianza.
 - B. Suministro de información médica médicamente precisa relacionada con el embarazo al programa Participantes.
3. El uso de trabajadores sociales con licencia, u otras personas con experiencia equivalente, para realizar las siguientes funciones:
 - una. Desarrollo de un plan de atención, recursos y apoyos para que los participantes del programa aborden necesidades identificadas.
 - B. Referencias a los recursos locales apropiados, incluidos los programas de beneficios estatales y federales y las organizaciones benéficas locales.
 - C. Asistencia para solicitar programas de beneficios estatales y federales. D. Asistencia en el cumplimiento de los elementos del plan de atención”.

SECCIÓN 9G.7.(c) “Para ser elegible para recibir servicios bajo el programa estatal continuo de atención, una persona deberá, en el momento del contacto inicial con el programa, ser (i) residente de Carolina del Norte y (ii) un padre biológico de un niño por nacer o un padre biológico o adoptivo de un niño menor de dos años. Las participantes del programa piloto autorizadas conforme a la Sección 11E.13(b) de SL 2017-57, que interrumpieron un embarazo antes del nacimiento, son elegibles para continuar recibiendo los servicios del programa de atención continua durante un período de seis meses a partir de la fecha de terminación del embarazo.”

SECCIÓN 9G.7.(d) “La Coalición Humana podrá utilizar hasta el diez por ciento (10%) de los fondos asignados para cada año del bienio fiscal 2019-2021 para fines administrativos.

SECCIÓN 9G.7.(e) “Para el 1 de diciembre de 2019, y cada seis meses a partir de entonces, la Coalición Humana informará al Departamento de Salud y Servicios Humanos sobre el estado y el funcionamiento del programa de atención continua autorizado por la subsección (b) de esta sección. El informe deberá incluir al menos todo lo siguiente:

1. Un desglose detallado de los gastos del programa.
2. El número de personas atendidas por el programa y, para las personas atendidas, los tipos de servicios proporcionados a cada una.
3. Cualquier otra información solicitada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos según sea necesario para evaluar el éxito del programa.

SECCIÓN 9G.7.(f) “A más tardar el 1 de abril de 2020, el Departamento de Salud y Servicios Humanos deberá informar al Comité de Supervisión Legislativa Conjunta sobre Salud y Servicios Humanos y a la División de Investigación Fiscal sobre el estado y el funcionamiento de la continuidad de la atención programa.”

Sinopsis del fallo judicial³ 10

Roe v. Wade (1973) Basándose en un "derecho a la privacidad" no declarado que se encuentra en una "penumbra" del siglo XIV. Enmienda, la Corte legalizó efectivamente el aborto a pedido durante los nueve meses completos de embarazo en este desafío a la ley estatal de Texas con respecto al aborto. Aunque la Corte mencionó el posible interés del estado en la "potencialidad de la vida humana" en el tercer trimestre, la legislación para proteger ese interés sería destruida por excepciones obligatorias para la "salud" de la madre (ver Doe abajo).

Doe v. Bolton (1973) Un caso que acompaña a Roe, que impugnó la ley del aborto en Georgia, Doe definió ampliamente la excepción de "salud" para que cualquier nivel de angustia o incomodidad calificara y le dio al abortista la última palabra sobre lo que calificaba: " El juicio médico puede ejercerse a la luz de todos los factores (físicos, emocionales, psicológicos, familiares y de la edad de la mujer) relevantes para el bienestar de la paciente. Todos estos factores pueden estar relacionados con la "salud". Debido a que la aplicación de la excepción de salud se dejó en manos del abortista, la legislación que prohibía directamente cualquier aborto se volvió prácticamente inaplicable.

Bigelow v. Virginia y Connecticut v. Menillo (1975) Bigelow permitió que las clínicas de aborto hicieran publicidad. Menillo dijo que a pesar de Roe, las prohibiciones estatales contra el aborto se aplicaron a los no médicos. Menillo también dijo que los estados podrían autorizar a personas que no son médicos a realizar abortos.

Planned Parenthood of Central Missouri v. Danforth (1976) El tribunal rechazó el requisito de consentimiento de los padres y decidió que los padres (casados) no tenían derechos en la decisión del aborto. Además, la Corte Suprema anuló el esfuerzo de Missouri para prohibir el procedimiento de aborto por amniocentesis salina, en el que la sal inyectada en el útero envenena lenta y dolorosamente al niño.

Maher v. Roe y Beal v. Doe (1977) Los estados no están obligados a financiar los abortos, aunque pueden hacerlo si así lo desean. Un estado puede utilizar los fondos para fomentar el parto en lugar del aborto.

Poelker v. Doe (1977) La Corte Suprema dictaminó que un estado puede prohibir los abortos en los hospitales públicos.

Colautti v. Franklin (1979) Aunque Roe dijo que los estados podrían interesarse en la "vida potencial" del feto después de la viabilidad (Roe colocó esto en el tercer trimestre), la Corte Suprema anuló un estatuto de Pensilvania que requería que los abortistas usaran la técnica de aborto que tiene más probabilidades de dar como resultado un nacimiento vivo si el feto es viable.

Bellotti v. Baird (II) (1979) La Corte Suprema revocó una ley de Massachusetts que requería que un menor obtuviera el consentimiento de ambos padres antes de someterse a un aborto, e insistió en que los estados debían ofrecer una excepción de "desviación judicial" por la cual el niño podría demostrar su madurez a un juez o mostrar que el aborto de alguna manera sería lo mejor para ella. *En Bellotti v. Baird (I) 1976, el Tribunal devolvió el caso al tribunal estatal por una cuestión de procedimiento.

Harris v. McRae (1980) La Corte Suprema confirmó la Enmienda Hyde, que restringía la financiación federal del aborto a los casos en los que la vida de la madre estaba en peligro (en la década de 1990 se agregaron excepciones por violación e incesto). La Corte dijo que los estados podían distinguir entre el aborto y "otros procedimientos médicos" porque "ningún otro procedimiento implica la terminación deliberada de una vida potencial". Si bien la Corte insistió en que una mujer tenía "derecho" a un aborto, el estado no estaba obligado a financiarlo.

Williams v. Zbaraz (1980) La Corte Suprema dictaminó que los estados no están obligados a financiar abortos que no estén financiados por el gobierno federal, pero pueden optar por hacerlo.

HL v. Matheson (1981) Defendiendo un estatuto de Utah, la Corte Suprema dictaminó que un estado podría requerir que un abortista notifique a uno de los padres de la niña menor antes de realizar un aborto sin una derivación judicial.

Ciudad de Akron v. Akron Center for Reproductive Health (1983) La Corte Suprema anuló una ordenanza aprobada por la ciudad de Akron que requería: (1) que los abortistas informaran a sus clientes sobre los riesgos médicos del aborto, del desarrollo fetal y de las alternativas al aborto; (2) un período de espera de 24 horas después de la primera visita antes de obtener un aborto; (3) que los abortos de segundo y tercer trimestre se realicen en hospitales; (4) consentimiento de uno de los padres sin derivación judicial; (5) y el

disposición "humanitaria e higiénica" de los restos fetales. Posteriormente, el Tribunal revocó parte de este fallo en su decisión de 1992 en Casey.

Asociación de Planificación de la Familia de Kansas City v. Ashcroft (1983) La Corte Suprema confirmó una ley de Missouri que exige que los abortos posteriores a la viabilidad sean atendidos por un segundo médico y que se presente un informe patológico para cada aborto.

Simopoulos v. Virginia (1983) La Corte Suprema confirmó la condena de un abortista por realizar un aborto en el segundo trimestre en un centro con licencia incorrecta.

Thornburgh contra el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (1986) La Corte Suprema anuló una ley de Pensilvania que requería: (1) que los abortistas informen a sus clientes sobre el desarrollo fetal y los riesgos médicos del aborto; (2) reporte de información sobre la madre y el feto para abortos en el segundo y tercer trimestre; (3) que el médico utilice el método de aborto que tenga más probabilidades de preservar la vida de un niño viable por nacer; y (4) la asistencia de un segundo médico en abortos de posviabilidad. Posteriormente, el Tribunal revocó parte de este fallo en su decisión de 1992 en Casey.

Webster v. Servicios de Salud Reproductiva (1989) La Corte Suprema confirmó una ley de Missouri que prohibía el uso de instalaciones o personal público para abortos y requería que los abortistas determinaran la viabilidad del feto después de las 20 semanas.

Hodgson v. Minnesota y Ohio v. Akron Center for Reproductive Health (1990) En Hodgson, la Corte Suprema anuló un estatuto de Minnesota que requería la notificación a ambos padres sin una derivación judicial, pero confirmó la misma disposición con una derivación judicial. En la misma decisión, el Tribunal permitió un período de espera de 48 horas para los menores después de la notificación de los padres. En Ohio v. Akron, el Tribunal confirmó la notificación a uno de los padres con derivación judicial.

Rust v. Sullivan (1991) En Rust, la Corte Suprema confirmó una regulación federal que prohibía que los proyectos financiados por el programa federal del Título X asesoraran o refirieran a mujeres con respecto al aborto. Si una clínica separó física y financieramente los servicios de aborto de los servicios de planificación familiar, el componente de planificación familiar aún podría recibir dinero del Título X. Basándose en Maher y Harris, el Tribunal enfatizó que el gobierno no está obligado a financiar los servicios relacionados con el aborto, incluso si financia la atención prenatal o el parto.

Planned Parenthood of Southern Pennsylvania v. Casey (1992) Para sorpresa de muchos observadores, la Corte Suprema reafirmó por estrecho margen (5-4) lo que denominó el "control central" de Roe, que "un Estado no puede prohibir a ninguna mujer hacer la decisión final de interrumpir su embarazo antes de la viabilidad". Sin embargo, la Corte también indicó un cambio en su doctrina que permitiría una mayor regulación estatal del aborto, incluidas las regulaciones de viabilidad previa: "Rechazamos el marco trimestral rígido de Roe v. Wade. Para promover el profundo interés del Estado en la vida potencial, durante el embarazo el Estado puede tomar medidas para asegurar que la elección de la mujer sea informada, y las medidas diseñadas para promover este interés no serán invalidadas siempre que su propósito sea persuadir a la mujer para que elija el parto. sobre el aborto. Estas medidas no deben ser una carga indebida para el derecho". Aplicando esta doctrina de "carga indebida", la Corte anuló explícitamente partes de Akron y Thornburgh, y permitió los requisitos de consentimiento informado (que la mujer reciba información sobre los riesgos del aborto y sobre el desarrollo fetal), un período de espera obligatorio de 24 horas después de recibir de la información, la recopilación de estadísticas de aborto y el consentimiento obligatorio de uno de los padres con derivación judicial. Sin embargo, se consideró inconstitucional un requisito de notificación del cónyuge.

Mazurek v. Armstrong (1997) La Corte Suprema confirmó una ley de Montana que exige que solo los médicos con licencia realicen abortos.

Rosie J. v. Departamento de Recursos Humanos de Carolina del Norte (1997), la Corte Suprema de Carolina del Norte sostuvo que no existía un derecho constitucional estatal a los abortos financiados por el estado. En 1995, la Asamblea General restringió la elegibilidad para el fondo estatal de aborto a los casos en los que el embarazo resultó de "casos de violación o incesto, o para interrumpir embarazos que, en la opinión escrita de un médico con licencia para ejercer la medicina en Carolina del Norte, pusieran en peligro el vida de la madre."

Dotación v. Cazar (4° 1997), La Corte de Apelaciones del 4° Circuito sostuvo la posición de dicho Estado y el escrito de amicus presentado por Stam & Danchi PLLC, para NCRTL en apoyo de la ley estatal de consentimiento de los padres.

Gonzales v. Carhart (2007), con una votación de 5 a 4, la Corte Suprema en efecto revocó en gran medida la decisión de Stenberg v. Carhart de 2000, rechazando un desafío facial a la Ley federal de prohibición del aborto por nacimiento parcial, promulgada por el Congreso en 2003. Esta ley establece una prohibición a nivel nacional sobre el uso de un método de aborto, ya sea antes o después de la viabilidad, en el que un bebé nace parcialmente vivo antes de ser asesinado. Al hacerlo, la mayoría de la Corte, en opinión de los analistas legales de ambos lados del tema del aborto, abrió la puerta al reconocimiento legislativo de intereses más amplios en la protección de la vida humana no nacida y señaló la voluntad de otorgar mayor deferencia a los hechos y juicios de valor emitidos por los cuerpos legislativos, dentro de ciertos límites.

Whole Woman's Health v. Hellerstedt (2016), con una votación de 5 a 4, la Corte Suprema declaró inconstitucionales las leyes de Texas que exigen que las clínicas de aborto cumplan con los estándares de los centros quirúrgicos y exigen que los abortistas tengan privilegios de admisión en un hospital dentro de un radio de 30 millas. La mayoría dictaminó que estos requisitos constituían una "carga indebida" en el acceso a abortos de previabilidad. En su disidencia, el juez Clarence Thomas escribió: "[E]l enfoque de equilibrio de la carga indebida de la mayoría corre el riesgo de descartar incluso infracciones menores, anteriormente válidas, sobre el acceso al aborto".

June Medical Services LLC v. Russo (2020), En una decisión de 5-4, la Corte Suprema anuló la "Ley de Protección contra el Aborto Inseguro" de Luisiana de 2014 o la Ley 620 que requería que los abortistas tuvieran privilegios de admisión en un hospital dentro de las 30 millas de una clínica de aborto, similar al requisito ya existente para los médicos que realizan cirugías en centros quirúrgicos ambulatorios. La mayoría lo declaró "una carga indebida" y lo comparó con su decisión en *Hellerstedt*. Sin embargo, la Corte aparentemente restauró el precedente de "carga indebida" establecido en *Planned Parenthood of Southeastern Pennsylvania v. Casey*.

Referencias

1. "Glosario de términos". Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte. Disponible en <https://schs.dph.ncdhhs.gov/data/glossary.htm>
2. Abortos inducidos informados en Carolina del Norte en 2019 por condado de ocurrencia y residencia. pág.1. Embarazos Reportados. Centro Estatal de Estadísticas de Salud de Carolina del Norte Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte. <https://schs.dph.ncdhhs.gov/data/vital/pregnancies/2019/reportedabortionscounty.pdf>
3. "Estado del Aborto en los Estados Unidos". Comité Nacional por el Derecho a la Vida. Disponible en <http://www.nrlc.org/uploads/communications/stateofabortion2021.pdf>
4. "ABORTOS EN RESIDENTES DE NC: CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES QUE RECIBEN ABORTOS CAROLINA DEL NORTE RESIDENTES, 2010 - 2019". Centro Estatal de Estadísticas de Salud de NC., División de Salud Pública, Departamento de Salud y Servicios Humanos de NC. <https://schs.dph.ncdhhs.gov/data/vital/pregnancies/2019/abortioncharacteristics.pdf>
5. [Externo] 2018 NC State Center Health Statistics Abortion Questions [Correo electrónico al autor]., (02-24-20)., Departamento de Salud y Servicios Humanos de NC.,
6. Solicitud [externa]: Estadísticas de aborto de 2019 [correo electrónico al autor]., (23-04-21)., Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte.,
7. Byers, Lea. *Voces extremas a favor del aborto en Carolina del Norte Fuertes, pero pocas*. 3 de junio de 2019, www.nccivitas.org/civitas-review/extreme-pro-abortion-voices-north-carolina-loud/.
8. Junta Electoral del Estado de Carolina del Norte. *Estadísticas de Registro de Votantes*. 20 de febrero de 2021, vt.ncsbe.gov/RegStat/Results/?date=02%2F20%2F2021.
9. Harper Polling/Civitas. *Tabulaciones cruzadas: la mitad de los habitantes de Carolina del Norte son pro-vida*. 6 de marzo de 2019, 1ttd918ylvt17775r1u6ng1adc-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2019/03/AbortionQs.2_xtabs_3.19poll.pdf.
10. Hecho en conjunto con el sitio web del anterior representante de NC, Paul "Skip" Stam. <http://paulstam.info/pro-life-legislation-litigation-in-north-carolina/>
11. "Estatuto General de Carolina del Norte 14-45.1" , Asamblea General de Carolina del Norte, https://www.ncleg.gov/EnactedLegislation/Statutes/PDF/BySection/Chapter_14/GS_14-45.1.pdf
12. "Ley de Asignaciones de Operaciones Actuales de 2018", Asamblea General de Carolina del Norte, Sesión 2017, Sesión Ley 2018-5, Proyecto de Ley del Senado 99, pág. 76 <https://www.ncleg.gov/Sessions/2017/Bills/Senate/PDF/S99v6.pdf>
13. "Proyecto de ley 966 de la Cámara de Representantes ratificado" , Asamblea General de Carolina del Norte, pg.165- pg.167 <https://www.ncleg.gov/Sessions/2019/Bills/House/PDF/H966v7.pdf>